



MARIA DA CONCEIÇÃO FERNANDES SANTIAGO

***PERCEPÇÕES E COMPORTAMENTOS
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
FACE À MULHER
NA ADAPTAÇÃO À MATERNIDADE
EM CONTEXTO MIGRATÓRIO***

Contributos para a promoção da saúde da mulher migrante

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Orientadora: Professora Doutora Natália Ramos

**UNIVERSIDADE ABERTA
LISBOA 2009**

MARIA DA CONCEIÇÃO FERNANDES SANTIAGO

***PERCEPÇÕES E COMPORTAMENTOS
DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE
FACE À MULHER
NA ADAPTAÇÃO À MATERNIDADE
EM CONTEXTO MIGRATÓRIO***

Contributos para a promoção da saúde da mulher migrante

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Orientadora: Professora Doutora Natália Ramos

**UNIVERSIDADE ABERTA
LISBOA 2009**

AGRADECIMENTOS

- À Professora Doutora Natália Ramos, pelo seu saber, incentivo, orientação e disponibilidade constante.

- À colega Hélia Dias, pela amizade, orientação, disponibilidade e apoio incondicional na realização deste trabalho, nunca me deixando perder o ânimo.

- Aos profissionais de saúde que aceitaram partilhar as suas experiências profissionais.

- À Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo – Sub-Região de Saúde de Santarém, pelas facilidades concedidas para a colheita de dados.

- Aos Conselhos Directivo e Científico da Escola Superior de Enfermagem de Santarém, pelas facilidades concedidas para a elaboração deste trabalho.

- Às colegas, sempre presentes, por me apoiarem nos momentos de desânimo e incertezas e partilharem dos momentos de alegrias.

- À família e amigos pelo apoio e carinho manifestado.

- E, de um modo muito especial, aos meus filhos, pela compreensão paciente da falta de convívio e partilha que lhes foram retirados.

RESUMO

Num mundo em contínua mudança e no enquadramento de uma sociedade portuguesa cada vez mais multicultural, coloca-se aos profissionais de saúde o desafio de prestarem cuidados interculturais congruentes à mulher, durante a sua adaptação à maternidade, em contexto migratório. A percepção e os comportamentos dos profissionais de saúde perante esta situação, tendo em vista a promoção da saúde da mulher migrante constitui a temática do estudo, com os objectivos de compreender a importância que os profissionais de saúde atribuem aos contextos social e cultural da mulher, quando cuidam no âmbito da adaptação à maternidade, conhecer quais as competências e conhecimentos culturais dos mesmos, relativos à maternidade em situação de migração e identificar os principais factores que influenciam os profissionais de saúde, enquanto educadores para a saúde na adaptação da mulher à maternidade, durante as suas intervenções junto da mãe, oriunda de um contexto cultural diferente do seu. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, orientado por uma metodologia qualitativa, tendo sido escolhida a entrevista semi-estruturada como instrumento de colheita de dados e a análise de conteúdo, como técnica de análise das respostas dos profissionais de saúde entrevistados (médicos e enfermeiros), a exercerem funções em contexto de Cuidados de Saúde Primários, na Sub-Região de Saúde de Santarém. A maternidade, entendida como um processo iniciado e reorganizado ao longo da gravidez, que se consolida progressivamente, com os cuidados e interacções que a mãe estabelece com a criança e com o desempenho dos diferentes papéis socialmente prescritos e assumidos pela mulher, torna-se numa experiência particular e complexa para cada mulher, constatando-se a valorização que os profissionais de saúde dão às diferentes dimensões influenciadoras dos processos de gravidez e da maternidade, numa lógica de evolução e transformação da sociedade contemporânea. Num discurso orientado para o exercício da maternidade, deram a conhecer como percebem as vivências da maternidade da mulher da nossa sociedade contemporânea, realçando os saberes adquiridos e as tradições culturais, especialmente através das práticas cuidativas realizadas às crianças, transmitidas de geração em geração e realizadas no seio familiar. A maternidade como acontecimento predominantemente social e cultural, implica a valorização destas duas dimensões para

que a mulher assegure e se adapte adequadamente ao papel materno. Nesta lógica, os profissionais de saúde, identificam e procuram entender os diversos comportamentos culturais de saúde e maternos, nas mulheres de diferentes culturas e nacionalidades, no sentido de se “aproximarem” e compreenderem as vivências e as necessidades de saúde manifestadas pelas mulheres migrantes, para o desempenho da maternidade, experienciado noutro país. Sobressai, nos seus discursos, a valorização e o reconhecimento que fazem do processo migratório, com a consciencialização das dificuldades socioeconómicas e linguísticas a que as mulheres migrantes estão sujeitas durante a gravidez e os primeiros tempos da maternidade no nosso país, influenciando, entre outros aspectos, a afluência das mesmas às consultas de vigilância pré-natal e de revisão do puerpério. O confronto com as novas exigências multiculturais, na assistência de saúde da mulher em contexto migratório, leva a que com frequência, se opte por uma imposição da cultura do profissional de saúde, pela dificuldade em se chegar à aceitação e integração das práticas e costumes culturais da mulher migrante, nos cuidados interculturais realizados durante a vigilância de saúde pré-natal, pós-parto e maternidade, especialmente quando esses mesmos costumes e práticas se distanciam dos do profissional de saúde. Apesar do reconhecimento de que este comportamento se traduz numa relação cultural e terapêutica inadequada para a satisfação das necessidades de saúde e promoção da saúde da mulher migrante, emergem a insegurança, a ambivalência e as necessidades formativas do profissional de saúde para a comunicação e competência intercultural, quando cuida da mulher migrante durante a adaptação à maternidade, em particular nos seus primeiros tempos de imigração.

ABSTRACT

In a world of continuous change and inside the framework of Portuguese society that becomes increasingly multicultural, the health care professionals are challenged to provide intercultural care to women, during their adaptation to motherhood in the context of migration. The perception and behavior of health professionals in this particular situation, in order to promote the health of migrant women, is the theme of this study. The main objectives are (1) to understand the importance that health professionals attach to social and cultural contexts of women, when caring within the adjustment to motherhood; (2) getting to know what skills and cultural knowledge the women possesses, relating to pregnancy in situations of migration and (3) identifying the main factors influencing the health professionals as health educators in the process of women's adaptation to maternity, during their contacts with the mother who comes from a cultural context other than their own. This is an exploratory and descriptive study, guided by a qualitative research method. We used semi-structured interviews - as a tool for data collection, and analysis of content - as the technique of analyzing the responses of health professionals interviewed (doctors and nurses), who exercise their functions in the context of primary health care in Sub-Region of Health of Santarém. Motherhood, understood as a process initiated and reorganized during the pregnancy, consolidates gradually, with care and interactions which mother begins with child and the performance of different roles socially associated to each women, becomes a particular and complex experience for each woman, comprehending a value that health professionals give to the different dimensions influencing the processes of pregnancy and motherhood, following the logic of evolution and transformation of contemporary society. In a dialogue geared to the pursuit of motherhood, came forward the perception of the experience of motherhood for women in our contemporary society, enhancing the knowledge acquired and the cultural traditions, especially through the care practice provided for children, passed from generation to generation and created within family. Motherhood as predominantly social and cultural event, imply the importance of these two dimensions to ensure that women follow and adapt appropriately to the maternal role. Following this logic, health professionals identify and seek to understand the different cultural behaviors and maternal health of women coming from different

cultures and nationalities, in a way to become “closer” and to understand the experiences and needs of health expressed by migrant women for the performance of maternity experienced in other countries. Subsequently in their speeches, they stress the importance of appreciation and recognition of the migration process, with the awareness of the socioeconomic and linguistic difficulties that migrant women face during pregnancy and early motherhood in our country, affecting, among other things, the influx of these women at monitoring prenatal consultations, and review of the puerperium. The confrontation with the new multicultural requirements in health care of women in the migration context often leads to impose the culture of health professional, the difficulty in achieving acceptance and integration of cultural practices and customs of migrant women in intercultural care during the health monitoring of pre-natal, postpartum and maternity, especially when those customs and practices are distant to the health care professional. Despite the recognition that this particular behavior explains a cultural and therapeutic relation inadequate to meet the needs of health, and health promotion for migrant women, emerges uncertainty, the ambivalence and the training needs of the health professional in communication and intercultural competence while caring for migrant women's adaptation to motherhood, particularly in her early days of immigration.

ÍNDICE

	P.	
I	INTRODUÇÃO	11
II	ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.	DA GRAVIDEZ À MATERNIDADE - UM PERCURSO	16
1.1	GRAVIDEZ E MATERNIDADE REALIDADES DISTINTAS E COMPLEMENTARES	18
1.1.1	Tarefas desenvolvimentais da gravidez e da maternidade	23
1.1.2	A família num contexto de gravidez e maternidade	27
1.1.3	O exercício da maternidade	30
2.	A MATERNIDADE EM CONTEXTO MIGRATÓRIO	34
2.1	OS FLUXOS MIGRATÓRIOS: SEUS EFEITOS NA SOCIEDADE PORTUGUESA	34
2.2	CONSEQUÊNCIAS CULTURAIS E PSICOLÓGICAS DA MIGRAÇÃO	42
2.2.1	Na relação familiar do migrante	43
2.2.2	Na adaptação à maternidade	46
2.3	A MATERNIDADE DA MULHER MIGRANTE NO CONTEXTO DE SAÚDE PORTUGUÊS	50
2.3.1	Um olhar sobre a evolução dos conceitos de saúde, doença e promoção da saúde	50
2.3.2	O Sistema de Saúde Português	54
2.3.3	Competências culturais do profissional de saúde	58
2.3.3.1	A comunicação em saúde	59
2.3.3.2	Cuidados de saúde interculturais	62
2.3.3.3	Cuidar da mulher migrante na adaptação à maternidade	66
III	INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	69
1.	METODOLOGIA	69
1.1	TIPO DE ESTUDO	69
1.2	SUJEITOS DO ESTUDO	71
1.3	INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	74
1.3.1	Pré-teste	77
1.4	PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	77

1.5	TRATAMENTO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	79
IV	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	83
1.	A GRAVIDEZ E A MATERNIDADE	83
1.1	A CONSTRUÇÃO DOS PROCESSOS DE GRAVIDEZ E DE MATERNIDADE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA	85
1.2	O EXERCÍCIO DA MATERNIDADE	124
2.	A MATERNIDADE EM CONTEXTO MIGRATÓRIO	144
2.1	A MATERNIDADE DA MULHER IMIGRANTE NO CONTEXTO DE SAÚDE PORTUGUÊS	145
2.2	A VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL E REVISÃO DO PUERPÉRIO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	175
2.3	A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER IMIGRANTE	192
	CONCLUSÕES	219
	BIBLIOGRAFIA	229
	ANEXOS	238
	ANEXO I – Pedido de Autorização	239
	ANEXO II – Guião de Entrevista	241

ÍNDICE DE QUADROS

	p.
Quadro nº 1 – Caracterização dos sujeitos do estudo	74
Quadro nº 2 – Grelha de análise	81
Quadro nº 3 - O tema <i>A Gravidez e a Maternidade</i> e as categorias que os integram	84
Quadro nº 4 – A categoria <i>Construção dos processos de gravidez e de maternidade na sociedade contemporânea</i> e as subcategorias emergentes	85
Quadro nº 5 – Síntese da categoria <i>Construção dos processos de gravidez e de maternidade na sociedade contemporânea</i>	120
Quadro nº 6 – A categoria <i>O exercício da maternidade</i> e as subcategorias delineadas	125
Quadro nº 7 – Síntese da categoria <i>O exercício da maternidade</i>	141
Quadro nº 8 – O tema <i>A maternidade em Contexto Migratório</i> e as categorias que o integram	145
Quadro nº 9 – A categoria <i>A maternidade da mulher imigrante no contexto de saúde português</i> e a subcategoria emergente	145
Quadro nº 10 – Síntese da categoria <i>A maternidade da mulher imigrante no contexto de saúde português</i>	170
Quadro nº 11 – A categoria <i>A vigilância pré-natal e revisão do puerpério em Cuidados de Saúde Primários</i> e as subcategorias resultantes	175
Quadro nº 12 – Síntese da categoria <i>A vigilância pré-natal e revisão do puerpério em Cuidados de Saúde Primários</i>	190
Quadro nº 13 – A categoria <i>A promoção da saúde da mulher imigrante</i> e as subcategorias resultantes	193
Quadro nº 14 – Síntese da categoria <i>A promoção da saúde da mulher imigrante</i>	215

INTRODUÇÃO

Todas as sociedades, de uma forma ou de outra, orientam o direito à maternidade bem como, de certo modo, *seleccionam* as mulheres que podem ser mães. A maternidade é, por isso, uma expressão da cultura em que a mulher está inserida, tendo subjacente um sistema de valores relacionados com o que é a mulher e também com o que é o filho. Do ponto de vista do singular, a forma como o tempo, a cultura e a sociedade percebem a maternidade, tem grande impacto na experiência com que cada mulher, como pessoa única, vivencia a sua gravidez e a maternidade (Barbaut, 1990; Cordeiro, 1994; Kitzinger, 1996; Williams, 1999; Canavarro, 2001).

Partiu-se do princípio, de que os conceitos de gravidez e maternidade representam duas realidades distintas, apesar de serem dois processos dinâmicos, de construção e de continuidade. Neste sentido, o facto da mulher vivenciar um período de gravidez, não significa que após o parto assegure e se adapte, adequadamente, ao papel materno. Esta situação pode ser desencadeada por factores de ordem física, psicológica, cognitiva, ou sócio-cultural, consignando-se este último, de particular interesse para a problemática em estudo.

Nos dias de hoje, constata-se que nas sociedades contemporâneas ou ocidentais, onde se enquadra a sociedade portuguesa, o exercício da maternidade implica um investimento excessivo por parte dos pais, e em particular, por parte das mulheres, a diversos níveis, como por exemplo: na aquisição de capacidades e competências maternas; na noção de maternidade desejada e responsável; na conjugação da vida profissional da mulher e os cuidados maternos à criança; nos encargos monetários e, ainda, na necessidade de encontrar outros cuidadores da criança, face às actividades profissionais dos pais e o afastamento frequente da família alargada (Williams, 1999; Brazelton, 2000; Canavarro, 2001).

Os sistemas de educação e criação das crianças com que os pais se deparam nas sociedades ocidentais, valorizam a individualidade e a autonomia, o que leva as jovens mães a não optarem pela ajuda da experiência da família alargada e procurarem informação e aconselhamento nos profissionais de saúde e na tecnologia médica. Esta tendência, faz

com que a grávida e futura mãe se afaste dos costumes e práticas cuidativas familiares, relativas à maternidade, que vivenciou e nas quais se socializou ao longo do seu crescimento e desenvolvimento e, que muitas vezes, condicionam e se reflectem no adequado reajustamento ao seu futuro papel de mãe (Brazelton, 2000; Canavarro, 2001). Neste sentido, para diversos autores, a grávida e futura mãe é vista como objecto de cuidados médicos, onde o registo dos dados sobre o desenvolvimento da gravidez e a própria orientação é feita por profissionais de saúde que, por sua vez, não fazem parte da comunidade em que a gestante vive e onde, muitas vezes, a família e os amigos são impotentes para intervirem nos processos de gravidez e maternidade (Kitzinger, 1996).

Num outro prisma, actualmente, a sociedade portuguesa depara-se com uma população estrangeira residente no país, com características heterogéneas e variadas. Este fenómeno migratório tornou-se, nas últimas décadas do século XX, um acontecimento preocupante e representativo no país, envolvendo um conjunto complexo de questões, que afectam tanto os imigrantes como a própria população portuguesa (Baganha et al, 2004).

Vários estudos já foram realizados, em diversas vertentes, no sentido de facilitar a compreensão, quer da evolução dos fenómenos migratórios, quer com o intento de se adquirirem novas competências, políticas, sociais, económicas e de saúde, que dêem resposta às necessidades com que nos deparamos, face à multiculturalidade e diferentes línguas dos imigrantes residentes em Portugal (Baganha et al, 2004).

Para os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, onde a sua prática se centra nas necessidades do utente, integrado num contexto familiar, esta realidade com que se confronta a sociedade portuguesa, exige uma análise cuidada dos diferentes aspectos que envolvem a intervenção dos profissionais de saúde pois, tal como refere Lester (1998), os enfermeiros são desafiados para prover cuidados e tratamentos eficazes em variados contextos culturais.

Do ponto de vista da enfermagem na maternidade, estamos perante uma prática em constante evolução, no sentido de se adaptar às diversas alterações das prioridades de saúde, encontradas nas sociedades em constante mutação. Assim, torna-se cada vez mais evidente, que as famílias gestantes variem em idade, etnia, cultura, língua, estrato social e situação marital (Williams, 1999; Perry, 2006).

No nosso país e nomeadamente no Distrito de Santarém, pela experiência como professora orientadora de alunos em estágio clínico do Curso de Enfermagem, no âmbito da enfermagem na maternidade (quer em contexto de Cuidados de Saúde Primários como na

área hospitalar, em serviços de internamento de puérperas), verifica-se que, nos tempos mais recentes, os enfermeiros se deparam e prestam cuidados a um número crescente de mulheres de diferentes culturas, durante os períodos de gravidez, parto e pós-parto.

Tendo presente a influência significativa da componente cultural na vivência da maternidade, e ainda se associada a um processo migratório e/ou de aculturação, os profissionais de saúde assumem um importante papel de suporte e de orientação da mãe e família neste período de transição. Período este, por si só, particularmente difícil para a mãe, não só pelas mudanças físicas bruscas a que o corpo da mulher está sujeito, no sentido de regressar à forma de mulher não grávida, mas também pelas necessidades do bebé (de alimentação, cuidados de bem-estar conforto e protecção) que o tornam muito dependente da mãe (Williams, 1999; Canavarro, 2001; Perry, 2006).

Quando enquadrado num contexto migratório, o stress psicológico e social pode surgir devido à incapacidade que a mulher migrante sente em dar respostas adequadas às exigências da nova sociedade. Este stress é evidenciado quando a mãe migrante se confronta com práticas de saúde e educativas à criança orientadas e dependentes dos cuidados dos profissionais de saúde, podendo provocar distúrbios no comportamento materno, pela insegurança e conflito cultural que se reflectem negativamente na relação mãe e filho, nos primeiros tempos da maternidade (Ramos, 2004).

Partindo do pressuposto que cuidar é central ao conceito de enfermagem, e que o sujeito dos cuidados é, para o profissional de saúde, a pessoa inserida numa família e comunidade, os profissionais de saúde preocupam-se em prestar cuidados holísticos. Assim, o confronto com outros padrões culturais, outros comportamentos de saúde, exige que os profissionais de saúde reconheçam o etnocentrismo como uma barreira para identificação e intervenção face às necessidades de saúde da mulher imigrante, durante a sua adaptação à maternidade no país de acolhimento, no domínio sócio-cultural (Riley, 2004; Ramos, 2004; Ramos, 2008).

A percepção, enquanto profissional de saúde e docente, corresponde de certa forma, ao principal aspecto que se pretende analisar neste estudo, é que os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, tendencialmente tentam impor um estilo de maternidade, essencialmente determinado pela cultura da sociedade que integram.

Dada a escassez de investigação realizada por enfermeiros e/ou profissionais de saúde portugueses nesta área, espera-se poder contribuir para a melhoria da prática de

enfermagem, no âmbito da maternidade multicultural, através da análise dos resultados obtidos neste estudo.

Neste sentido, considera-se relevante compreender se os profissionais de saúde equacionam nos seus planos de intervenção, os comportamentos culturais de cada mãe/família, nas questões relacionadas com a adaptação à maternidade.

Surge assim, a **Questão de Investigação** orientadora do estudo:

- O profissional de saúde valoriza a componente cultural da mulher migrante, ao promover o papel materno na adaptação à maternidade?

Com base nesta questão outras interrogações se levantam:

- Como os profissionais de saúde, percebem a vivência da maternidade actual, face ao multiculturalismo materno?

- Os profissionais de saúde consideram-se competentes nas suas intervenções junto das mulheres migrantes, durante o período de adaptação à maternidade?

Definiram-se os seguintes objectivos para este estudo:

- Compreender a importância que os profissionais de saúde atribuem aos contextos social e cultural da mulher, quando cuidam no âmbito da adaptação à maternidade;

- Conhecer quais as competências e conhecimentos culturais dos profissionais de saúde relativos à maternidade em situação de migração;

- Identificar os principais factores que influenciam os profissionais de saúde, enquanto educadores para saúde na adaptação da mulher à maternidade, durante as suas intervenções junto da mãe, com um contexto cultural diferente do seu.

Este trabalho está organizado em quatro partes: (1) A primeira definida como enquadramento teórico, foi orientada pelos principais conceitos emergentes, onde após uma revisão da literatura, se descreve e analisa as ideias dos autores e das investigações realizadas, sobre as temáticas consonantes com a problemática em estudo; (2) A segunda consiste na metodologia científica utilizada para a investigação empírica, onde se equacionam e fundamentam os principais procedimentos metodológicos utilizados; (3) A terceira recai no desenvolvimento do trabalho de campo, orientado pelos procedimentos metodológicos estabelecidos; (4) E a quarta consiste na análise e discussão dos dados

obtidos na investigação empírica realizada. Por fim, apresentam-se as principais conclusões do estudo e delineiam-se algumas sugestões.

Por último, realça-se que todo este processo de investigação não foi estanque, isto é, as diversas etapas que o constituem funcionaram como circuitos de retroacção e de interacção, para a sua compreensão como um todo.

II – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - DA GRAVIDEZ À MATERNIDADE - UM PERCURSO

As vivências da gravidez e da maternidade têm vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos e nos diversos contextos socioculturais. Contudo, na maioria das culturas e em quase todas as épocas a gravidez e a maternidade ocupam um lugar central.

Numa perspectiva transcultural, quando se comparam diversas culturas primitivas às culturas das sociedades ocidentais, constata-se que, tanto ao período de gravidez como ao nascimento, na maior parte das culturas ou sociedades, lhes é dedicado uma atenção especial, estando a ambos os períodos associadas determinadas prescrições, enraizadas em tradições, costumes e superstições (Barbaut, 1990; Cordeiro, 1994).

Segundo Joaquim (1983), as interdições da mulher grávida são especialmente relativas ao que come, toca e olha. Todas elas têm, por um lado, o objectivo de protecção da criança durante a gestação (sendo justificadas pelo risco de comprometer ou de estigmatização do feto em desenvolvimento) e, por outro lado, o evitar partos complicados, tanto para a criança como para a mãe (como as restrições alimentares, para que o feto não adquira peso em excesso).

Em contrapartida, Cordeiro (1994) quando se refere às sociedades ocidentais, considera que a satisfação dos desejos alimentares da grávida é visto como uma forma de se evitar que a criança nasça com deficiências, assim como o de se aconselhar a grávida a comer por dois, para que nasça uma criança saudável. Com efeito, ambas as situações são vistas como práticas populares, ainda comuns nos dias de hoje, nomeadamente na cultura portuguesa.

A evolução das sociedades, nos seus constantes ajustes aos acontecimentos sociais, político-económicos e, particularmente, à influência da evolução tecnológica e científica, têm provocado mudanças, nomeadamente nas práticas ligadas à gravidez e à maternidade. Neste sentido e de acordo com Joaquim (1983), as práticas ligadas à gravidez e ao parto, perante práticas inovadoras, que se vão juntar a outras já existentes,

vão-se transformando ou modificando. Porém, ao se tratarem de práticas com raízes profundas, as suas mudanças processam-se lentamente, evidenciando-se sempre, os resíduos das anteriormente praticadas. Daí, todas as interdições ou prescrições atrás expostas, se enquadrarem na vivência da gravidez das mulheres das sociedades ocidentais actuais.

Em relação à futura mãe, também se verifica, desde as civilizações mais remotas, a preocupação em não se colocar em risco a vida da mulher durante o parto e em proporcionar o bem-estar e conforto da mesma após o parto. Neste início da maternidade, as práticas tradicionais e os costumes baseados em rituais, tabus e em saberes empíricos, transmitidos de geração em geração, são mais uma vez encontrados, quer nas sociedades mais primitivas como nas sociedades ocidentais actuais (Barbaut, 1990).

Alguns estudos, como os referenciados em Williams (1999, p.18-19), sobre algumas das culturas na sociedade americana relatam, que após o parto, a mulher hispano-americana deve ter uma dieta restrita “...durante os primeiros 2 dias apenas leite fervido e tortilhas tostadas (comida especial para restaurar o calor do corpo); Ficar na cama durante três dias após o parto; Manter-se quente (...) banho permitido após 14 dias (...) Abstenção das relações sexuais durante quarenta dias”. A mulher asio-americana “...deve proteger-se do Yin (forças do frio) durante 30 dias (...) o banho de imersão e de chuveiro são proibidos; Quarto quente (...) A mãe chinesa evita frutas e legumes (...) à mãe coreana é servida sopa de algas marinhas com arroz.” Para a mulher afro-americana “O sangramento vaginal é encarado como sinal de doença; Proibição de tomar banho de imersão ou lavar a cabeça com champoo; Chá de sassafrás considerado como tendo poder de cura; Comer fígado é considerado como provocador de maior hemorragia vaginal, dado o seu alto teor em «sangue».”

Estudos portugueses, nomeadamente os de Ramos (1993) sobre os cuidados às crianças nas famílias imigrantes portuguesas, residentes na região de Paris, comprovaram “...uma maior utilização de objectos protectores (amuletos, relíquias, medalhas religiosas) pelos bebés nas famílias portuguesas imigrantes em França, em comparação com os bebés portugueses autóctones (...) vindo as práticas mágico-religiosas constituir um meio de protecção contra a angústia e “estranheza” da situação migratória.” Assim como “(...) o contacto corporal, as práticas de embalar, ou outra atitude típica de uma relação de proximidade física mãe-bebé, permanecem inscritas nas gestualidades das mães migrantes (...).” (Ramos, 1993, citado em Ramos, 2008, p. 67).

Estes são alguns dos exemplos demonstrativos de que, ao longo dos tempos até aos dias de hoje, todas as culturas ou sociedades, apresentam normas de comportamentos e expectativas em relação à gravidez, ao parto e à maternidade, baseadas em crenças, práticas, tabus ou rituais. Se, por um lado, está subjacente o valor social que este período/etapa da vida mulher confere à comunidade ou classe social onde se encontra inserida, ainda se particulariza, por outro lado, a forte adesão da mulher, enquanto grávida, parturiente e mãe, a estas práticas e influências orientadoras.

Seguidamente ir-se-ão analisar os processos de gravidez e maternidade, tendo em conta os factores genéticos ou biológicos, psicológicos, sociais, culturais e religiosos que influenciam de forma particular cada um destes dois processos; e dar uma panorâmica da maternidade nas sociedades ocidentais contemporâneas, comparada com as sociedades mais tradicionais, tendo por base as perspectivas social, psicológica e antropológica e ainda, valorizando as experiências pessoais maternas anteriores, a influência das crenças, tabus, mitos e costumes familiares, a importância da relação mãe-filho e os cuidados maternos e de protecção praticados.

1.1 - GRAVIDEZ E MATERNIDADE - REALIDADES DISTINTAS E COMPLEMENTARES

Considerou-se, pertinente, começar por definir os conceitos de gravidez e maternidade, porque se concorda que, apesar de serem dois processos dinâmicos, de construção, desenvolvimento e de continuidade, representam duas realidades distintas.

A gravidez é definida como um período “... *que dura aproximadamente 10 meses lunares, 9 meses de calendário, 40 semanas, ou 280 dias.*” (Bobak, 1999, p.71). A duração da gravidez pode ser prevista pela contagem do primeiro dia do último fluxo menstrual ou, tecnicamente definida como data da última menstruação (DUM), até ao dia do nascimento do feto. Porém, como a concepção, por norma, ocorre por volta das duas semanas após a DUM, a determinação da idade gestacional é conseguida através da medição do embrião e, posteriormente, do feto, pela ultrassonografia ou ecografia obstétrica, sendo no total de 266 dias ou 38 semanas. A idade gestacional é especialmente utilizada para estudar o desenvolvimento do feto ao longo da gestação.

Porém, apesar de o avanço tecnológico possibilitar uma datação da gravidez mais concreta e prever com alguma precisão, a data de nascimento do bebé (já sem se considerar o facto de através da cesariana se pode adiantar o nascimento de uma

criança, ou através de medicação específica, conseguir-se antecipar o trabalho de parto), desde a antiguidade, perante a necessidade de se saber o mais brevemente possível se a concepção foi ou não conseguida, tentava-se diagnosticar a gravidez através de métodos considerados então científicos ou por processos populares, como refere Barbaut (1990). São exemplos, desses métodos ou processos, as experiências a partir da urina da mulher supostamente fecunda; o teste do dente de alho introduzido na vagina da mulher, com base na ideia de que a boca e o órgão sexual comunicavam directamente, sendo suposto que a mulher grávida apresentasse um hálito com odor a alho; as sensações identificadas pela mulher durante o acto sexual, entre outros.

Uma das principais razões desta valorização, desde os tempos mais remotos até à actualidade, prende-se com a perpetuação da espécie, daí o parto ser considerado, desde sempre e em todos os povos, “...um momento privilegiado em que um ser tem acesso à vida, (...) um estado transitório em que as forças antagónicas da vida e da morte lutam entre si, travando um combate de desfecho decisivo.” (Barbaut, 1990, p.137).

Numa perspectiva psicológica, Leal (1999, p.365) ao referir-se ao período da gravidez expõe do seguinte modo: “Nesta fase toda a espectacularidade vai para as alterações físicas. Estas acarretam, obviamente, vivências psicológicas particulares, (...). Tudo se passa “dentro” da própria mulher, (...) um momento particular de retorno a si própria, de investimento maciço no próprio corpo, na sua imagem, no que ele contém: a vida. É também e sempre, de forma mais ou menos consciente, a confirmação da sua identidade sexual como mulher.”

Cordeiro (1994), ao citar diversos autores, como Greenberg, Rubin, Erikson, Caplan, considera a gravidez como uma *fase de desenvolvimento*, acrescida de novas condições de vida, que provocam na mulher um período de “...crise, não patológica, mas de viragem e de adaptação a um novo estatuto, o de mãe.” (p.57). O conceito de crise é neste ponto de vista “...toda a situação de mudança a nível biológico, psicológico ou social, que exige da pessoa (...) um esforço suplementar para manter o equilíbrio.” (p.36). Assim, a crise de desenvolvimento resulta das adaptações às mudanças corporais, emocionais e sociais a que a mulher está sujeita, e da reorganização psicológica ao seu futuro papel de mãe.

A maternidade, por sua vez, inscreve-se: “Como projecto a longo prazo que é, distancia-se em quase tudo do acontecimento biológico que é a gravidez. Requer iniciativas, actuações, responsabilizações (...) Requer que, mais do que se deseje ter um

filho, se deseje ser mãe. Ora, o desejo de ter um filho e o desejo de ser mãe, não são desejos sempre coincidentes.” (Leal, 1999, p. 365).

Para Cordeiro (1994) *“A maternidade desempenha um papel significativo na personalidade da mulher e prepara para os cuidados maternos, completando a maturação no plano fisiológico e psicológico.”* (p.56). E, ainda, do ponto de vista de Fidalgo (2003), a maternidade é um fenómeno predominantemente social perante a influência dos processos biossociais, onde se incluem as noções de sexualidade, de reprodução, da organização doméstica e de poder. Neste sentido, as características físicas, anatómicas e funcionais são pré-requisitos importantes a ter em linha de conta para a ocorrência de uma gravidez não sendo, no entanto, condições suficientes para uma maternidade adaptativa (Canavarro, 2001).

No senso comum, especialmente para as mulheres que vivem em contextos culturais que valorizam a maternidade, em que elas próprias se identificam com a figura materna, a maternidade é vista como algo instintivo ou inato à mulher. Segundo Tobin (1999, citado por Canavarro, 2001), não é através do chamado *“instinto maternal”* que conseguimos compreender a rica e complexa experiência com que se reveste o desejo e o comportamento materno. Neste ponto de vista, *“O comportamento materno não está nos genes. (...). Nascemos sim, se tudo se desenvolveu normalmente, com a capacidade de reprodução. Apenas essa capacidade é biologicamente oferecida, (...) não é o essencial para que a mulher deseje ter uma criança ou seja capaz de ser mãe.”* (Tobin, 1999, citado por Canavarro, 2001, p.23).

Assim, a ideia da maternidade como natural e instintiva não contribui para a concepção da maternidade como um processo de decisão, baseado no desenvolvimento pessoal e no auto-conhecimento. O sentido de normalidade para cada indivíduo deve ser aquilo que o faz sentir-se melhor consigo próprio, na tentativa de desfrutar com qualidade os diversos momentos do ciclo de vida dentro de, com é óbvio, determinados limites morais e éticos (Canavarro, 2001).

Actualmente, nas sociedades contemporâneas, face à evolução tecnológica e científica que envolve a dimensão biológica da maternidade, a mulher pode ser mãe independentemente do processo reprodutivo utilizado que, por si só, vai para além da relação sexual, como são exemplo a inseminação artificial e a fertilização *in vitro* ou recorrendo à adopção ou ao papel de mãe substituta. Como refere Fidalgo (2003, p.121), cada uma destas opções depende da influência cultural que orienta o comportamento da mulher, tornando a maternidade num *“... objecto de práticas culturais, económicas e sociais diversas e expressa-se consoante os contextos culturais.”*

Perante os aspectos atrás descritos, conclui-se que o facto da mulher vivenciar um período de gravidez, não significa que após o parto assegure e se adapte, adequadamente, ao papel materno, visto que, tanto a gravidez como a maternidade são vivenciados como uma experiência pessoal e única, estando subjacente a forma como o tempo, a cultura e a sociedade, onde a mulher se encontra inserida, percebem a própria maternidade.

Neste sentido, Kitzinger (1996) considera duas perspectivas importantes, que envolvem estes dois processos, sendo estas: a *perspectiva do singular* - a mulher como pessoa única, face às transformações sofridas ao longo da gravidez e maternidade; e a *perspectiva do colectivo* - onde ambos os processos são analisados no contexto sociocultural em que a grávida/mãe está inserida.

Na *perspectiva do singular* a mulher enquanto grávida, face ao estado de alterações fisiológicas e anatómicas a que o seu corpo está sujeito bem como, posteriormente, perante a maternidade, pode assumir atitudes diversas (considerando-se atitude uma expressão da orientação geral, positiva ou negativa, face a um objecto da representação). Nas sociedades tradicionais ou primitivas, as raparigas, desde cedo, aprendem “... que a gravidez é sinónimo de prazer e que se tornarão mais, e não menos, belas quando estiverem grávidas (...) isto é muito diferente das atitudes correntes na nossa sociedade, em que as mulheres podem achar difícil adaptarem-se à transformações do corpo.” (Kitzinger, 1996, p. 47).

Reforça-se o atrás referido, com a ideia de Brazelton (2000), ao considerar que as experiências de vida da mulher, ao longo do seu crescimento e desenvolvimento, vão influenciar de algum modo as suas aptidões como mãe, e quanto melhor tiver sido esse *ajustamento*, mais facilmente ou com mais capacidade conseguirá assumir as suas novas responsabilidades, perante a maternidade.

Na *perspectiva do colectivo*, em que a gravidez e a maternidade estão cingidas, Kitzinger (1996) menciona que uma mulher quando engravida e depois no papel de mãe, envolve-se num sistema social alargado, conduzindo esta experiência pessoal para um acontecimento colectivo.

Nesta lógica, na maior parte das sociedades, a gravidez é encarada como um estado *ritual*, onde as cerimónias inerentes a este estado fisiológico da mulher, têm a importante função de integração da mulher e do casal no sistema social, e mais do que isso, “... ligam o presente ao passado e o humano ao divino” (Kitzinger, 1996, p.76). O ritual é, neste contexto, encarado como um “conjunto de preceitos a observar na execução de um rito, tornando-se num esquema que se repete de uma forma mais ou

menos imutável, organizando um cerimonial estereotipado «no caso de ser individual» ou codificado e imposto pelo grupo social «no caso de ser institucionalizado» (Infopédia, 2008).

Assim, os mitos, tabus e as crenças que envolvem a gravidez, o parto e as práticas cuidativas tanto para com a mulher como para com a criança, após o parto, são de certa forma, rituais e costumes que caracterizam as sociedades humanas. Nas sociedades tradicionais, as mulheres tendencialmente repetem os costumes das suas mães e família. No entanto, nas sociedades ocidentais contemporâneas, face às mudanças sociais repentinas, verifica-se que “...há um *desentendimento praticamente inevitável entre as gerações relativamente a esta questão, e as regras e interdições que anteriormente faziam parte de modelo lógico e coeso tornam-se «histórias de velhas».*” (Kitzinger, 1996, p.77).

Pelo exposto, a mesma autora, defende que nas sociedades ocidentais os futuros pais não encontram apoios emocionais que promovam uma coesão social mais alargada. Outros autores, como Cordeiro (1994), reforçam esta ideia acentuando as limitações e as implicações da actual organização das sociedades ocidentais, nomeadamente, a *família alargada* - constituída por pais, filhos, avós, primos, etc, progressivamente tem dado lugar à chamada *família nuclear* - constituída apenas pelos pais e pelos filhos. O mesmo autor acrescenta que esta situação, além de diminuir o confronto entre gerações, conduz a que “...o casal raramente tem as condições materiais e outras para substituir a riqueza da relação familiar alargada, com as múltiplas possibilidades de trocas afectivas e de identificação, que esta oferece.”(p.61).

Por sua vez, Mascoli (1990, p.337), revela que “...sobretudo nos centros urbanos, as possibilidades da mulher como futura mãe dependem em grande parte das experiências que viveu com a sua própria mãe”, o que dificulta a aprendizagem, visto ser cada vez menos frequente, as raparigas e mulheres jovens participarem nas práticas relacionadas com a maternidade.

Numa outra perspectiva, constata-se que nas sociedades ocidentais os sistemas de educação e criação das crianças valorizam a individualidade e a autonomia, o que leva as jovens mães/casal a não optarem pela ajuda da experiência da família alargada e procurarem informação e aconselhamento nos profissionais de saúde e na tecnologia médica. Esta tendência, faz com que a mulher, durante a gravidez e a maternidade seja, de certa forma, vista como objecto de cuidados médicos. Kitzinger (1996), dá como exemplo, o facto do registo dos dados sobre o desenvolvimento da gravidez e a própria orientação ser feita por profissionais de saúde que, por sua vez, não fazem parte da

comunidade em que a gestante vive e onde, muitas vezes, a família e os amigos são impotentes para intervirem no processo de gravidez.

Neste seguimento, cabe agora, reflectir um pouco, nas etapas do desenvolvimento dos processos de gravidez e maternidade, na perspectiva pessoal - *da mulher* – tendo em conta os factores já descritos e as características individuais, (personalidade, aptidões cognitivas e fisiológicas) para que todo o processo de construção das representações cognitivas convirja satisfatoriamente, no sentido da adaptação à maternidade, que se irá abordar de seguida.

1.1.1 - Tarefas desenvolvimentais da gravidez e da maternidade

De acordo com Canavarro (2001), ao longo da gravidez o processo de aquisição das representações cognitivas desenvolve-se por sete tarefas interligadas e que evoluem no sentido de adaptação à maternidade. Estas tarefas desenvolvimentais, normalmente, não acontecem de forma aleatória ao longo da gravidez. Pelo contrário, em cada trimestre da gravidez identificam-se determinadas tarefas, necessárias para o desenvolvimento cognitivo, emocional e psicológico da mulher, que quando integradas pela própria, serão substituídas ou acrescentadas outras tarefas desenvolvimentais, para a continuidade do processo até ao puerpério.

Designa-se por puerpério, o período de seis a oito semanas após o parto, espaço de tempo em que ocorre uma regressão das mudanças anatómicas e fisiológicas inerentes à gravidez, sendo que essas alterações fisiológicas acontecem ao nível de vários órgãos e sistemas do corpo da mulher (Centeno, 2005). Apesar de, normalmente, ser neste período de tempo que a mulher experimenta modificações físicas e psíquicas, tendendo a voltar ao estado que a caracterizava antes da gravidez, existem tarefas que se prolongam para além do período considerado, outras cujo início não coincide, bem como o *timing* na resolução das tarefas de desenvolvimento varia de mulher para mulher.

Descrevendo, sucintamente, este processo de evolução e de complementaridade, desde a gravidez até ao puerpério, os primeiros três meses de gestação são caracterizados por uma atitude ambivalente da mulher, entre o desejo e o receio da gravidez. Neste sentido, a primeira tarefa consiste em aceitar a gravidez, visto que independentemente do desejo de engravidar, o reconhecimento de que a concepção aconteceu gera na mulher sentimentos de ambivalência em relação à viabilidade da

própria gravidez, à aceitação do feto, em relação às mudanças associadas ao seu novo estado e, ainda, à própria maternidade (Brazelton e Cramer, 2001; Canavarro, 2001). Nestes primeiros meses, também tem início o processo de identificação materna, em que a grávida procura referências nos modelos maternos mais próximos, no sentido de se preparar a si própria e à família, para a chegada do bebê. Inscreve-se, deste modo, o processo de aceitação e integração da gravidez, essencial para a progressão psicológica da mulher.

A tarefa seguinte, que acontece no segundo trimestre da gravidez, consiste na diferenciação mãe-feto que se traduz na aceitação do feto como entidade separada, como um ser distinto da própria mulher. A aquisição desta representação cognitiva é fundamental para a ligação materno-fetal, para a preparação para o nascimento e para a separação da mãe e do bebê, no momento do parto (Mendes, 1999; Rubin, 1975, 1992 citados por Canavarro, 2001). Neste trimestre surge também, o bebê fantasiado e a necessidade de perceber os cuidados a ter com o bebê. Porém, como afirma a mesma autora, para que a mulher se sinta bem na sua identidade e papel materno, necessita de integrar as experiências positivas e negativas que viveu na situação de filha. Por isso, uma parte significativa dos processos psíquicos da mulher grávida, durante o segundo trimestre, é ocupada na reavaliação do relacionamento que teve com os seus pais e em particular com a sua mãe durante a sua infância e adolescência. Estes aspectos caracterizam a terceira tarefa desenvolvimental da gravidez.

Com o avançar da gravidez, já no início do terceiro trimestre, o casal prepara-se para integrar o novo elemento na sua relação. Relativamente à relação conjugal, os resultados de investigações realizadas são consistentes quando afirmam que a satisfação conjugal diminui durante a gravidez e puerpério, como relata Figueiredo (2000, citada por Canavarro, 2001). Torna-se, assim, importante que o casal crie formas de partilha e articulação no desempenho dos diferentes papéis a desenvolver durante a gravidez e após o nascimento da criança e, especialmente, que cada um seja sensível às necessidades do outro, promovendo um bom suporte emocional, essencial ao processo de adaptação à maternidade. Identifica-se aqui a quarta tarefa desenvolvimental do processo de gravidez, direccionada para a reestruturação dos papéis e funções anteriormente realizadas pelo casal, com a necessidade de integração de outros papéis e responsabilidades, relacionadas com o cuidar e educar do filho que se aguarda. Este último trimestre da gravidez é, especialmente, considerado como o período de separação, entre a mãe e o bebê, que culmina com o parto, caracterizando a quinta tarefa desenvolvimental. É, por um lado, uma época marcada pela ansiedade face ao

desconhecido, para as primíparas (mães pela primeira vez) e para as múltiparas, como um momento fisicamente penoso. Mas, por outro lado, surgem novamente sentimentos de ambivalência marcados pela vontade de ver o filho e terminar o período da gravidez e, em simultâneo, coexiste o desejo de a prolongar, para adiar o momento do parto e as novas exigências que o nascimento do bebé acarreta (Canavarro, 2001).

Após o parto torna-se essencial integrar a nova identidade materna. Há uma necessidade de reavaliar as perdas e os ganhos que a maternidade introduziu e aceitar as mudanças envolventes neste novo estágio, distinguindo-se num contexto de puerpério, a sexta tarefa desenvolvimental. Alguns autores consideram que após o parto, a mulher passa por um processo de ajustamento materno, que de acordo com Rubin (1961, citado por Williams, 1999 e Manning, 2006) durante a adaptação materna no pós-parto, se distinguem três fases caracterizadas por comportamentos dependentes ou *fase de incorporação*, comportamentos dependentes-independentes ou *fase de posse* e comportamentos interdependentes ou *fase de desprendimento*.

A primeira, *fase de incorporação*, acontece durante o primeiro e o segundo dia após o nascimento. É quando se verifica uma maior dependência física da mãe, necessitando do apoio dos profissionais de saúde no que diz respeito à satisfação das suas próprias necessidades de recuperação física, de treino e de protecção e que, por sua vez, possibilitam à mãe desviar a sua energia psicológica para o bebé, “*Ela necessita maternizar para ser mãe.*” (Williams, 1999, p.474). Assiste-se, também, a uma grande excitação manifestada pelos pais, necessitando de verbalizar as experiências vividas ao longo da gravidez e do parto. Muitas vezes, este tipo de confidências é feito aos profissionais de saúde, em particular aos enfermeiros, para além de utilizarem a família e os amigos. Torna-se essencial que os profissionais de saúde, mais especificamente enfermeiros e médicos, estejam despertos para esta situação, visto que o analisar e aceitar as experiências vividas, permite aos pais passarem para a fase seguinte. Como exemplo, é a necessidade de as mães confirmarem o seu comportamento durante o trabalho de parto, já que muitas delas, efectuam nos dois últimos meses de gravidez uma preparação para este momento, como é exemplo a preparação para o parto, e criam determinadas expectativas que, por vezes, não conseguem alcançar (Williams, 1999; Manning, 2006).

Quando a mãe recebe apoio e cuidados necessários à sua reabilitação física e emocional, normalmente após o segundo ou terceiro dia, deseja tornar-se independente nas suas acções. Expressa-se, então, a fase *dependente-independente* em que a mãe, na maioria das vezes, demonstra vontade de aprender e praticar os cuidados aos bebés, de

modo a tornar-se independente. Este processo corresponde à fase de posse, que dura mais ou menos dez dias. No entanto, a fase de dependente-independente prolonga-se até ao final do puerpério, onde já se espera que os pais tenham conseguido criar um padrão de rotinas diárias adequado às novas responsabilidades e exigências do bebé Rubin (1961, citado por Williams, 1999 e Manning, 2006).

Na última fase do ajustamento materno, denominada de *interdependente*, espera-se que o casal já tenha retomado muitas das suas actividades anteriores. Salienta-se ainda, o facto de esta fase ser considerada de muito stress para o casal, pelos diferentes interesses e carências que ambos apresentam, exigindo-se esforço suplementar para consolidar as relações no seio familiar (Rubin (1961, citado por Williams, 1999 e Manning, 2006).

Cabe ainda referir, que no caso das mulheres múltiparas surge a necessidade de reavaliar e estruturar a relação com o(s) outros filho(s), sendo este aspecto visto como a sétima tarefa desenvolvimental. Canavarro (2001) ao citar o estudo de Lederman (1997), relata que mulheres grávidas do segundo filho mostravam como preocupações básicas a capacidade para cuidar de duas crianças ao mesmo tempo; como reagir perante o comportamento do primeiro filho, com a chegada do irmão e a capacidade para amar os dois filhos de igual modo.

Conclui-se este subcapítulo, com a ideia de que todas estas etapas de desenvolvimento vivenciados pela mulher durante o processo de gravidez e no caminho para maternidade se irão manifestar em novas competências psicológicas e sociais, que lhe permitirão cuidar e educar o seu filho, contribuindo para o seu desenvolvimento e crescimento harmonioso. Mas, também, irão possibilitar à mulher, a construção de uma identidade materna própria, com um melhor ajuste do período de adaptação à maternidade às diferentes dimensões envolventes como: a relação conjugal, a dinâmica familiar, as características do bebé, a profissão, as condições socioeconómicas existentes, a cultura e a sua própria personalidade e estado de saúde.

A família como organização primária da vida social de cada grupo, de duas ou mais pessoas, orientada por regras, normas morais e rotineiras, por expectativas emocionais e relacionais, pela partilha de objectivos e de responsabilidades, entre outros aspectos, será abordada no subcapítulo seguinte, pela envolvência e repercussões ao nível da gravidez e da maternidade.

1.1.2 - A família num contexto de gravidez e maternidade

Slepoj (2000, citando Malinowski, 1969) define a família como instituição basilar da vida social de cada grupo, orientada por regras, normas morais e rotineiras e pela determinação das tarefas laborais de acordo com o género, pelo modo de vida e por uma relação mais íntima, entre os pais e os filhos. Porém, a família assume diferentes formas, ou melhor dito, existe uma variedade significativa de tipos de família, que segundo a mesma autora, *“demonstra precisamente que a família não é um facto de natureza, mas um fenómeno culturalmente elaborado”* (p.71).

Assim, cada família resulta da combinação e equilíbrio entre factores de várias ordens, tais como: os “sócio-ideológicos”, como tipo de casamento, o divórcio, a residência, a herança, a autoridade e a transmissão de saberes; os “económicos”, como a divisão do trabalho, dos meios de produção, tipo de património; os “políticos”, como o poder e as hierarquias; os “biológicos”, como a saúde e a fertilidade; e os “ambientais”, tais como os recursos e as calamidades.

Bastos e Martins (1985, p.124) consideram que *“...viver em sociedade (mesmo que sob o nome de família) é uma concretização de um princípio geral, o de que ser humano é também estar com. Nenhum ser humano, na sua singularidade está só: ele é um elemento de um jogo complexo de interacções, em que a todo o momento intervém e sofre efeitos.”*. O *estar com* na sociedade, é estar sujeito a determinadas regras orientadoras de atitudes e de comportamentos, quer sejam geneticamente adquiridas ou culturalmente aconselhadas ou impostas. A sociedade, para estas autoras, não é apenas um conjunto de indivíduos, nem um conjunto de relações abstractas. A sociedade é uma articulação de pessoas/relações que se apresenta, em cada momento e espaço, sob uma configuração cultural específica. Por sua vez, a família é vista como um contexto de momentos de dinâmica social, num continuum também ele dinâmico, onde se estabelecem as relações imediatas dos membros das sociedades.

As questões da família, partindo de uma visão antropológica, são *“...assunto de todos. Pai, mãe, filhos, irmãos, tios, primos, avós, cônjuges, são coisas de todos nós. Assim como são os afectos, as dependências, os contratos, as regras, a partilha e o conflito que todos vivemos e que conotamos com a família.”* (Bastos e Martins, 1985, p.125). Neste ponto de vista, mesmo sem se saber concretamente, como as outras sociedades, que não a nossa, vivem estes aspectos da vida familiar, há uma consciencialização de que existem coisas em comum, não só pela evidência biológica manifestada pela necessidade de reprodução e perpetuação da espécie mas, também,

pelas diferentes formas com que as sociedades tentam solucionar os problemas de ordem familiar.

Perante a família contemporânea nas sociedades ocidentais, e na perspectiva de Slepj (2000), a industrialização e urbanização provocaram alterações radicais quer na estrutura como nas funções da família, traduzindo-se em novas organizações nas relações de parentesco. Esta autora define parentesco como *“a relação que se instaura quer entre indivíduos vinculados por um laço de sangue, (...) consanguinidade (...) quer entre os componentes de famílias ligadas entre si por um casamento (...) afinidade”* (Slepj, 2000, p.65 e 66).

Por sua vez, Segalen (1999), no âmbito da sociologia da família, considera que a teoria do parentesco permite uma melhor compreensão quer do sistema familiar ocidental, como de outros, se tivermos em linha de conta a aproximação de outras culturas diferentes da nossa, com a abertura das fronteiras dos países ocidentais. O conceito de parentesco é definido como um sistema de classificação dos parentes, identificados por consanguinidade, pela aliança e pela adopção. Nesta terminologia, também são definidos os comportamentos de evitamento, de respeito e de gracejo. Considera esta autora, que todas as sociedades conhecem a filiação (isto é, o reconhecimento de laços entre os indivíduos que descendem um dos outros), no entanto, enquanto que para as sociedades exóticas o princípio da filiação tem uma importância fundamental, as sociedades contemporâneas recrutam-se menos sobre a base do parentesco, optando por outros princípios como por exemplo: a classe etária, a classe social, afinidades e amizades, local de trabalho ou lazer.

Neste sentido, parece que a família das sociedades contemporâneas é uma instituição em evolução, que *“(...) perdeu parte da sua estabilidade e conquistou uma maior elasticidade [Ao contrário do que acontecia no passado] (...) o reconhecimento de si na descendência ou na pertença a um determinado parentesco perdeu grande parte do seu significado.”* (Slepj, 2000, p. 89-90). Assim, assiste-se a uma maior liberdade de escolha pessoal, quer de normas, como dos valores morais e religiosos orientadores, tornando a construção de cada identidade mais complexa e diversificada.

A família alargada foi, até há década de 70, o modelo familiar dominante das sociedades ocidentais contemporâneas. Porém, influências de diversa ordem a que as sociedades industrializadas foram sujeitas, onde se destacam: as correntes feministas; a elevação das condições económicas e da escolarização das populações, mais em particular das mulheres; a difusão tecnológica e da comunicação; e ainda, as mobilizações sociais, geográficas e profissionais, se por um lado provocaram

instabilidade nos casamentos, por outro lado, conduziram as pessoas ao afastamento dos seus locais de nascimento, da família alargada, ou melhor, das suas raízes parentais (Slepoj, 2000).

Caminhando para as questões relacionadas com a maternidade, torna-se aqui evidente a importância do estatuto da mulher dentro da família e na sociedade em que se encontra inserida. Em confronto com as sociedades ocidentais, nos países subdesenvolvidos ou sociedades mais tradicionais, como em África, Ásia, América do Sul, China ou Índia, o papel da mulher está muito centrado na maternidade, dependendo o seu estatuto na família do número de filhos gerados (sendo em muitas destas sociedades valorizado o sexo masculino).

Relativamente à organização doméstica e ao poder, os movimentos feministas que se foram desenvolvendo nos Estados Unidos e Europa, entre o pós-guerra e os anos 80, condenavam as tarefas domésticas em que as mulheres se encontravam destinadas e o papel de mãe associado ao estereótipo da mulher procriadora. Por sua vez, defendia-se a visibilidade do papel da mulher no mundo do trabalho, até então dominado pelo homem. Salienta-se ainda o facto destes movimentos feministas tentarem *“...desmistificar a maternidade ideal imposta às mulheres como um modelo, particularidade salientada como indutora de culpa que faz com que cada mulher sinta que não é tão boa mãe como as outras.”* (Fidalgo, 2003, p.122).

Neste sentido, de acordo com as expectativas e interesses que cada mulher cria em relação à sua profissão, muitas mulheres das sociedades ocidentais, esperam conseguir conjugar as suas aspirações na carreira, com o papel de mãe. Contudo, a maioria delas não tem noção da complexidade, das implicações e alterações que a maternidade provoca na vida quotidiana, quanto mais em relação à conjugação de ambas as actividades. Para muitas mulheres, as prioridades e atitudes anteriormente consolidadas, sofrem alterações após o nascimento dos filhos, dificultando a adaptação à maternidade, no sentido em que não se sentem completamente satisfeitas com a opção tomada.

Pelo exposto, considera-se que foram abordados aspectos que permitem compreender a importância das transformações sociais e das características da família, com que se deparam as sociedades ocidentais, se comparadas com outras mais tradicionais em que a evolução de determinados fenómenos, quando acontecem, processam-se muito lentamente. Estas mudanças influenciam significativamente a construção das representações quer da gravidez como da maternidade, reflectindo-se directamente na adaptação da mulher ao período da maternidade, sendo notória a

necessidade de a mulher ajustar os diferentes papéis anteriormente assumidos, com os acrescidos com a maternidade, nas dimensões familiar, profissional, social e cultural. Neste sentido, o exercício da maternidade emerge como um tema indispensável para a compreensão da problemática em estudo, e que se irá desenvolver no subcapítulo seguinte.

1.1.3 - O exercício da maternidade

As práticas de cuidados às crianças, transmitidas de geração em geração, são normalmente realizadas no seio familiar, onde alguns membros da família, em particular as mulheres, ocupam grande parte do dia. As práticas cuidativas realizadas às crianças, especialmente os cuidados maternos, são consideradas como actividades importantes para o bem-estar da criança, seu desenvolvimento e crescimento. Porém, não são avaliadas pelo seu carácter complexo e essencial em termos de desenvolvimento emocional, cognitivo e psicológico da criança. Estas mesmas práticas diárias, prestadas pelas mães aos seus bebés, são vistas como banais e repetitivas nomeadamente: o ritmo corporal e os gestos utilizados no modo como se adormece, embala, protege e amamenta a criança; e como a mãe valoriza e reage às queixas e aos sons emitidos pelo bebé. De facto, são estes cuidados quotidianos que permitem à criança: iniciar as suas primeiras relações e comunicações com os outros; tomar consciência das suas capacidades para agir sobre o meio envolvente; de entrar numa cultura; conhecer o amor e adquirir confiança e segurança; actuar perante a doença; e de aprender como utilizar o seu corpo, adquirindo gradualmente a sua autonomia (Ramos 2004).

Os diversos tipos de cuidados que a mãe oferece ao seu bebé, como o banho, os cuidados de conforto, as massagens, a amamentação e o adormecer constituem os primeiros gestos sobre o corpo do bebé. Através destes gestos o bebé estabelece interações e estimulações muito favoráveis ao seu desenvolvimento emocional. Para a mãe, são momentos em que esta expressa os seus sentimentos e emoções, contribuindo para a realização de todo um processo construído ao longo da gravidez e maternidade. Por outro lado, este sistema de cuidados à criança tem a função importante de protecção e de adaptação, reflectindo também as práticas e os modos como a mãe foi cuidada na sua infância.

Ramos (2004), ao citar Winnicott (1969), refere-se à *preocupação maternal primária* para explicar a disposição materna, para responder com sensibilidade, às

necessidades da criança e desta forma proporcionar-lhe cuidados *suficientemente bons*. Estes cuidados maternos são considerados de três tipos:

“- o «*holding*» (a mãe suporte psíquico e físico, envelope protector; releva da sensibilidade materna);

- o «*handling*» (a mãe prestadora de cuidados físicos à criança, proporcionadora de estimulações tácteis, auditivas, visuais e cinestésicas, no decurso de numerosas interacções e cuidados básicos);

- o «*object-presenting*» (a mãe proporcionando a abertura e acesso progressivo da criança aos objectos e ao mundo, nas suas diferentes dimensões e complexidade.” (p.191).

Reflectindo, um pouco, na ideia ainda tão assumida na nossa cultura, de “ser uma boa mãe”, ou melhor dizendo, na cultura ocidental contemporânea, onde os casais podem planejar económica e cronologicamente o nascimento dos filhos, em que há um acesso facilitado à informação existente sobre todos os aspectos que envolvem o desenvolvimento ideal da criança, Canavarro (2001) citando Tobin (1998), refere que “O único limite para a boa mãe parece assim ser a sua capacidade pessoal de sacrificar as suas próprias necessidades – de privacidade, espaço, tempo e coisas materiais – em favor das do seu filho.” (p.27). Apesar de muitas mães tentarem fazer o melhor pelos filhos, as dificuldades surgem quando tentam conciliar as suas necessidades e as necessidades da criança levando, muitas vezes, a tomada de decisões frustrantes para uma das partes. Alguns autores como Tobin (1999), Bettelheim (1988) e Winnicott (1955), citados pela mesma autora, têm ajudado as mães a aceitarem os sentimentos ambivalentes com que se vão deparando ao cuidarem dos seus filhos, de modo a que as *menos perfeitas* não se considerem *más mães*.

Com efeito, na tentativa de assegurar o bem-estar do bebé, muitas vezes, a mulher altera hábitos e estilos de vida tais como a alimentação, o sono, relacionamento interpessoal, interesses pessoais e profissionais. Assim, neste ponto de vista, para algumas mulheres a maternidade representa uma realização pessoal sobre a forma de dádiva ou, por outro lado, pode ser entendida como uma obrigação de servir, pela responsabilidade de ter alguém dependente de si.

Considerando ainda, a questão da carreira profissional, dever-se-á ter em linha de conta que nas sociedades ocidentais, a educação e profissionalização são projectos que acompanham o desenvolvimento dos jovens, independentemente do sexo. Assim, se se associar “...necessidades económicas, pressão social e realização pessoal em diversas proporções, consoante a especificidade de cada mulher, obtemos a forma e

dimensão que a profissão ocupa no seu projecto de vida.” (Canavarro, 2001, p.30). Deste modo e no ponto de vista de mesma autora, as questões profissionais influenciam os processos de gravidez e maternidade de duas formas principais: pela percepção da organização prática do quotidiano, de modo a conciliar a actividade profissional e os aspectos que abarcam a maternidade, face às exigências de tempo e investimento pessoal que acarretam; e pela valorização que cada mulher dá aos aspectos que envolvem a sua profissão, quando associados ao papel materno.

Porém, salienta-se ainda, a alusão que a mesma autora faz da natureza emocional que envolve a prestação de cuidados, considerando que toda a carga afectiva manifestada é regulada quer por sentimentos de prazer e satisfação, quando a mãe foi capaz de proporcionar protecção ao bebé; ou por raiva, tristeza ou ansiedade, quando a sua capacidade de protecção não dá resposta às necessidades do bebé.

Assim, pode concluir-se que, a sensibilidade materna significa identificar os desejos do bebé, através dos seus sinais e comunicações, mas não impõe uma satisfação incondicional dos mesmos, antes pelo contrário, uma interacção reparadora face às frustrações inevitáveis do bebé, ensina-o a gerir a sua tensão emocional, necessária ao desenvolvimento saudável do bebé. Pode-se então dizer que, a qualidade do comportamento materno vai ter influência na qualidade dos cuidados prestados à criança, na própria vinculação estabelecida e no desenvolvimento de uma criança saudável autónoma e competente. Na qualidade do comportamento materno está implícito toda a sua experiência e vivências, mais especificamente, as competências maternas dependem da relação estabelecida com a sua própria mãe (durante a infância, adolescência e jovem adulta), da influência das relações interpessoais estabelecidas, das representações da gravidez e maternidade adquiridas e da relação conjugal conseguida, entre outros aspectos já referidos. E ainda, a qualidade do desenvolvimento e crescimento da criança é influenciada pelas características e aptidões particulares de cada criança e por factores dos contextos social e familiar existentes (Ramos, 2004). A mesma autora refere que a falta ou a inadequada qualidade dos cuidados à criança, conduzem a disfuncionamentos e a perturbações de desenvolvimento e de personalidade, que afectam a saúde mental e física da criança. Como exemplos destacam-se alguns princípios marcados pelas *modas* ou crenças populares de que o distanciamento entre a mãe e a criança quando esta chora com frequência, o não pegar ao colo em excesso, ou isolar a criança para adormecer, todas sob o pretexto de que não tornar a criança dependente e caprichosa; a utilização de brinquedos ou dispositivos como substitutos da presença materna, entre outros. As mães influenciadas por estas

novas ideologias, tendem a abandonar certas práticas de cuidados, adquiridas no seio familiar, verificando-se os primeiros cortes no desenvolvimento harmonioso do mecanismo de necessidades e de satisfações naturais da criança. Outros autores como Belsky (1999), Grossmann & Grossmann (1990), citados por Soares (2001), investigaram a influência das variáveis de natureza sócio-contextual, nomeadamente a satisfação da figura parental - a mãe - com a sua rede de apoio, com a relação conjugal ou as circunstâncias sócioeconómicas, podendo ter uma interferência positiva ou prejudicar a sua capacidade nos cuidados prestados à criança.

2 - A MATERNIDADE EM CONTEXTO MIGRATÓRIO

Este capítulo pretende analisar e compreender as alterações ou as influências exercidas pelos movimentos migratórios na sociedade portuguesa, dando especial relevo às adaptações sociais, económicas e culturais a que as famílias imigrantes estão sujeitas no país de acolhimento. E em particular, quando a imigração acontece durante o período de adaptação da mulher à maternidade e suas implicações para o bem-estar físico, emocional e psicológico da mulher e para o desenvolvimento e crescimento harmonioso e saudável da criança.

O fenómeno da imigração, com que alguns países da UE (União Europeia) e os EUA (Estados Unidos da América) já se debatem há vários anos, tornou-se nas últimas décadas, um acontecimento preocupante e representativo em Portugal, envolvendo um conjunto complexo de questões, que afectam tanto os imigrantes, como a própria população portuguesa.

Pela pesquisa realizada verificou-se que apesar de existirem diversos estudos portugueses direccionados para a população migrante residente no nosso país, são muito poucos os que se preocupam com as questões das competências e dificuldades dos profissionais da saúde, na assistência à mulher migrante, nomeadamente durante a adaptação à maternidade. Nos subcapítulos que se seguem, serão abordados os principais aspectos relativos à problemática deste estudo.

2.1 - OS FLUXOS MIGRATÓRIOS: SEUS EFEITOS NA SOCIEDADE PORTUGUESA

Em Portugal, certas problemáticas da modernidade chegaram mais tarde, se comparado com outros países da UE. Os sistemas de valores existentes no país, com base na taxa elevada de analfabetos, nas condições precárias em que vivia uma grande parte da população e as limitadas possibilidades de mudança, favoreciam os valores tradicionalistas e autoritários nos sistemas familiares. Estes, por sua vez, traduziam-se em comportamentos individuais e familiares homogéneos e que se mantiveram inalteráveis ao longo de gerações. A par com estes aspectos, deparava-se com um

regime político que dificultava a entrada de estrangeiros e, também, as próprias condições de vida no país eram pouco atractivas para o exterior. Deste modo, ao longo de várias décadas, a sociedade portuguesa manteve-se fechada uma forte identidade cultural, como refere Soares (2003, citando Covas, 1998).

Presentemente, a sociedade portuguesa, encontra-se com uma importante população estrangeira residente no país, com características heterogéneas e variadas, face às comunidades imigrantes anteriores. De acordo com o Relatório de Actividades de 2006 sobre imigração, fronteiras e asilo, efectuado pelo SEF, no ano de 2004, a população total imigrante residente no país rondava os 447.186 mil indivíduos, representando um crescimento positivo, na ordem dos 3,12% (SEF, 2006).

De acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde) em 2002, o conceito de emigrante, é definido como a deslocação de um cidadão para um país diferente, daquele onde nasceu e que é a sua residência habitual, por um período de tempo mínimo de um ano. Este emigrante converter-se-á num imigrante no país de acolhimento. Porém, tendo em linha de conta os acordos regionais entre países, como acontece na UE, e as respectivas políticas de imigração adoptadas, não são considerados imigrantes todos os indivíduos que vivem num país diferente daquele onde nasceram ou residiram habitualmente, mas somente os grupos ou pessoas, que são socialmente percebidos como estrangeiros originários de países pobres à procura de trabalho e melhores condições de vida (Baganha e Góis, 1999). Neste sentido, a análise de Machado (1993, citado por Cunha, 2004), é relevante, quando diz que esta percepção social dificilmente leva a considerar imigrante, em Portugal, um indivíduo de nacionalidade inglesa ou espanhola, mas tende a identificar como imigrante, um indivíduo de origem africana (mesmo que nascido em Portugal e com nacionalidade portuguesa), de origem brasileira, ou oriundo dos países do Leste da Europa.

De acordo com Ramos (2004) e Baganha et al (2004), até ao ano 2000, a população imigrante em Portugal era maioritariamente proveniente de países lusófonos (77%) e os restantes (23%) por uma diversidade de origens, sem relevância numérica específica. A partir do ano 2001, assistiu-se a um aumento dos novos fluxos de imigração, principalmente os provenientes dos Países de Leste, bem como uma mudança nas características dos fenómenos de imigração.

Ao observar-se os dados do SEF (2004), no ano 2003 a população estrangeira residente em Portugal constituía 5% da população total, a maioria oriundos de países africanos (especialmente provenientes dos PALOP, onde se destacam os cabo-verdianos, os angolanos e os guineenses); também com grande representatividade,

seguem-se os imigrantes do Leste da Europa (destacando-se os ucranianos) e depois os brasileiros e outros com menor representatividade.

Em 2004, Lisboa mantinha-se como o distrito português com maior número de imigrantes, seguindo-se por ordem decrescente os distritos de Faro, de Setúbal, do Porto, de Santarém e de Aveiro, manifestando-se a preferência pelas áreas metropolitanas e litorais (ACIDI, 2006).

Verificou-se também, a tendência das populações imigrantes de se agruparem por origem étnica, muitas vezes em bairros ilegais e zonas degradadas, sem condições habitacionais e com precárias condições de higiene. Formavam-se os chamados *ghettos*, onde a pobreza, exclusão social e concentração étnica, associados à precariedade de trabalho, baixos salários, baixos níveis de qualificação escolar e profissional e deficiente inserção profissional, conduziam ao isolamento social dos imigrantes, relativamente à sociedade de acolhimento (Rocha-Trindade, 1995). Estão aqui subjacentes as fracas condições socioeconómicas e redes sociais, factores que dificultam a integração no país de acolhimento, dificultam o acesso aos cuidados de saúde e que muitas vezes conduzem a situações de violência, isolamento e a sentimentos de intolerância e discriminação da população autóctone (Ramos, 2006). Estes aspectos serão posteriormente explorados, nomeadamente quando se abordarem as questões relacionadas com a saúde da população imigrante num contexto familiar e mais em particular, da mulher imigrante na adaptação à maternidade.

Neste encadeamento, tem-se assistido a um envolvimento relevante, por parte das entidades governamentais e dos meios de comunicação, bem como a uma preocupação crescente dos investigadores em analisar o impacto e as diferentes problemáticas subjacentes a este fenómeno na nossa sociedade. Vários estudos já foram realizados, em diversas vertentes, no sentido de facilitar a compreensão, por um lado, da evolução dos fenómenos migratórios e, por outro lado, com o intento de se adquirirem novas competências que dêem resposta às necessidades criadas pelas novas realidades sociais, familiares, culturais, sanitárias, educativas e de saúde com que se depara o país, face ao número crescente de populações imigrantes, com outras culturas e com diferentes línguas, a residir em Portugal.

No âmbito das políticas governamentais, faz-se referência ao estudo científico realizado por Santos (2004) e promovido pelo Observatório Imigração, ao enfatizar a responsabilidade do Estado Português, na procura de um quadro legal e um conjunto de medidas de ordem prática, representativos de uma verdadeira política de imigração, assente no acolhimento e na integração. Neste estudo, é posto em evidência, a mudança

substantial do perfil migratório português (coexistência de correntes emigratórias com fluxos imigratórios crescentes e diversificados, especialmente a partir da década de 90), e a demora na adopção de medidas políticas eficazes, face às preocupações sociais, económicas e de saúde das novas comunidades migrantes, quando comparadas com a realidade demográfica existente.

A partir de 1986, com a entrada de Portugal na CE, o país afasta-se da imagem de nação exclusivamente de emigração e promove a ideia de país de imigração. A década de 90 foi um marco no início do acolhimento, em larga escala, de imigrantes oriundos do Brasil e dos países africanos de expressão portuguesa. Na segunda metade dos anos 90, o principal fluxo imigratório provém maioritariamente dos países de Leste da Europa, como já referido. Algumas das razões apontadas, como justificativas deste fenómeno migratório foram: a queda do bloco soviético; o processo de globalização; o crescimento da população mundial até finais do século XX; as políticas de imigração portuguesa praticadas até aos anos 90; e a abertura das fronteiras europeias após 1995, por altura da entrada em vigor do *Acordo de Schengen*.¹

As primeiras medidas legislativas portuguesas inerentes à imigração surgiram nos anos 92-94, estando especialmente centradas na regularização de imigrantes, enquanto a política de integração dos imigrantes era ainda praticamente inexistente e desarticulada. Em 1996 surge o Alto-Comissário para a Imigração e Minorias Étnicas (actualmente designado por ACIDI), organismo que ao estar orientado para a integração da população imigrante no país de acolhimento, defendendo os seus direitos sociais, económicos, profissionais, educacionais, familiares e de saúde, permitia a ponte entre o Governo e a comunidade imigrante, através do associativismo.

Relativamente à aceitação da população imigrante, os estudos realizados demonstraram que, tal como acontece na UE, em Portugal tanto se assiste a atitudes de crenças positivas face à população imigrante, como também se manifestam atitudes negativas e preconceituosas que se traduzem em comportamentos discriminatórios para com esta população, afectando directa ou indirectamente o bem-estar, a saúde e a integração e adaptação ao país de acolhimento. Salienta-se, como exemplo, os dados do

¹ Esta convenção permitiu abolir o controlo nas fronteiras internas entre os Estados signatários e criar uma fronteira externa única onde são efectuados os controlos de acesso ao espaço Schengen, segundo procedimentos idênticos. Foram adoptadas regras comuns em matéria de vistos, de direito de asilo e de controlo nas fronteiras externas, a fim de possibilitar a livre circulação das pessoas nos países signatários sem perturbar a ordem pública (SCADPlus, 2007).

European Social Survey (EES) em 2002, ao indicarem que 68% dos cidadãos da EU consideravam que os imigrantes deveriam usufruir dos mesmos direitos que os cidadãos dos países de acolhimento; no entanto, de igual modo, indicavam que cerca de 70% dos cidadãos da EU consideravam que os imigrantes contribuíam para o aumento da insegurança e da criminalidade nos países de acolhimento (Ramos, 2006).

Outro estudo realizado pelo Centro de Estudos e Sondagens de Opinião da Universidade Católica, em 2004, sobre a opinião dos portugueses perante a actual diversidade de população estrangeira no nosso país, constatou que a grande maioria se opunha aos novos fluxos migratórios, verificando-se que os imigrantes de leste são, a seguir aos africanos, os menos desejados pelos portugueses (ACIDI, 2008).

Noutra perspectiva, o estudo de Baganha et al (2004), com base nos inquéritos aplicados a imigrantes da Europa do Leste, demonstrou que as atitudes discriminatórias da nossa sociedade aumentaram significativamente no ano 2004, se comparado com o ano 2002, mais especificamente na rua e nos transportes públicos.

Portes (1999) refere que a forma como os trabalhadores estrangeiros são recebidos nas sociedades de acolhimento depende, por um lado, da recepção efectuada pela sociedade de acolhimento e ainda das próprias características étnicas da população imigrante. E, por outro lado, das políticas governamentais, como são exemplo os acordos entre Portugal e o Brasil, como a Convenção sobre a Igualdade de Direitos e Deveres, assinada em 7 de Setembro de 1971, concedendo aos cidadãos brasileiros em Portugal e aos portugueses no Brasil um conjunto de direitos que antes estavam reservados aos respectivos cidadãos nacionais. Em Dezembro de 2000, foi assinado, em Porto Seguro, o Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre a República Portuguesa e a República Federativa do Brasil, que incorpora e amplia o conteúdo dos vários acordos até então existentes, nomeadamente, um estatuto especial de igualdade de direitos políticos que concede, aos portugueses no Brasil e aos brasileiros em Portugal, vários direitos de participação política (Resolução da Assembleia da República n.º 83/2000 de 14-12-2000). Posteriormente, pelo Decreto-Lei n.º 154/2003², foi regulamentada a aplicação deste Tratado, aproximando-se deste modo, às políticas europeias vigentes.

² Decreto-Lei n.º 154/2003 de 15 de Julho - O Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre a República Portuguesa e a República Federativa do Brasil, assinado em Porto Seguro em 22 de Abril de 2000, aprovado, para ratificação, pela Resolução da Assembleia da República n.º 83/2000, de 28 de Setembro, e ratificado pelo Decreto do Presidente da República n.º 79/2000, de 14 de Dezembro, revogou a Convenção sobre Igualdade de Direitos e Deveres entre Brasileiros e Portugueses, celebrada em Brasília em 7 de Setembro de 1971 (Portal SEF, 2008).

Neste seguimento, salientamos o facto de que, face à inesperada mudança das características da população imigrante, Portugal não adoptou atempadamente, “... nenhuma política pró-activa de recrutamento de imigrantes do leste europeu, nem tinha quaisquer laços históricos, culturais ou económicos privilegiados com esta região a que possa atribuir-se este súbito e intenso movimento de trabalhadores migrantes desta região para Portugal.” (Baganha et al, 2004, p. 96). Este factor teve um peso significativo, quer na forma de integração destas novas comunidades de imigrantes, como na aceitação dos mesmos pela população portuguesa.

Neste sentido, achou-se interessante olhar para o perfil educativo dos imigrantes de leste, pela elevada e diversificada qualificação profissional que apresentam, se comparados com imigrantes de outras regiões. Apesar de estas características não terem alterado a posição socioeconómica dos mesmos, na sua maioria, relativamente a outras comunidades imigrantes no nosso país, o autor supracitado no seu estudo, ressalva as competências linguísticas dos imigrantes da Europa de Leste, face à rápida evolução manifestada no domínio da língua portuguesa, quer na expressão oral como na escrita, o que facilitou a aquisição de emprego sem o recurso à rede de amigos, familiares e conhecidos da mesma nacionalidade.

Relativamente às condições habitacionais as diferenças também são visíveis, quando se comparam os africanos e hindus com os imigrantes de leste e brasileiros. Enquanto os primeiros têm uma forte presença em zonas de habitações precárias e em aglomerados de barracas, os segundos dificilmente vivem em bairros de lata, optando por quartos em pensões e áreas de menor densidade populacional, conforme nos diz o estudo da Universidade Católica, em 2004 (ACIDI, 2008).

Outro dado interessante referido por Baganha (2003) é o facto de em oposição à população com o visto de residência, que se concentram maioritariamente na área metropolitana de Lisboa, apenas 1/3 dos detentores do visto de permanência (concedido num período de 1 ano, renovável por mais 5, altura em que pode ser convertido em visto de residência) se fixam nesta área, optando os restantes por outras zonas nomeadamente as rurais. Também, de acordo com os contratos registados, 56% eram oriundos de um país do Leste da Europa, em que 36% destes provinham da Ucrânia.

Noutra pesquisa dirigida à população imigrante em Portugal, sobre atitudes e valores perante a imigração, Lages e Policarpo (2003, p.105) alegam que “(...) 78,6% dos inquiridos declara planejar o regresso ao país de origem: 60% destes desejam fazê-lo dentro de três anos e 32% até seis anos. Estes dados são validados ainda pela

resposta negativa de 66% destes inquiridos quanto à questão de se reunirem com membros da sua família no nosso país.”

Porém, quando a família aumenta, quer pela chegada dos parentes ou amigos, verificam-se rápidas readaptações do espaço físico habitacional, através de construções anárquicas de precárias condições, ou do aumento de números de pessoas no mesmo espaço físico, condicionando as condições de salubridade do ambiente habitacional e dos indivíduos e afectando a privacidade e dinâmica familiar.

O problema da imigração clandestina, surge aqui como um aspecto particular para o nosso estudo, visto que o medo com que estes imigrantes se deparam diariamente, perante a possibilidade de repatriamento, torna-os mais vulneráveis a vários riscos tais como: a exploração remuneratória por parte das entidades patronais; à criminalidade; à prostituição (tráfico de mulheres) e, particularmente, ao nível da saúde física e psíquica. Este último aspecto será posteriormente abordado, pela preocupação manifestada na problemática do estudo, nomeadamente, em se conhecer os aspectos que influenciam a saúde da mulher migrante, durante a adaptação à maternidade e como os profissionais de saúde tentam dar resposta às necessidades saúde identificadas, tendo em vista a prevenção e a promoção da saúde da mulher migrante, num período de mudança pessoal e familiar importante, como é a maternidade.

Com efeito, a migração é “...um o processo complexo, contraditório, bipolar, uma experiência de perda, ruptura, mudança vivenciada pelo indivíduo de uma forma mais ou menos traumatizante ou harmoniosa, segundo os seus recursos psicológicos e sociais, as características da sociedade e as condições de acolhimento do país receptor.” (Ramos, 2004, p. 255). Refere a mesma autora, que a migração pode ser uma experiência traumática, visto implicar uma adaptação social e psicológica à cultura de acolhimento, a uma nova língua, a um meio novo, desconhecido e, por vezes, hostil. Há um repartir entre as tradições e hábitos culturais de origem, já enraizados, com os elementos novos da cultura de acolhimento, podendo esta adaptação tornar-se difícil e ambivalente, traduzindo-se, com frequência, em situações de inadaptação, stress de aculturação, com repercussões negativas ao nível emocional e psíquico.

Neste contexto, concebeu-se a cultura como um conjunto de comportamentos socialmente transmitidos, que se reflectem sob a forma de herança de valores tradicionais, que para além de serem resultado de acção humana, condicionam novas actividades sociais. Paraphraseando Vergani (1995, p.24): “A construção cultural se elabora, psicológica e antropológicamente, em torno de um sistema de significação que lhe confere um estatuto eminentemente holístico (...) As estruturas conceptuais forjadas

por uma dada sociedade fazem-na habitar o mundo de representações que elaborou, e criam simultaneamente a sua realidade nuclear específica. A originalidade desta identidade fundamenta a relatividade cultural e a igual dignidade das diferentes culturas, que se não podem hierarquizar (...)”.

Com efeito, uma teoria da cultura deve ser encarada como uma teoria das formas de comunicação, onde a identidade cultural só tem significado, num contexto de relações socialmente interactivas, onde todo o conhecimento cultural é visto como um conhecimento intercultural.

Articulando com o atrás descrito, o termo *aculturação*, foi primeiramente definido pelos antropólogos Redfield, Linton e Herskovitz (1936) “...como o conjunto de transformações culturais resultantes dos contactos contínuos e directos entre dois grupos culturais independentes” (Ramos, 2004, p.257). Com a Psicologia, este conceito sofreu algumas modificações nos anos 60, deixando de ser centrado no contacto entre os grupos e ser estendido ao indivíduo, face às mudanças psicológicas manifestadas durante o processo de aculturação. Mais recentemente, o processo de aculturação é visto como um processo de mudanças mútuas, envolvendo tanto os grupos dominantes como os não dominantes, evidenciando-se mudanças e necessidades de adaptação nos dois sentidos, como refere a mesma autora, ao citar Graves (1967); Berry (1997); Bourthis et al (1997).

Voltando um pouco atrás, o processo migratório envolve dois pólos: (1) «emigrar» “(...) sair, de abandonar, de perder o «envelope» protector e tranquilizante dos lugares, dos objectos, das pessoas, das sensações, dos hábitos, da língua, primeiras marcas e elementos nos quais se estruturou o funcionamento psíquico e cultural(...) (2) imigrar elaborar, de reconstruir individualmente e num curto espaço de tempo o que diferentes gerações elaboraram e transmitiram pacientemente.” (Ramos, 2004, p. 255-256). Assim, poder-se-á dizer, que durante o processo migratório assiste-se a diversas mudanças, que por sua vez acontecem em diferentes fases, às quais o indivíduo terá de se adaptar e gerir. São acompanhadas de crises de identidade com reajustamentos sucessivos ao nível psíquico, que podem ser traumatizantes para a formação do sentimento de identidade, como refere Ramos (2004), com base nos estudos de Erikson (1968).

As múltiplas mudanças que ocorrem podem trazer benefícios ao imigrante, indo ao encontro das razões que levaram o indivíduo a emigrar, entre as quais citam-se a melhoria das condições socioeconómicas, de saúde e de educação. Ou podem manifestar-se de uma forma negativa, com as características já descritas anteriormente.

As mudanças, em termos gerais, podem ser consideradas: mudanças *físicas* (ao novo meio, nova habitação, novos hábitos de vida); mudanças *biológicas* (nova alimentação, novas doenças); mudanças *sociais e familiares* (novas relações interpessoais e intergrupais, novas actividades, novos papéis familiares); mudanças *culturais* (a educação, a religião, a língua, são muitas vezes alteradas na nova sociedade); mudanças *psicológicas* (ao nível da motivação, das aptidões, da identidade individual e cultural); e mudanças *políticas*, como a perda da autonomia (Nathan, 1986; Berry, 1989, citados por Ramos, 2004).

Presentemente, conforme relata Carmo et al (2001, p.157), para além da existência de uma diversidade de países de origem e de destino implicados no processo migratório, também se observa que, em relação ao passado, “(...) *os movimentos de trabalhadores e de refugiados eram maioritariamente masculinos, e os movimentos das mulheres eram, na maioria das vezes, justificados pelo reagrupamento familiar. A partir da década de 60 as mulheres têm assumido um papel cada vez mais importante em todos os tipos de migrações.*”

Rocha-Trindade (1995, p.49) definiu *reagrupamento familiar* como “(...) *processo de reconstituição da família no estrangeiro, em fase subsequente à emigração do primeiro dos seus membros (...) e, depois de estabelecido no novo país de residência, tentará os restantes membros, (...) pelo menos o cônjuge e os descendentes menores.*” Este fenómeno, inerente à imigração, tem-se manifestado como um contributo para o aumento do número de estrangeiros em Portugal.

Neste contexto e dando continuidade aos aspectos que se pretende abordar neste estudo, entendeu-se que o modo como o indivíduo e, posteriormente, os membros da sua família se inserem no país de acolhimento, é orientado por um conjunto de estratégias de adaptação, tendo por base múltiplos factores individuais e colectivos, que poderão facilitar ou dificultar a integração na nova sociedade.

No subcapítulo que se segue pretendeu-se compreender as consequências que as condicionantes inerentes ao processo migratório provocam na relação e dinâmica familiar dos seus membros.

2.2 - CONSEQUÊNCIAS CULTURAIS E PSICOLÓGICAS DA MIGRAÇÃO

A situação de migração, quer quando se refere a migrações internas (aldeia-cidade) ou externas (de um país para outro), tornam os indivíduos/família vulneráveis,

repercutindo-se significativamente na estrutura social familiar. As diferentes exigências e modificações a que os vários membros da família estão sujeitos, repercutem-se na adaptação psicológica e social, como se ilustra de seguida, no âmbito da relação familiar migrante e na adaptação à maternidade, num contexto desconhecido e, muitas das vezes, diferente do existente no país de origem.

2.2.1 - Na relação familiar do migrante

A migração conduz a uma menor resistência às contrariedades e às agressões com que os indivíduos/família se deparam e resulta da interacção de diversos factores. Particularmente, a imigração provoca a ruptura ou a separação quer ao nível familiar como social e cultural, fazendo com que os indivíduos/famílias se sintam isolados ou desenraizados, que se manifesta pela falta de apoio psicológico ou material anteriormente dado por outros familiares, amigos ou membros da comunidade; falta de apoio nos cuidados às crianças ou quando algum membro da família adoece; e ainda na falta de apoio nas tarefas domésticas (Ramos, 2004).

Relativamente às mulheres imigrantes, quando chegam ao país de acolhimento confrontam-se com diferenças/obstáculos de diversa ordem, tais como: o clima, o alojamento (são mais pequenos, mais densos e com menos privacidade), os hábitos de vida quotidianos; dificuldades económicas no sustento da família e com uma imagem feminina nova, por vezes mal aceite ou mal entendida no país de origem. Associado aos aspectos atrás descritos surge, não com menos impacto, o facto de a mulher ter de deixar de desempenhar o seu papel tradicional - cuidar dos filhos, da família e da casa. Com frequência, há necessidade de colaborar com o marido nas despesas familiares, passando a ser um membro activo no mercado de trabalho, até então, muitas vezes, desconhecido para ela. Outras vezes, esta necessidade económica urgente, leva-as a procurar actividades subalternas (se comparadas com o cargo que tinham no seu país), mal remuneradas e com carga horária excessiva, como são exemplo: a restauração, os serviços de limpeza, as fábricas. Esta situação conduz a mulher imigrante a sentimentos de frustração, desânimo e desmotivação, interferindo na sua integração na sociedade de acolhimento, agravados pelas razões e expectativas que a levaram a imigrar, nomeadamente a melhoria das condições e da qualidade de vida não conseguida, até então, no seu país. Porém, no sentido de manter o equilíbrio e a unidade familiar, é notória a necessidade de se conservarem certos comportamentos e tradições familiares,

que muitas vezes conduzem a mulher ao isolamento, pela perda do quadro afectivo e pela incompreensão, apesar do reagrupamento familiar acontecer em bairros ou zonas, segundo a sua proveniência étnica e cultural. No entanto, constata-se que muitas vezes, estas tentativas de reconstrução de uma comunidade nem sempre são bem sucedidas, pelas condições habitacionais existentes, os fracos recursos económicos e pela falta de redes sociais de apoio.

Numa outra perspectiva, geralmente a mais frequente em contexto imigratório, visto que os imigrantes são especialmente oriundos de países subdesenvolvidos e com características culturais mais tradicionais, verifica-se uma valorização social da mulher imigrante em relação ao marido, se comparado com o estatuto social do seu país de origem, mesmo tendo em linha de conta a qualificação profissional inferior que normalmente possui. Isto porque, apesar de os serviços domésticos e de limpeza serem os tipos de trabalho mais comuns, o facto de ser remunerado, permite-lhe alguma autonomia económica e até realização pessoal, pouco provável de acontecer, sobretudo se oriunda de um meio rural, onde as suas funções eram especialmente direccionadas para a família, para a maternidade e sem salário (Ramos, 2004).

Neste ponto de vista, a imigração provoca mudanças não só nas mulheres, como também nos homens, ao alterar ou desvalorizar o seu estatuto anteriormente adquirido pela cultura do seu país. A sua concepção de virilidade, é muitas vezes posta em causa, criando-se conflitos ao nível da relação conjugal e da dinâmica familiar, tanto nas relações estabelecidas com a mulher, como com os filhos (Donnay e Thoss, 1985). A alteração dos papéis desempenhados por cada um dos elementos do agregado familiar, face ao padrão tradicional do país de origem, é reforçada por Ramos (2004), como um factor destabilizador da dinâmica familiar da família emigrante, como são exemplos: o sobrepovoamento do domicílio, a inversão de papéis entre pais e filhos e a inversão de papéis entre progenitores. De acordo com Segalen (1999), a divisão dos papéis assim como a definição das tarefas de acordo com o género, são essencialmente de ordem cultural. Só uma pequena parte dessas tarefas têm raízes biológicas, como são exemplo: um homem não pode dar à luz, nem amamentar; o homem é mais forte e mais veloz que a mulher, especialmente quando esta se encontra grávida. As tarefas também apresentam um significado simbólico, verificando-se que umas são mais honrosas que outras, o que lhes confere um valor de autoridade e normalmente são desempenhadas pelos homens. Com efeito, tanto nas sociedades exóticas, como nas sociedades agrícolas e nas sociedades contemporâneas “...os homens poderiam realizar [praticamente] todas as tarefas femininas, mas não o fazem, (...) a divisão do trabalho não assenta em

factores biológicos nem na simples igualdade, pois quaisquer que sejam as tarefas que os homens realizam, são elas as definidas como as mais honoríficas.” (Segalen, 1999, p.245).

Perante o exposto, a mulher imigrante que trabalha, passa a ter um contacto frequente com a sociedade envolvente. Estas novas relações, se por um lado, lhe proporcionam uma rede de relações sociais com pessoas da sociedade de acolhimento, que irão facilitar a integração e adaptação da sua família e uma melhor orientação e rentabilidade dos recursos sociais existentes. Por outro lado, contribuem para o confronto com outras formas de vivências familiares, com outro tipo de relações conjugais e parentais, que podem ser passivas e positivas dentro do seio familiar ou podem originar conflitos entre os membros da família, pela dificuldade em integrar outros modelos familiares. Assim, os diferentes comportamentos e ajustes da família e dos seus elementos em particular, vão influenciar todo o processo de adaptação à nova sociedade.

Quando as famílias são mais abertas aos desafios e às mudanças, evidenciando maior capacidade de adaptação e de adesão a novos elementos socializantes, conseguem afastar-se mais facilmente dos seus modelos tradicionais e, desta forma, integrarem-se mais facilmente na nova sociedade. Outras, pelo contrário, mais fechadas, mais dependentes cultural e funcionalmente dos seus modelos de origem, manifestam mais dificuldades nas transformações que o meio social envolvente provoca nos seus modos de vida. A incerteza, a falta de segurança e a discriminação social são sentimentos constantes no quotidiano destas famílias, impedindo uma eficaz formulação de objectivos para o futuro e conduzindo a sentimentos de revolta em relação à nova sociedade.

Seguidamente ir-se-ão abordar os efeitos da separação do meio de origem, os diferentes modos de aculturação que se podem estabelecer e a sua influência nas representações e nos comportamentos maternos das mães imigrantes, evidenciando os conflitos de *maternagem* que se podem manifestar, especialmente no período da adaptação à maternidade. O conceito de maternagem, neste contexto, é entendido como o conjunto de cuidados prestados ao bebé com o objectivo de satisfazer as suas necessidades de higiene, conforto, alimentação, e de desenvolvimento emocional e psicológico adequado.

2.2.2 - Na adaptação à maternidade

As mulheres imigrantes nos primeiros anos de migração, confrontam-se com dificuldades psicossociais, emocionais adaptativas e culturais que associadas ao frequente isolamento e à pobreza de relações sociais e familiares provocam desequilíbrios na interação mãe-criança e na capacidade de resposta às necessidades da mesma (Ramos, 2004).

A fragilidade física e emocional própria do período da adaptação à maternidade, associada à ansiedade, à agitação e angústia da situação migratória, conduzem a diferentes formas de aculturação e de vivência da maternidade da mulher migrante no país de acolhimento, que irão influenciar a dinâmica familiar e a saúde de todos os seus membros, em particular a saúde e bem-estar da própria mulher migrante.

Mesmo quando toda a família nuclear emigra, podem acontecer alterações nas personalidades e comportamentos dos seus membros, tal como nos refere Ramos (1990, p.321) relativamente à maternidade: *“...um número importante de mães tem dificuldade em encontrar e desempenhar com segurança os gestos necessários a prestar aos seus filhos, divididas entre o saber e hábitos tradicionais de educação, transmitidos no seio das suas famílias, de geração em geração, considerados como ultrapassados, e as práticas ditas modernas que lhe são sugeridas e impostas.”* Ainda se acrescenta que, à diversidade de práticas de cuidados maternos existentes nas diferentes culturas, em situação de imigração, estão também associadas as influências das condições stressantes do meio envolvente, entre as quais se distinguem: a organização doméstica existente; os conflitos gerados pelas carências económicas e sociais; os perigos ambientais; as prioridades sociais e o confronto de valores culturais, por vezes diferentes. Todos estes aspectos provocam efeitos negativos, tanto na capacidade de cuidar da criança, como são conducentes a uma vinculação insatisfatória. Como consequência, estas pressões diminuem a qualidade da comunicação e das interações precoces com a criança, prejudicam os cuidados à criança e interferem na qualidade do ambiente promotor do crescimento e desenvolvimento adequado da criança.

Com base no atrás referido, assiste-se com alguma frequência, à modificação e ao abandono de certas práticas e cuidados à criança, devido às exigências impostas pelas condições de vida, ao desejo de *fazer como os outros*, e ao medo de se ser julgado ou criticado. A insegurança materna no desempenhar dos gestos necessários para os cuidados ao seu bebé, ao se ver dividida entre o saber e hábitos tradicionais adquiridos no seio das suas famílias (vistos, no país de acolhimento, como ultrapassados ou

inadequados ao bem-estar do seu filho) e as práticas sugeridas ou impostas pela nova sociedade, que muitas vezes não lhe fazem sentido, e apenas aumentam a ansiedade e o stress. As mães nestas circunstâncias sentem-se deprimidas e “incompetentes”, não conseguem estabelecer uma relação satisfatória com o seu bebé e ter os comportamentos adequados às suas necessidades de saúde, de crescimento e desenvolvimento, fazendo-se sentir, de um modo mais acentuado, a falta do apoio social e da família de origem (Ramos, 2004).

A mesma autora faz referência a vários estudos realizados, acerca dos efeitos de uma mudança brusca de meio físico e sociocultural, sobre o comportamento familiar e parental, mais em particular, sobre o comportamento maternal em contexto migratório. Entre eles salientam-se:

- Os estudos realizados em Inglaterra, Austrália e Canadá, em relação à prática do aleitamento materno, evidenciaram que após a emigração as mulheres oriundas de África, Antilhas, Ásia do Sudeste, China e Índia, amamentavam menos os filhos ou faziam-no por um período mais curto;

- A investigação efectuada pela autora supracitada em 1993, com famílias imigrantes portuguesas na região de Paris sobre os cuidados às crianças, mostrou que a aculturação da primeira geração é *parcial e sectorial*. Verificou-se a adopção dos “...traços e os modelos de cultura dominante no sector público das relações secundárias, ao mesmo tempo que mantêm o seu próprio código cultural no sector privado das relações primárias.” Sendo, neste último sector, que se integram os cuidados às crianças.” (p.262).

Contudo, mesmo perante uma mudança brusca do meio, constata-se que a dinâmica familiar e suas características influenciam significativamente os comportamentos maternos relativos à maternagem. Assim, quando a coesão do grupo familiar é frágil e acontece uma rotura com os aspectos culturais do país de origem, desaparecem as referências às práticas tradicionais de educação e de cuidados a prestar às crianças. Contudo, quando a coesão familiar é forte, apesar de todas as pressões exercidas pela sociedade de acolhimento, durante o processo de adaptação, conservam-se as crenças ancestrais mais profundas, nomeadamente em relação aos cuidados com a saúde e com o desenvolvimento das crianças. As práticas mágico-religiosas, a postura, a gestualidade, a memória quinestésica do corpo, são mantidas dentro do círculo familiar, embora para o exterior se adoptem os hábitos do país de receptor (Ramos, 1993).

Pelas investigações realizadas por Stork (1986,1988) e por Ramos (1993,1996), as práticas mágico-religiosas são as que mais resistem à aculturação como são exemplo:

a prática tradicional de fazer um ponto negro, diariamente na face do bebê, com o objectivo de afastar o mau-olhado, mantinha-se nas mulheres indianas imigradas em França, enquanto que o banho a óleo, era abandonado no país de acolhimento, conforme observado por Stork; as mulheres portuguesas imigradas em França recorriam com muito mais frequência a objectos protectores (amuletos ou medalhas) e apresentavam uma crença muito maior sobre a influência do mau-olhado, se comparadas com as mulheres portuguesas autóctones, como revela Ramos (2004). Estas práticas constituíam uma forma de protecção da criança contra a incerteza, desconhecimento e insegurança sentidas pelas mães em relação ao meio envolvente. Neste sentido, pode-se dizer, que a adaptação e a resistência a certas práticas muito enraizadas culturalmente, são demonstrativas da ambivalência materna, perante um período ou acontecimento da vida de uma mulher/casal que normalmente seria partilhado, apoiado, orientado pela família alargada, e que no período de imigração perde o sentido ou tornam-se desajustadas, face à realidade e costumes referenciados na nova sociedade.

De acordo com Ramos (2004), as práticas maternas, quando analisadas em termos de educação ou de prestação de cuidados à criança, sobre a influência da cultura da nova sociedade, mostram que a aculturação pode acontecer de três formas:

- *Aculturação com êxito* – Quando existe uma fusão harmoniosa entre as práticas tradicionais (modo de transportar, massagens, embalar na rede, nos braços, nas costas, falar com o bebê na língua materna, etc) e as adquiridas no país de residência, com a utilização da tecnologia doméstica (carrinhos de transporte da criança, utensílios de protecção e segurança, utensílios facilitadores dos cuidados de higiene e conforto e da alimentação, etc), e os recursos de saúde disponíveis e considerados como necessários (consultas periódicas de vigilância de saúde infantil, entre outros). Esta situação de aculturação é mais comum em famílias que mantêm laços estreitos com o seu país, onde se deslocam com frequência e para onde pretendem regressar;

- *Semi-aculturação* – Vista como uma aculturação intermédia, que acontece quando as mães adquirem uma grande parte dos comportamentos e costumes da sociedade de acolhimento, seduzidas pelas facilidades apresentadas pela tecnologia doméstica e pela independência manifestada pelas mulheres “modernas” em relação às práticas cuidativas e responsabilidades inerentes à maternidade. Esta reprodução de comportamentos tinha com o objectivo ter êxito ou ser bem aceite na nova sociedade, designando este comportamento de *imitação prestigiosa*. Porém, é considerada uma semi-aculturação porque não há um esquecimento total dos modelos de referência do país de origem. Mas, ao não serem verdadeiramente interiorizados, tornam-se pouco

sustentáveis, quando confrontados com os indicados ou sugeridos pelos profissionais de saúde da nova sociedade. A ansiedade e a insegurança manifestada por algumas mães menos experientes no processo da maternidade e/ou com menos apoios por parte da família ou comunidade étnica a que pertencem, poderão apresentar atitudes e cuidados menos adequados com a criança e com elas próprias, pondo em causa a saúde e o bem-estar de ambos;

- *Desculturação* – É a modalidade mais preocupante, em termos de saúde da mulher migrante e da criança a quem presta cuidados. Normalmente são mães, isoladas, deprimidas, sem referências tradicionais para se apoiarem. Não encontram nelas próprias nem no seio familiar ou na rede social próxima, os recursos necessários para se adaptarem ao meio, à cultura e para cuidarem do bebé. A vulnerabilidade materna para as situações de psicose, depressão pós-parto, problemas de identidade é frequentes neste tipo de aculturação. Assim como é frequente, a vulnerabilidade infantil para os distúrbios funcionais, como de sono, de alimentação, no crescimento e desenvolvimento da sua personalidade, provocada por uma interacção mãe-filho disfuncional (Ramos, 1993, 2004).

Conclui-se esta abordagem, com a ideia de que, da mesma forma que as crianças necessitam de cuidados de higiene, de conforto e de segurança, de se alimentarem, de estimulação e de afecto, também a mãe particularmente, durante a adaptação à maternidade, necessita de recursos que lhe possibilitem cumprir as suas funções de maternagem, tentando manter a mesma qualidade de interacções afectivas e sociais, que seriam possíveis no seu país de origem. Estes recursos, no país de acolhimento, deverão ser proporcionados por uma comunidade responsável, nomeadamente através de uma rede social organizada que garanta uma assistência adequada a vários níveis, tais como da saúde, educação, jurídico, social, entre outros. Mas para além destes recursos, existem outros mais informais, mas também sustentados pela sociedade de acolhimento, onde se incluem amigos, vizinhos, grupos sociais e religiosos, que podem oferecer suporte emocional e apoio no desenvolvimento das diferentes actividades de vida diárias, ajudando a mãe imigrante a dar resposta às dificuldades encontradas.

De seguida, serão abordados alguns aspectos relacionados com a vigilância de saúde da mulher migrante, durante a sua adaptação à maternidade, tendo em linha de conta duas vertentes: a mulher imigrante e os profissionais de saúde, mais especificamente enfermeiros e médicos.

2.3 - A MATERNIDADE DA MULHER MIGRANTE NO CONTEXTO DE SAÚDE PORTUGUÊS

As práticas de saúde e educativas utilizadas nas sociedades industrializadas ou modernas, são muito dependentes dos especialistas (médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros) que, com frequência, colocam em causa os comportamentos mais tradicionais, em particular os das famílias imigrantes oriundas de países com culturas diferentes das suas. Perante isto, surgem o conflito cultural, a insegurança, a ansiedade, entre outros aspectos já referidos, que se reflectem e se traduzem em conflitos maternos, com consequências negativas quer na relação mãe-filho, como nas interações familiares e na saúde física, emocional e psicológica de todos os membros da família (Kitzinger, 1996; Figes, 2001; Ramos, 2004).

Neste contexto, tecem-se algumas considerações sobre regulamentações e orientações políticas, estratégias de intervenção e de formação profissional vigentes em Portugal, tendo em vista uma assistência de saúde de qualidade e promotora da saúde da mulher migrante, nomeadamente durante a gestação e maternidade.

2.3.1 - Um olhar sobre a evolução dos conceitos de saúde, doença e promoção da saúde

A partir de meados do séc. XX, com o avanço científico e tecnológico em diversas disciplinas, nomeadamente, com a evolução dos medicamentos que permitiram a cura e o controlo de grande parte das doenças infecciosas que até então dizimavam a população humana, surge o *comportamento humano*, como o agente de mudança das principais causas de morbilidade e mortalidade. O termo *comportamento* corresponde a um conjunto de reacções de um sistema dinâmico, perante as interações e realimentações propiciadas pelo meio onde está inserido (Infopédia, 2008). Por sua vez, comportamento humano “(...) é a expressão da acção manifestada pelo resultado da interação de diversos factores internos e externos que vivemos, tais como: personalidade, cultura, expectativas, papéis sociais e experiências.” (Infopédia, 2008).

Marc Lalonde em 1974, no seu relatório, dava a conhecer as grandes mudanças históricas, políticas, sociais e económicas vividas pelos países desenvolvidos, transmitindo a ideia de que a saúde da população era umas das preocupações centrais, tanto por razões de ordem quantitativa (os gastos na saúde eram elevados, face a um

período económico de recessão), como qualitativa (os cidadãos exigiam uma maior participação nos assuntos que lhes diziam respeito, tais como a saúde). Neste novo espectro, a saúde passou a ser o foco de atenção, quer dos cientistas quer dos políticos, foco este até então dominado pela doença, desde o progresso da medicina científica (Ribeiro, 1998).

Perante o impacto destas novas mudanças na saúde pública, a par com o progresso alcançado pela Declaração de Alma-Ata (1978), sobre os Cuidados de Saúde Primários (CSP), foram definidas novas estratégias universais, mais complexas e diferentes das adoptadas até então, que se repercutiram quer nos modos tradicionais de se conceber a saúde e a doença, quer nas alterações radicais dos sistemas de saúde existentes (Portal da Saúde Pública, 2008). Com efeito, os CSP foram essenciais para intervir nas necessidades e problemas de saúde de maior magnitude, vulnerabilidade e transcendência social da população portuguesa, como aconteceu com a saúde materna e saúde infantil, onde os actuais indicadores relativos à mortalidade e morbilidade materna e infantil apresentam melhoras significativas. Esta mudança foi conseguida nas últimas décadas, através da implementação de medidas interventivas ao nível do planeamento familiar e controlo da natalidade, pela vigilância da grávida e puérpera, com os partos a serem assistidos por profissionais de saúde treinados, com a vacinação das grávidas e crianças, pela existência de consultas de vigilância do crescimento da criança, com visitas domiciliárias, etc.

Em 1986, surge a Carta de Ottawa³, resultante da 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção de Saúde. Esta Conferência emerge das mudanças verificadas ao nível Saúde Pública, visando respostas às crescentes expectativas de saúde e bem-estar, particularmente nos países mais industrializados. A *promoção da saúde*, como conceito multidisciplinar, susceptível de várias definições, inclui aspectos organizacionais, económicos, ambientais e determina estratégias com o objectivo de provocar mudanças de comportamentos conducentes à adopção de estilos de vida saudáveis. Neste sentido, a OMS (1986) recomenda uma abordagem socioecológica da promoção da saúde e tendo por base a organização do sistema de saúde europeu, o conceito de promoção da

³ A primeira conferência internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 21 de Novembro de 1986, aprovou a presente Carta, que contém as orientações para atingir a Saúde para Todos no ano 2000 e seguintes. As discussões centraram-se nas necessidades dos países industrializados, mas também tomaram em consideração todas as outras regiões. Esta Carta teve como base os progressos decorrentes da Declaração de Alma-Ata, sobre os Cuidados de Saúde Primários, o documento da Organização Mundial «As Metas da Saúde para Todos», e um debate na Assembleia Mundial de Saúde sobre a acção intersectorial para a saúde. (Portal da Saúde Pública, 2008).

saúde privilegia o nível comunitário e social, distinguindo-se os factores determinantes segundo a sua natureza: endógenos (genoma e características individuais); ligados aos estilos de vida; ambientais; ligados aos serviços de saúde (Meireles, 2008).

A saúde é, neste contexto, entendida como um recurso para a vida, e não como objectivo de viver, tornando-se um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas de individuais. Sobre o conceito de doença, autores como Zempléni (1975), Good (1977, 1998), Kleinman (1978, 1980, 1992), citados por Ramos (2004), consideram a doença, tal como a saúde, como culturalmente construída, em que a forma como cada pessoa entende e lida com a doença, tem por base os sistemas de valores e as posições sociais que ocupa. A mesma autora salienta, ainda, que “(...) *na relação etnia/cultura e saúde e doença, certas crenças, atitudes e expectativas podem ter grande influência, podendo traduzir-se estas representações específicas em diferenças no reconhecimento dos sintomas, na sua interpretação e na adopção de comportamentos preventivos.*” (p.112). Nesta linha emerge, o *conhecimento leigo* de cada pessoa, a sua «ciência pessoal», sendo esta baseada em crenças e desejos pessoais ou construído numa determinada cultura local e que orientam e regulam os comportamentos de saúde e de doença das pessoas, manifestando-se nas reacções emocionais e nas estratégias que utilizam para enfrentar questões no âmbito da saúde e da doença (Reis, 1998).

Relativamente ao segundo conceito inovador, *estilo de vida*, este sofreu alterações ao longo das décadas 70 e 80. Em 1974 foi definido por Marc Lalonde numa perspectiva mais individual, ao considerar estilo de vida como um *agregado de decisões individuais*. Na década de 80, foi encarado pela OMS numa perspectiva mais social e comunitária, com a seguinte definição em 1988, “*aglomerado de padrões comportamentais, intimamente relacionados, que dependem das condições económicas e sociais, da educação, da idade e de muitos outros factores*” (Ribeiro, 1998, p.72).

Reflectindo um pouco sobre algumas dessas influências sobre a saúde, sabe-se hoje, por diversos estudos realizados, que as diferenças de género não são apenas reguladas por processos biológicos, mas também por processos sociais e culturais, como são exemplo os estudos sobre programas de exercício físico e manutenção da forma, onde a fraca participação das mulheres deve-se muitas vezes às responsabilidades familiares, às funções conjuntas de casa e trabalho e às normas sociais que sustentam estas escolhas comportamentais (Green e col., 1986, citados por Bennett e Murphy, 1999). Numa outra perspectiva, a investigação realizada, demonstrou que a influência do ambiente e dos padrões de vida sobre a saúde, não se devem apenas a razões de

ordem física, mas também por processos sociais e psicológicos. Em termos psicológicos, o stress parece afectar mais as pessoas pertencentes a grupos socioeconómicos mais baixos, que por sua vez, têm menos controlo sobre o ambiente e sobre os próprios recursos pessoais, e ainda, maior dificuldade em aceder ao apoio social (Myers e col., 1974; Sleutjes, 1990; Wilkinson, 1992; Carrol e col., 1993; Adler e col., 1994, citados por Bennett e Murphy, 1999).

No que respeita aos migrantes, constata-se que estes grupos sociais são mais susceptíveis a situações de stress, sofrimento psicológico e desespero, sobretudo nos primeiros tempos de imigração, ao serem confrontados com precárias condições de vida e de trabalho, com os conflitos étnicos e mudanças de referências culturais, com a discriminação e isolamento social e ainda pela menor acessibilidade aos serviços de saúde, limitando os cuidados de promoção e prevenção da doença (Ramos, 2006, 2008). Perante estes factores, com maior dificuldade a mulher imigrante consegue manter um estado de saúde adequado à sua função promotora da saúde dos elementos que constituem o seu agregado familiar, nomeadamente nos cuidados à criança, durante a adaptação à maternidade. Por isso, é de todo justificativo a priorização do apoio à saúde da mulher, em qualquer situação que ponha em risco o seu bem-estar e de uma forma particular, as suas competências e funções no âmbito da maternidade.

Pelo exposto, a promoção da saúde tem como pano de fundo a premissa de que os comportamentos adoptados pelas pessoas e as circunstâncias em que vivem têm impacto sobre a saúde de cada um e que as alterações adequadas podem melhorar a saúde. A promoção da saúde, tal como já foi referido anteriormente, envolve as pessoas, os grupos e as organizações “...*enquanto agentes que intervêm na definição e implementação de práticas de saúde e de políticas que conduzam ao bem-estar individual e colectivo... [exigindo a utilização] ... de diferentes abordagens e métodos para analisar os factores e as condições que influenciam a saúde.*” (Ramos, 2004, p.102). E, ainda, tendo presente a diversidade de culturas existentes no mundo, bem como os diversos tipos de recursos aos cuidados de saúde, o respeito pelos valores culturais tais como as crenças e práticas das culturas onde as pessoas estão inseridas e a valorização dos recursos do ambiente, são aspectos que são contemplados nos modelos de saúde mais tradicionais, tal como refere Sobel (1979, citado por Ribeiro, 1998). Na mesma linha, Pereira (1987, citado por Duarte, 2002), reforça a ideia de que tanto na compreensão, reconhecimento e tratamento dos doentes, como na promoção da saúde e prevenção da doença é necessário incluírem-se as crenças, preconceitos e saberes que cada cultura aceita e transmite, mais concretamente “ *educar para a saúde, significa*

intervir na cultura dos indivíduos...sobre os seus conhecimentos, valores, crenças, sentimentos e comportamentos.” (p.15)

A Educação para a Saúde é concebida neste contexto, como “*qualquer combinação planeada de experiências de aprendizagem, realizada de forma a predispor, capacitar e reforçar o comportamento voluntário que promove a saúde dos indivíduos, grupos e comunidades*” (Green e Kreuter, 1991 citado por Russel, 1996, p.5). Nesta definição está subjacente o principal objectivo, que é o de promover alterações positivas nos comportamentos de saúde, definindo-se comportamento de saúde como o padrão de comportamento que se pode observar, através das acções e hábitos relacionados com a manutenção, a cura e a melhoria da saúde.

Este novo olhar sobre a saúde, onde se valoriza a coexistência de diferentes modelos de saúde e de doença, diferentes formas de concepção e de intervenção perante situações de doença e perante a saúde demonstram a evolução dos modelos mais actuais das sociedades desenvolvidas, para uma perspectiva ecológica e sistémica. Particularmente, em relação à situação de migração, todos os aspectos referidos permitiram compreender a importância das abordagens adoptadas pelos profissionais de saúde, no sentido de se dar resposta às necessidades de saúde encontradas nestas comunidades, nestes grupos e mais em particular, nas famílias imigrantes que se encontram no período de adaptação à maternidade, no país de acolhimento.

2.3.2 - O Sistema de Saúde Português

O Plano Nacional de Saúde (PNS) é um instrumento essencial de gestão com orientações estratégicas, que permitem sustentar política, técnica e financeiramente o Sistema Nacional de Saúde (SNS). Como documento estratégico, agregador e orientador do que se considera como o mais importante a ser implementado no sentido de promover *Mais Saúde para Todos* os portugueses, funciona como *fio condutor*, tanto para as instituições do Ministério da Saúde, como para os organismos do sector da saúde (governamentais, privados e de solidariedade social) e outros sectores de actividade, de modo a que possam assegurar e contribuir para a obtenção de “Ganhos em Saúde”, no período de 2004 a 2010, guiados pela promoção da saúde e prevenção da doença (Direcção Geral da Saúde, 2004).

O PNS ao apresentar metas bem definidas, para serem atingidas no período estabelecido, faz referência às intervenções prioritárias, assim, como identifica os

responsáveis pela garantia da sua realização, ao nível do sector primário, secundário e terciário. Entre as principais estratégias identificadas salientam-se:

1- *Prioridade aos mais pobres* – esta estratégia considerada como geral, é transversal a todos os grupos etários e situações de doença, devendo por isso, ser integrada em todos os programas, planos e projectos do sistema de saúde.

Perante os problemas de saúde associados à pobreza e à exclusão social, com que o país se tem confrontado nas últimas décadas, constatou-se que o SNS não conseguiu com a celeridade necessária, acompanhar e dar resposta adequada aos desafios emergentes. Constatou-se, também, que o agravamento do estado de saúde da população portuguesa deve-se em grande parte ao aumento das desigualdades sociais, do envelhecimento da população, dos movimentos migratórios internos e, com especial atenção para este estudo, ao número crescente de imigrantes com que o país se tem deparado;

2- *Abordagem centrada na família e no ciclo de vida* – No sentido de se obter mais saúde para todos e planear as intervenções necessárias, as questões centradas na família e no ciclo de vida têm sido valorizadas, especialmente no que concerne aos estilos de vida adoptados e aos problemas de ordem social manifestados.

A abordagem centrada na família e no ciclo de vida permite uma melhor percepção do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados nos diversos grupos etários, nos diferentes papéis sociais assumidos, de acordo com o género, quer numa perspectiva individual, quer integrados no contexto familiar a que pertencem. Assim, destacam-se a necessidade de melhorar alguns indicadores de saúde reprodutiva, nomeadamente nas mulheres com baixa escolaridade e fracos recursos económicos, onde permanece uma elevada percentagem inadequada de vigilância pré-natal; a necessidade de aumentar a intervenção no período pré-concepcional e no puerpério, quer nas adolescentes, como nas minorias étnicas; e melhorar a promoção da saúde mental na gravidez e no primeiro ano pós-parto, através dos Cuidados de Saúde Primários (Direcção Geral da Saúde, 2004).

Ao salientarem-se estas estratégias, pretendeu-se efectuar uma ponte de ligação com a problemática do estudo, visto que, as necessidades de saúde que a mulher imigrante poderá ter no nosso país durante a sua adaptação à maternidade, enquadraram-se em ambas as estratégias, ao estarem frequentemente subjacentes precárias condições sanitárias e de isolamento social, manifestando-se no modo como a mulher imigrante cuida de si própria e cuida da criança e no modo como executa os seus diferentes papéis, no seio familiar.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o SNS. Deste modo, possibilitam uma assistência de saúde mais próxima possível do local de residência e do trabalho das pessoas, constituindo o primeiro elemento de um processo contínuo de cuidados de saúde. Os CSP são orientados por métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentadas e socialmente aceitáveis, com a finalidade de serem colocados ao alcance dos indivíduos e famílias e comunidade. Objectivando a resolução dos problemas de saúde de uma população, os CSP reflectem as características sócio-culturais e económicas da sociedade onde se integram (Imperator, 1985).

Em Portugal, no sentido de se garantir uma assistência de saúde de qualidade, ao longo dos anos, foram reformuladas e regulamentadas orientações políticas, de modo a adequarem-se à realidade da sociedade portuguesa. Actualmente, de acordo com a política de saúde do governo português, os CSP são considerados como o pilar central do SNS. É reforçada a ideia de que os centros de saúde (infra-estruturas organizativas essenciais, deste tipo de assistência), representam o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, sendo valorizadas as funções de promoção de saúde e prevenção de doença; prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços que possibilitam a continuidade dos cuidados (Decreto-Lei Nº 28/2008 de 22 de Fevereiro). Neste Decreto-Lei emergem os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), vistos como serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

Associado a este Decreto-Lei, surge Decreto-Lei Nº 48/2008 de 13 de Março, que regulamenta as Unidades de Saúde Familiar (USF) e a reestruturação organizacional dos Centros de Saúde. São, mais uma vez, criadas condições governamentais e organizacionais do sistema de saúde português, com a finalidade de obtenção de mais ganhos em saúde dos portugueses. Assim, com a implementação de USF, pretende-se: o aumento da acessibilidade e satisfação dos utilizadores de cuidados de saúde; o aumento da satisfação dos profissionais envolvidos na prestação de cuidados; a melhoria da qualidade e continuidade dos cuidados prestados; e o incremento da eficiência nos serviços. Com efeito, constata-se uma preocupação governamental em criar condições de organização e autonomia dos CSP, que possibilitem uma gestão rigorosa, equilibrada, consciente das necessidades das populações e, acima de tudo, que promovam a melhoria no acesso aos cuidados de saúde, a todos os cidadãos, para se poderem alcançar maiores ganhos em saúde.

Direccionando para as questões da migração, o Plano para a Integração dos Imigrantes (PII) de 2007, surge como um trabalho conjunto de todos os ministérios e com contributos das organizações da sociedade civil. Este documento define as condições e procedimentos de entrada, permanência, saída e afastamento de cidadãos estrangeiros do território português, identificando um conjunto de medidas, distribuídas por diversas áreas sectoriais verticais e transversais, que defendem a plena integração dos imigrantes na sociedade portuguesa (Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007 de 3 Maio)

No que concerne à área da saúde, no PII destacam-se algumas medidas, tendo em vista a satisfação das necessidades de saúde da população imigrante e facilitar a acessibilidade dos imigrantes aos serviços de saúde, tais como:

- Promover a realização de acções de formação, educação e de comunicação para combater a falta de informação dos imigrantes relativamente aos serviços de saúde, incentivando-os a utilizar o SNS. Destacam-se as acções de carácter informativo junto dos imigrantes, que lhes dêem a conhecer os seus direitos e deveres, tendo em vista a sua integração nos serviços de saúde e a utilização de diversos suportes (papel, telefónico, presencial e através da comunicação social) e várias línguas;

- Promover o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, dinamizando a nível regional acções promotoras de informação, de sensibilização e de educação conducentes a uma maior adesão dos imigrantes às consultas do Centro de Saúde e a uma maior cobertura nacional, entre outras;

- Implementar a integração dos hospitais portugueses na Rede Europeia "Hospitais Amigos dos Migrantes", no sentido de melhorar os serviços e as culturas organizacionais no que se refere às populações migrantes, tais como: monitorizar as necessidades e disponibilidades dos utentes e dos prestadores de cuidados de saúde; adaptar a prática clínica os serviços de prevenção e as acções de promoção da saúde às populações alvo; ter cuidados especiais para os utentes com experiências migratórias traumáticas; realizar um diagnóstico de necessidades em cada hospital, envolvendo utentes imigrantes, trabalhadores e administração; e melhorar a interpretação na comunicação clínica, ultrapassando as barreiras linguísticas.

- Plano de Formação para a interculturalidade dos profissionais do SNS, através do desenvolvimento de acções de formação contínua, visando a criação de competências interculturais e linguísticas dos prestadores dos cuidados de saúde, tendo em vista a melhoria da saúde de populações imigrantes e de minorias étnicas;

- Desenvolver um Programa de Mediação Sócio-Cultural na rede de hospitais e de centros de saúde em territórios com elevada presença de imigrantes, promovendo a contratação de mediadores sócio-culturais para prestação de serviços em Centros de Saúde e em Hospitais que sirvam territórios com elevada presença de imigrantes, tendo em vista a facilitação linguística e cultural no acesso à saúde.

- Desenvolver parcerias entre Organizações não governamentais, o SNS e outras entidades para a promoção do acesso dos imigrantes e minorias étnicas à saúde.

Pelo atrás referido, estão implícitas e delimitadas duas vertentes, que apesar de interligadas e cujo investimento tem em vista objectivos e metas comuns, - o bem-estar e a qualidade de saúde da população imigrante no nosso país, durante o seu período de integração na sociedade de acolhimento – apresentam necessidades e características particulares. Estas duas vertentes são os profissionais de saúde e os imigrantes.

Relativamente aos profissionais de saúde estão evidenciadas as necessidades de formação para a interculturalidade, no sentido de se garantir a coesão social, aceitando a especificidade cultural e social de diferentes comunidades e sublinhando o carácter interactivo e relacional entre as mesmas, suportado no respeito mútuo e no cumprimento das leis do país de acolhimento. Neste sentido, abordar-se-á a questão das competências culturais necessárias ao profissional de saúde, efectuando uma análise dos factores influenciadores na comunicação estabelecida entre o profissional de saúde e o migrante e nos cuidados de saúde interculturais e de estratégias possíveis de intervenção, afinando-se para o cuidar da mulher imigrante, na sua adaptação à maternidade.

2.3.3 – Competências culturais do profissional de saúde

Com efeito, a diversidade cultural surge como uma barreira inicial na prestação de cuidados, ao dificultar o conhecimento antecipado, por parte do profissional de saúde, dos aspectos únicos das crenças e comportamentos para a saúde, decorrentes da cultura de cada pessoa, família ou comunidade.

Assim, para se responder às necessidades de saúde dos diferentes grupos étnicos, há que ter presente as questões linguísticas, os diferentes contextos socioeconómicos em que se encontram, as diversas faixas etárias e contextos e dinâmicas familiares, os momentos do ciclo de vida mais vulneráveis e susceptíveis a problemas de saúde, nomeadamente a adaptação à maternidade em contexto cultural diferente do país de

origem, reconhecendo-se a dupla vulnerabilidade da condição da mulher/imigrante (i.e. as questões de género associadas às particularidades da imigração).

2.3.3.1 – A comunicação em saúde

O termo comunicar, por si só, significa “entrar em relação com”. Nós passamos grande parte do tempo das nossas vidas a relacionarmo-nos com os outros. De acordo com Fachada (2003), comunicar é o modo como se trocam ideias, sentimentos e experiências entre pessoas que conhecem o significado daquilo que se diz e do que se faz. É, pois, um processo interactivo e pluridireccional, que depende do poder e das aptidões de cada um no processo de comunicação. Ou seja, comunicar é o resultado de um processo de aprendizagem adquirido ao longo dos anos, num contexto social e cultural determinante e específico, que cada pessoa integra e desenvolve em função das suas características pessoais, necessidades e desejos.

A relação entre o utente imigrante e o profissional de saúde é geralmente formal, com linguagem muitas vezes demasiado técnica ou incompreensível, em que os diferentes grupos de profissionais apresentam os seus próprios valores, crenças, linguagem, teorias sobre as doenças, regras de comportamento e organização. Este tipo de procedimento é desencadeador de preconceitos, estereótipos e incompreensão de parte a parte, bem como de dificuldade de comunicação. A língua é, sem dúvida, o primeiro meio através do qual uma cultura transmite as suas crenças, os seus valores e as suas normas. Mas, para além disso, proporciona aos indivíduos um meio para entrar em interacção com os outros membros da sua cultura e um meio para pensar (Ramos, 2004).

Nos dias de hoje, ainda é evidente o domínio do preconceito de que o migrante não entende a língua e, por isso, não compreende as informações que lhe possam ser dadas. Por parte dos profissionais de saúde, enfermeiros e médicos, a dificuldade em estabelecer uma relação compreensiva, empática, afectiva, conduz ao distanciamento, refugiando-se numa atitude técnica e impessoal com o utente. Por parte do utente, a dificuldade em compreender os quadros referenciais sociais e simbólicos, aumentam os preconceitos, os obstáculos na comunicação com os profissionais de saúde, a ansiedade e angústia. Se não houver um esforço para se ultrapassar esta situação, a comunicação entre o profissional de saúde e o utente é reduzida ao silêncio (Ramos, 2004).

Os problemas comunicacionais e linguísticos, para além de se manifestarem na ansiedade que o utente/doente sente por não conseguir exteriorizar os sintomas, percepções, necessidades e questões, poderão também, conduzir à recusa ou ineficácia na administração de terapêutica, à realização de exames médicos, a níveis baixos de adesão a comportamentos preventivos e a medidas protectoras de saúde. Como consequência, poderão surgir dificuldades e erros ao nível da própria avaliação/diagnóstico e na apreciação do estado de saúde do utente (Breton, 1989 citado por Ramos, 2004).

A utilização de intérpretes clínicos ou na ausência destes, de tradutores, constituem uma forma eficaz para minimizar os problemas de comunicação linguística entre o utente imigrante que desconhece a língua portuguesa e os profissionais de saúde, conforme prevê o PII (2007), e que tem sido uma medida aplicada em diversos países europeus e nos EUA, como forma de se ultrapassar esta dificuldade. Para o utente, a tradução, proporciona a possibilidade de ser compreendido e manifestar a sua opinião, perante as situações de saúde e de doença com que se depara no país de acolhimento. Para o profissional de saúde, possibilita a compreensão de comportamentos, numa lógica cultural, religiosa ou outra, que para além de esclarecer a situação constrangedora, promove a resposta adequada às necessidades de saúde, de prevenção ou de tratamento da doença manifestada pelo utente/doente.

Segundo Presswalla (2004), compreender uma língua é mais do que perceber o significado das palavras. O tom e a cadência da voz são aspectos importantes a ter em conta e devem ser interpretados pelos profissionais de saúde num contexto cultural, como por exemplo, os europeus falam habitualmente mais alto que os tailandeses. Estes últimos consideram o “falar muito” como um sinal de ignorância e estupidez.

A partilha de sentimentos e pensamentos por parte do utente/doente imigrante é, com frequência, demonstrada de forma diferente, traduzindo os hábitos tradicionais da sua própria cultura. Assim, nesta perspectiva, também os aspectos inerentes à comunicação não verbal devem ser valorizados pelos enfermeiros e pelos médicos nas relações interpessoais que estabelecem com imigrante. Certos rituais religiosos, certos elementos considerados como impuros, algumas práticas e procedimentos de higiene e rituais de lavagem, hábitos alimentares, e outros, podem ser fonte de problemas de comunicação entre doentes e profissionais de saúde. Por exemplo, a alimentação trazida pelos familiares pode constituir um grande reconforto moral para o doente hospitalizado, assim como varia de cultura para cultura, o tipo de alimentos

consumidos, as restrições alimentares com base nos rituais religiosos, a confecção dos alimentos, entre outros (Ramos, 2004).

Quanto à relação com o corpo, incluem-se aspectos como a gestualidade, as mímicas, os toques, os olhares, o vestuário, as posturas e também a noção de pudor, que podem variar de acordo com os grupos étnicos e as culturas. Por exemplo, na cultura ocidental o corpo do doente e a sua nudez são encaradas de maneira diferente da cultura muçulmana. Na primeira, este aspecto não tem carácter de tabu, enquanto na segunda é uma proibição, muito em particular para as mulheres, que recusam frequentemente serem cuidadas por um profissional do sexo oposto.

Tendo presente aspectos abordados no capítulo anterior, sobre os diferentes processos de socialização que determinam as responsabilidades e os comportamentos de género, verifica-se que num contexto de prestação de cuidados, a comunicação entre homem/mulher constitui um dos problemas mais significativos, podendo dificultar o diagnóstico da situação de saúde, bem como a intervenção adequada, caso não seja gerida dentro dos padrões culturais que estão subjacentes ao utente imigrante.

O etnocentrismo surge quando um grupo social se considera superior em relação aos outros, não tendo consciência da sua própria exterioridade, mantendo-se no seu narcisismo e não permitindo um diálogo recíproco, valorizado pela alteridade (Vergani, 1995). A mesma autora, refere que actualmente assistimos a uma importante desintegração das representações e dos valores dos grupos sociais minoritários e mais desprotegidos, que não se conseguem manifestar face ao discurso da cultura dominante onde se encontram inseridos. Ramos (2008) reforça a ideia atrás descrita, ao considerar que o confronto do profissional de saúde com a diversidade cultural do utente imigrante, quando não existe uma adequada competência intercultural, conduz a uma comunicação com base em percepções e juízos etnocêntricos, preconceitos e modelos estereotipados.

Com efeito, para se desenvolver a competência na comunicação e nas relações interculturais é necessário que cada enfermeiro e cada médico tenham consciência do grau de determinismo cultural dos seus próprios comportamentos, ou melhor, é necessário desenvolver a consciencialização cultural. O que é corroborado por Presswalla (2004), quando refere que, esta consciencialização, adquirida num processo de aprendizagem, objectiva a capacidade de analisar o mundo do ponto de vista de uma outra cultura e, também, visa desenvolver as competências para reconhecer as diferenças e a pluralidade, que conduzam a uma prestação de cuidados de saúde interculturais, que satisfaçam as carências de saúde do imigrante, tema que se irá desenvolver de seguida.

2.3.3.2 – Cuidados de saúde interculturais

Para as sociedades mais tradicionais predomina a solidariedade familiar e comunitária e, a saúde é encarada como um problema colectivo, onde o sofrimento é vivido numa perspectiva mais alargada, isto é, pela sociedade. Os imigrantes tendem a perpetuar essas redes comunitárias como por exemplo, as visitas ao doente internado no hospital, com o objectivo de trazer conforto e solidariedade ao doente internado, mas por sua vez, podem gerar tensões e conflitos com os profissionais de saúde e/ou com a própria instituição de saúde (Ramos, 2004). Contudo, este comportamento deve ser interpretado como um tipo de apoio colectivo e caloroso que corresponde a um modo de vida, a costumes enraizados e desempenha uma função social e psicológica importante, no sentido da identidade do imigrante e da sua segurança.

Certos momentos do ciclo de vida das mulheres, têm especial atenção, como é o caso da maternidade. Verifica-se que em relação ao parto e aos primeiros cuidados às crianças, nas culturas tradicionais estes são praticados pela comunidade feminina, no seio da família e através de práticas ou rituais que foram passando de geração em geração. Em situação de migração, existe todo um conjunto de rituais em volta da gravidez, do parto e do recém-nascido que se rompe e que tinham como objectivos desempenhar um papel protector e uma função psicológica importante. Surge, em substituição, um novo ambiente isolado, tecnológico, frio e estranho – por exemplo, o hospital - potenciador de situações de angústia, stress e ansiedade para a mulher migrante. Com frequência, esta é privada dos seus valores, dos seus suportes de identidade, é despersonalizada e padronizada, e afastada dos seus familiares (pessoas mais significativas). Estas sensações e situações acarretam consequências prejudiciais para a saúde da mãe e do bebé e desencadeiam, muitas vezes, nos profissionais de saúde atitudes e comportamentos inadequados e agressivos, que se reflectem na comunicação e na qualidade dos cuidados de saúde interculturais realizados (Ramos, 2004).

Para os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, onde a sua prática se centra nas necessidades do utente, integrado num contexto familiar, a diversidade cultural com que se depara actualmente a sociedade portuguesa, exige uma análise cuidada dos diferentes aspectos que envolvem a intervenção de enfermagem, pois tal como refere Lester (1998), os enfermeiros são desafiados para prover cuidados e tratamentos eficazes em variados contextos culturais. Presswalla (2004), comenta que não são os imigrantes que se têm que adaptar a *nós*, esta não é a atitude desejável nem a mais adequada de um enfermeiro. Perante uma sociedade heterogénea, os enfermeiros

devem compreender e agir com competências culturais, tendo em vista ganhos em saúde.

Assim, partindo da premissa de que o cuidar é central ao conceito de enfermagem, em que os enfermeiros se preocupam em prestar cuidados holísticos, de forma a darem resposta às necessidades de saúde de cada indivíduo, torna-se essencial que o enfermeiro reconheça o etnocentrismo como uma barreira para identificação e intervenção face às necessidades de saúde, no domínio sociocultural do indivíduo. Neste sentido, é necessário que os profissionais de saúde, aprendam a identificar os seus sentimentos e atitudes, a ter consciência dos seus preconceitos e posturas etnocêntricas e egocêntricas, bem como do significado dos diferentes tipos de comunicação. É, pois, essencial que se tenha a percepção plena de que as pessoas não comunicam somente através de actos conscientes e deliberados mas, também, através dos inconscientes e pela forma como interagem com o meio envolvente.

Neste encadeamento de ideias, é indiscutível a necessidade de se desenvolverem estratégias e intervenções educativas interculturais, incluindo uma formação centrada sobre a informação, nomeadamente sobre a história e a cultura dos diferentes grupos ou comunidades presentes no mesmo espaço social, sobre as formas de pensar, agir e de viver das diferentes comunidades, através de projectos de educação para a diversidade, conforme refere Ramos (2006). Com efeito, mais uma vez se verifica a adequação do PII (2007), pelas medidas delineadas, no sentido de dar respostas às diferentes necessidades de saúde da população imigrante residente no país e onde os profissionais de saúde, enfermeiros e médicos, têm um papel importante face às possíveis reformas dos serviços de saúde, no que concerne à prestação de cuidados ao utente imigrante.

No sentido da resolução das lacunas nas competências profissionais, os enfermeiros e outros profissionais de saúde, desenvolvem quadros conceptuais e teóricos que possibilitam avaliar, planear e executar intervenções culturalmente adequadas.

O Modelo de Enfermagem Transcultural de Leininger (1995), sugere dois processos que os enfermeiros podem utilizar para comunicar com utentes de diversas culturas:

- Avaliação cultural inicial, que se refere à avaliação de crenças e comportamentos para a saúde dos utentes, em que a informação é utilizada para determinação das intervenções de enfermagem adequadas;

- Negociação cultural inicial, que se refere ao processo de negociação de cuidados adequados com o utente, no que se relaciona com divergências entre crenças e comportamentos contextuais e profissionais.

Concordando-se com Reis (2001), este modelo de enfermagem transcultural, postula a necessidade de se valorizar, nas situações do cuidar em enfermagem e em igualdade de circunstâncias, as especificidades culturais de quem cuida e de quem é cuidado, numa perspectiva de afectação mútua e, por isso, mais produtiva em termos de uma congruência cultural. Desenvolve-se assim, a ideia de que os saberes populares, leigos ou genéricos da pessoa cuidada, têm que obrigatoriamente ser tomadas em linha de conta, quando os enfermeiros, mobilizando os seus saberes profissionais, procuram a transculturalidade no cuidar.

Ainda no âmbito da enfermagem, o Modelo de Competência Cultural de Purnell e Paulanka (1998) apresenta doze domínios da cultura interrelacionados e que têm implicações para a saúde, sendo estes: comunicação, organização e papel desempenhado na família, questões relacionadas com a actividade laboral, ecologia biocultural, comportamento de alto risco para a saúde, nutrição, rituais de morte, espiritualidade, práticas de saúde, prestadores de cuidados de saúde e as práticas relacionadas com a gravidez e parto (Presswalla, 2004).

Outros modelos conceptuais, holísticos e sistémicos têm dado um contributo importante na compreensão entre a relação complexa e dinâmica, interdependente e interactiva, que os indivíduos e as famílias desenvolvem, nos contextos em que se encontram inseridos e os comportamentos de saúde que adoptam num determinado espaço e tempo.

O Modelo Psico-Cultural desenvolvido por Whiting (1975, 1978) segundo Ramos (2004) é um modelo direccionado para o estudo dos cuidados, desenvolvimento e educação da criança, em que se valoriza as relações estreitas entre a ecologia física, a história social e cultural, a estrutura económico-social e política, as crenças mágico-religiosas, os rituais envolvidos nos cuidados e educação prestados às crianças pelos pais, família ou grupos sociais.

As investigações realizadas evidenciaram a importância das condições climatéricas e ecológicas no tipo de transporte da criança, na utilização de berço e no vestuário. Assim, nas sociedades que vivem em climas que atingem temperaturas negativas, abaixo dos 10 graus centígrados, a criança é vestida com várias camadas de roupa e transportadas em meios destinados para esse efeito. Nas sociedades em que as temperaturas invernais são superiores a 10 grau centígrados, menos peças de vestuário

são colocadas nas crianças e o modo de transporte é feito pelo contacto directo, como por exemplo através de uma peça de tecido, possibilitando ao bebé numerosos estímulos benéficos para o seu desenvolvimento. Outros estudos revelaram a relação existente entre as condições climatéricas e a ecologia física, na orientação dos comportamentos dos cuidadores da criança, como é o exemplo de determinadas sociedades que face aos eventuais perigos vindos do solo (insectos, animais, entre outros), o bebé nunca é deixado sozinho no chão e é sempre transportado por um adulto ou criança mais velha.

O Modelo de *Nicho de Desenvolvimento*, elaborado por Super & Harkness (1986, 1997), como nos refere Ramos (2004), engloba todas as possíveis influências a que a criança está sujeita, desde o período fetal. O meio e a criança são concebidos como dois sistemas abertos em interacção constante, existindo diversos factores que interferem tanto no desenvolvimento, como na educação e saúde da criança, como as condições ecológicas, socioeconómicas, históricas, os hábitos de cuidados e de educação, as concepções sobre a natureza, o desenvolvimento e as intercorrências na saúde da criança. Este modelo conceptual é orientado por 3 subsistemas em interacção, como descreve Ramos (2004, p.214):

“- Os contextos físico/ecológicos e socioculturais nos quais a criança vive o seu quotidiano, que determinam o tipo de cuidados e estilos interactivos;

- As tradições culturais, comportamentos, práticas educativas, de cuidados e protecção. Estes comportamentos e práticas são adaptados aos contextos ecológicos, socioculturais em que vivem os membros da família e comunidade, correspondendo a comportamentos de rotina diária e/ou a estratégias de adaptação a constrangimentos do meio;

- As representações sociais do desenvolvimento e educação, as etnoteorias e crenças dos pais e educadores sobre a criança, o seu desenvolvimento e educação.”

Neste modelo, convergem dois eixos que são: os meios materiais e humanos que possibilitam os cuidados e as aprendizagens adaptados às particularidades de cada criança numa determinada família e cultura; e o papel de cada cultura no modelar os métodos e os procedimentos que permitem à criança adquirir competências sociais, comunicacionais e cognitivas.

Outros aspectos que merecem atenção especial no âmbito dos cuidados de saúde interculturais, pela relação directa existente entre eles e a saúde da população imigrante, são a situação política e social em que o imigrante se encontra, visto ser uma condicionante no seu comportamento relativamente à hospitalização ou a outro tipo de cuidados de saúde, influenciado pelos medos e expectativas. O imigrante pode não

recorrer aos cuidados de saúde por situação ilegal, com medo de denúncia, pode minimizar os sintomas com medo de perder o emprego ou ainda, por vezes, acentuar os sintomas com o desejo de ser reconhecido.

Estes aspectos são de extrema importância para a qualidade de vida e bem-estar dos imigrantes, exigindo por parte dos profissionais de saúde, a procura de estratégias de intervenção mais complexas e direccionadas para os contextos domiciliários da população imigrante, fazendo emergir a importância de competências culturais assertivas, nas interações estabelecidas com o utente migrante se se quer concretizar ganhos em saúde.

Tendo em conta os aspectos explorados, pode-se então dizer que, aprender a conhecer-se a si mesmo e à sua própria cultura, aprender a descobrir os quadros de referência dos outros e a conhecer os códigos culturais específicos, evitar julgamentos e tentar ser disponível para compreender o *outro*, são atitudes essenciais para uma visão holística das pessoas de quem se cuida. Porém, não pode deixar de referir, que ao se considerar importante que os profissionais de saúde aprendam a lidar com as diferenças, não se está a menosprezar a importância de se saber identificar e realçar as semelhanças entre as pessoas, nomeadamente todos desejamos o bem-estar e saúde, para nós próprios e para os nossos familiares (Presswalla, 2004).

2.3.3.2 - Cuidar da mulher imigrante na adaptação à maternidade

Como se tem vindo a dar a entender, são particularmente as mães e as crianças, nos primeiros anos de vida, as mais vulneráveis à angústia, ao stress, às rupturas, transformações e dificuldades provocados pelas situações de migração (Kessler, 1979; Anthony, 1982, 1985, citados por Ramos, 2004). Associa-se o facto das mulheres imigrantes recorrerem menos aos serviços de saúde, para a vigilância pré-natal e após o parto, o que conduz ao aumento das situações de risco durante a gravidez (patologias obstétricas), durante o parto (prematuridade) e no pós-parto (depressão e psicoses na mãe e distúrbios funcionais no bebé, como de sono e de alimentação). Estas situações devem-se não só às questões de acessibilidade, como à falta de conhecimentos e hábitos de vigilância de saúde durante a maternidade, visto que muitas vezes, os cuidados necessários tanto para a mulher como para a criança serem resolvidos no seio familiar. Por outro lado, o facto de as mulheres imigrantes não serem compreendidas ou serem mal interpretadas nos seus costumes, por parte dos profissionais de saúde, faz com que

os cuidados de saúde oferecidos no país de acolhimento, não dão resposta às suas expectativas e necessidades de saúde.

Parreira (1995) no seu estudo sobre as práticas cuidativas em saúde materna, concluiu que, “...a forma de cuidar das enfermeiras, face às necessidades culturais e reais das parturientes, parece inoperante, sobretudo quando o processo de comunicação se restringe unicamente ao nível do discurso e não é aplicado na valorização das crenças das parturientes quando estas acerca das mesmas, reclamam a sua necessidade nos cuidados.” (p. 182). A mesma autora, ao citar Giger e Davidhizar (1991) refere que “Se os comportamentos não são correctamente interpretados, o seu significado pode parecer desconcertante para a enfermeira. De igual modo, problemas de natureza cultural podem conduzir a utente a interpretar o comportamento da enfermeira a partir de uma única perspectiva.” (p. 182).

Perante a percepção destas características, que determinam os comportamentos de saúde da mulher imigrante, os profissionais de saúde deverão orientar-se por um relativismo cultural, que lhes permita reconhecer que os comportamentos da mulher podem ter subjacentes crenças e práticas culturais de saúde importantes para ela e sua família e com uma lógica de saúde, diferente da do profissional de saúde. Por sua vez, este conhecimento prévio das crenças e hábitos culturais, que possam orientar a mulher imigrante durante a sua adaptação à maternidade, proporciona a identificação precoce de comportamentos prejudiciais para a saúde da mesma, por parte do profissional de saúde.

No processo de colheita de dados para a avaliação do estado de saúde da mulher, Williams (1999) faz referência ao modelo de Stern (1980) facilitador da comunicação entre os clientes de diferentes etnias e os profissionais de saúde. Este modelo identifica 3 níveis de obstáculos na comunicação, sendo estes:

(1) a *abordagem* que inclui vários factores implicados nas relações interpessoais, como por exemplo, iniciar uma conversa sobre cuidados pré-natais, com a futura mãe, sem antes tecer comentários sobre outros temas mais banais, como falar do tempo, pode criar um clima de desconfiança em certas culturas;

(2) os *costumes* incluem as práticas e os comportamentos característicos de uma cultura. Para o profissional de saúde conseguir uma abordagem holística, no sentido de dar respostas individualizadas às necessidades de saúde da mulher imigrante, é essencial conhecer a razão da utilização de determinados comportamentos de saúde, baseados em práticas culturais. Para a mulher imigrante a compreensão e aceitação de costumes

específicos da sua cultura, proporciona confiança e a possibilidade de dar continuidade às suas heranças culturais;

(3) a *linguagem*, tal como se tem referido, é uma barreira importante devendo o profissional de saúde estar desperto para as diferentes e possíveis estratégias que permitem ultrapassar este obstáculo.

Só tendo em conta estes aspectos é que se poderão formular diagnósticos concretos e posteriormente se definirem intervenções, que dêem respostas às necessidades de saúde da mulher imigrante. E, por sua vez, em conjunto com a mulher, o profissional de saúde poderá explorá-los e negociar um processo de modificação, reeducação ou orientação adequada, tendo em vista a promoção da saúde da mulher imigrante, nomeadamente no que diz respeito à sua adaptação à maternidade.

Ao longo deste capítulo, que constitui o enquadramento teórico do estudo, incidiu-se a pesquisa nos aspectos mais relevantes sobre duas grandes áreas delineadas para a problemática em estudo. Assim, no primeiro capítulo abordou-se as questões da maternidade, num percurso que vai desde a gravidez ao exercício da maternidade, numa lógica de a gravidez e a maternidade constituírem dois processos distintos mas complementares, dando-se ênfase às diferentes dimensões que influenciam a mulher para o desempenho adequado e satisfatório do papel de mãe. No segundo capítulo, procurou-se abordar a experiência da maternidade vivida pela mulher migrante no nosso país, valorizando-se as consequências culturais da migração na dinâmica familiar migrante e as possíveis alterações ou complicações que se podem manifestar nas práticas cuidativas da mulher migrante em relação ao seu filho e nos cuidados a ter com a própria, durante o período de adaptação à maternidade. E, ainda, como se enquadra a assistência de saúde da mulher migrante, durante a sua adaptação à maternidade, no Sistema Nacional de Saúde Português, visando as competências dos profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) face à multiculturalidade das mulheres e suas famílias, em contexto de CSP.

III - INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1 – METODOLOGIA

A escolha dos diferentes elementos constituintes deste desenho de investigação, nomeadamente: o tipo de estudo, os sujeitos do estudo e o instrumento de colheita de dados tiveram como orientação lógica a natureza da problemática em estudo e o conhecimento existente sobre o fenómeno.

1.1 – TIPO DE ESTUDO

Partindo da problemática em estudo e dos objectivos de investigação propostos, optou-se por uma pesquisa qualitativa do tipo descritivo e exploratório.

Considerou-se um estudo de natureza qualitativa pelo interesse na compreensão da experiência humana tal como ela é vivida, dando-se a conhecer essa experiência, na perspectiva dos próprios actores. Neste sentido, pretendeu-se interpretar o significado das acções e da experiência humana, através das diferentes interacções sociais que cada pessoa estabelece com os outros e com o meio ambiente que a rodeia. Estas interacções têm por base os diferentes entendimentos de cada pessoa, através de comportamentos estratégicos que estabelece e da mobilização de recursos que realiza, que lhe possibilitam agir em determinados contextos sociais (Bogdan e Bicklen, 1994; Polit e Hungler, 1995; Guerra, 2006). Nesta perspectiva, a preocupação centrou-se no processo e não no resultado final. Isto é, pretendeu-se compreender como as pessoas (profissionais de saúde) constroem, percebem e explicam as suas acções, num determinado contexto social em vez da frequência com que determinados comportamentos acontecem nas situações analisadas.

Salienta-se ainda, o facto de que a adaptação das pessoas a experiências críticas da vida tais como as etapas de desenvolvimento, nomeadamente a vivência da maternidade, ou mudanças de ambiente social e cultural, como é o caso da emigração, ser vista como uma área em que a abordagem qualitativa adquire maior relevo, como referem Polit e Hungler (1995) ao citarem Benoliel (1984). Este aspecto é de particular

relevância para o estudo, visto interessar perceber como os profissionais de saúde gerem as suas intervenções junto da mulher imigrante, durante a sua adaptação à maternidade no país de acolhimento, com um contexto sócio-cultural diferente do seu. Assim, esta perspectiva tornou-se essencial, quer para a compreensão das competências dos profissionais de saúde quando cuidam da mulher imigrante, quer para a identificação dos factores que determinam as intervenções dos mesmos, enquanto educadores e promotores da saúde.

Uma das principais características da investigação qualitativa é o seu padrão descritivo, sendo este destacado neste estudo, por se tornar, em simultâneo, um objectivo desta abordagem, pela preocupação em construir conhecimento através da descrição e compreensão esclarecedora do fenómeno em estudo (Bogdan e Bicklen, 1994). Neste sentido e tendo subjacente que os intervenientes no estudo tiveram ou têm experiência do fenómeno em análise, pretendeu-se descrevê-lo e compreendê-lo a partir do saber pertinente e da experiência profissional vivida pelos enfermeiros e médicos, que prestam cuidados a mães, durante a sua adaptação à maternidade, tendo como pano de fundo, as questões da multiculturalidade e dos comportamentos culturais maternos.

Considerou-se um estudo de carácter exploratório, por se pretender explorar uma problemática teoricamente pouco investigada ou por se iniciar uma pesquisa num determinado campo, em que se constata o desconhecimento do fenómeno em estudo (Fernández 1997; Guerra, 2006).

Com efeito, constatou-se, por um lado, que actualmente o nosso país se confronta com uma nova realidade sociocultural e demográfica, marcada por:

- Fluxos migratórios com características heterogéneas e variadas a partir da década de 90, verificando-se uma consolidação e crescimento da população residente em Portugal, com destaque para as comunidades oriundas dos países africanos de expressão portuguesa e do Brasil. Com o novo século surgiram, também, os fluxos do leste europeu, com relevo para a Ucrânia e manteve-se o aumento da comunidade brasileira;

- Uma distribuição geográfica da população estrangeira que se concentra predominantemente na zona litoral do país, especialmente nos distritos de Lisboa, Faro, Setúbal e Porto, regiões estas que evidenciavam necessidades de mão-de-obra para dar resposta às concentrações urbanas existentes. Porém, a partir do ano 2000 emerge um novo padrão de distribuição geográfica, caracterizado pelo aumento da população estrangeira noutros distritos, que até então detinham um número pouco significativo de

imigrantes. O distrito de Santarém constitui o exemplo mais expressivo desta nova realidade.

E, por outro lado, porque apesar de se encontrarem diversos estudos portugueses direccionados para a população migrante residente no nosso país, alguns já referenciados, ao longo deste trabalho, são muito poucos os que se preocupam com as questões das competências e dificuldades dos profissionais da saúde, em contexto de Cuidados de Saúde Primários. Muito em particular, estudos portugueses relativos a questões de vigilância da saúde da mulher migrante, durante a adaptação à maternidade no país de acolhimento, em contexto de Cuidados de Saúde Primários, não foram encontrados registos.

1.2 – SUJEITOS DO ESTUDO

Neste estudo utilizou-se a terminologia *sujeitos do estudo* em vez de *amostra*, adequando-se uma designação mais apropriada aos universos de análise qualitativa, ou em investigações mais recentes (Guerra, 2006). Na investigação qualitativa, nomeadamente na análise compreensiva dos fenómenos sociais humanos, procura-se uma *representatividade social*, e não uma *representatividade estatística*. Está aqui subjacente o facto de não se pretender “*uma imensidade de sujeitos estatisticamente «representativos», mas sim uma pequena dimensão de sujeitos «socialmente significativos» reportando-os à diversidade das culturas, opiniões, expectativas e à unidade de género humano.*” (Guerra, 2006, p. 20).

Nesta lógica, o critério de representatividade não se coloca no seu sentido estatístico mais lato, quando se pretende caracterizar os sujeitos do estudo. Está pois inerente o interesse pela forma como as pessoas interpretam as suas experiências de vida e neste caso específico, como percebem e descrevem o fenómeno em estudo, numa tentativa de apreender adequadamente as particularidades de cada percepção individual (Fortin, 1999; Guerra, 2006).

Quanto aos critérios da diversidade e da saturação, fundamenta-se este estudo pelo facto de se estar perante uma pesquisa qualitativa de carácter exploratório, em que o investigador deve garantir a diversidade dos interlocutores, mas não necessitando de garantir a saturação dos mesmos. Visto que este último critério, apenas necessita de ser garantido em estudos em que se pretende a generalização ao universo de trabalho, ou seja à população (Guerra, 2006). Assim, e de acordo com a mesma autora, numa

pesquisa qualitativa pretende-se a diversidade dos sujeitos ou das situações em estudo, no sentido de se “(...) *garantir que a investigação abordou a realidade considerando as variações necessárias (...)* não se preconizando (...) *interrogar indivíduos cujas as respostas serão somadas, mas informadores susceptíveis de comunicar as suas percepções da realidade através da experiência vivida (...)*” (p. 41 e 48).

Nesta linha de orientação metodológica, os sujeitos do estudo foram definidos, com base nos objectivos de investigação estabelecidos e na abordagem qualitativa escolhida, sendo estes: os profissionais de saúde (enfermeiros e médicos) prestadores de cuidados de saúde nos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Santarém. Esta Sub-Região de Saúde integra 22 Centros de Saúde, distribuídos pelo distrito e algumas Unidades de Saúde Familiar.

De acordo com vários autores como Polit e Hungler (1995); Fortin (1999) e Guerra (2006), na selecção dos sujeitos foram utilizados critérios de selecção dos mesmos, sendo estes os seguintes:

a) Centros de Saúde ou Unidades de Saúde Familiar com afluência de mulheres imigrantes a efectuarem a vigilância de saúde pré-natal e durante o puerpério.

Este critério deve-se ao facto de a população imigrante existente na área geográfica da Sub-Região de Saúde de Santarém se concentrar em localidades com maior facilidades de emprego, reflectindo-se na afluência aos locais de assistência de saúde. Por este motivo, vários Centros de Saúde foram eliminados, após contactos estabelecidos com os directores e enfermeiros chefes dos mesmos, por não possuírem ou terem, de forma muito esporádica, a afluência da população atrás referida;

b) Profissionais de saúde, com experiência profissional de mais de 2 anos, a cuidar de mulheres durante o período da gravidez e maternidade, em contexto de Cuidados de Saúde Primários.

Benner (2001) ao utilizar o modelo Dreyfus no seu estudo sistemático sobre a aquisição e desenvolvimento de competência num contexto normal da prática de enfermagem, considera que o enfermeiro passa por cinco níveis de proficiência, partindo do iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente até a perito. Nesta lógica, o enfermeiro torna-se competente quando tem consciência dos seus actos e quando consegue efectuar uma análise concreta de uma situação, planear e priorizar as suas intervenções adequadamente, sendo esta competência adquirida após dois ou três anos de prática, na mesma área de enfermagem. Perante o exposto, considerou-se necessário introduzir este critério de selecção, visto se pretender que o profissional de saúde exponha as suas percepções e comportamentos acerca da temática em estudo, na

qualidade de observador e de interveniente implicado no processo e nas situações com que se depara.

c) Profissionais de saúde que demonstraram interesse pela problemática em estudo e disponibilidade para participar como sujeitos do estudo. Para a investigadora, o interesse e a disponibilidade demonstrada pelos sujeitos intervenientes foi considerada relevante para a fase empírica do estudo. Estes aspectos foram visíveis durante os contactos formais com alguns dos sujeitos, inicialmente determinados, tendo havido necessidade de seleccionar outros intervenientes;

d) Profissionais de saúde que prestam cuidados de saúde à mulher imigrante, durante a sua adaptação à maternidade. Optou-se por dois grupos de profissionais diferentes, mas complementares na vigilância de saúde da mulher durante os períodos de gravidez e maternidade. Pretendeu-se deste modo, obter um leque mais alargado dos aspectos que envolvem o fenómeno em estudo, através das experiências e percepções dos diferentes profissionais.

Relativamente aos médicos todos eram médicos com a especialidade de clínica geral. Quanto aos enfermeiros, optou-se por seleccionar enfermeiros generalistas, por possuírem o mesmo tipo de formação profissional, visto que a formação especializada proporciona um conhecimento académico mais aprofundado sobre diversos saberes no âmbito da enfermagem, assim como outro tipo de competências profissionais. A formação especializada em enfermagem está direccionada para diferentes áreas da saúde, nomeadamente a área da Saúde Materna e Obstetrícia. Neste sentido, tentou-se evitar o enviesamento dos dados colhidos, provocado por níveis de conhecimento científico e de competências profissionais diferentes, entre os enfermeiros intervenientes.

Com a orientação dos critérios atrás descritos, os sujeitos constituintes do estudo foram 6 enfermeiras e 6 médicos clínicos gerais, a exercerem funções em Centros de Saúde e em Unidades de Saúde Familiar.

Tendo presente os princípios éticos inerentes ao trabalho de campo foi formalizado, por escrito, o pedido de autorização da realização do estudo ao Coordenador da Sub-Região de Saúde Santarém, tendo sido autorizado em 14 de Dezembro de 2007 (Anexo I). Posteriormente, foram feitos contactos, via telefone, com os Directores e Enfermeiros Chefes dos Centros de Saúde seleccionados (visto que as Unidades de Saúde Familiares, no momento, ainda se encontravam agregadas aos mesmos), que facilitaram e promoveram a escolha dos sujeitos do estudo.

No Quadro nº1 ilustram-se algumas características sócio-demográficas e a experiência profissional dos sujeitos. Assim, verifica-se que a maioria dos profissionais de saúde é do sexo feminino, excepto um.

Relativamente à idade, verifica-se que as enfermeiras são mais jovens que os médicos, sendo que a média de idades das enfermeiras se situa nos 34 anos e a dos médicos nos 53 anos.

No que concerne à experiência profissional em Cuidados de Saúde Primários (CSP) a média de anos das enfermeiras aproxima-se dos 10 e a dos médicos ronda os 24 anos.

Quadro nº 1 – Caracterização dos sujeitos do estudo

Centros de Saúde e USF	Profissional de Saúde		Sexo		Idade		Experiência Profissional em CSP/ Anos	
	Enf.	Méd.	M	F	Enf.	Méd.	Enf.	Méd.
Centro de Saúde (A)		1		1		56		27
		1		1		33		7
Centro de Saúde (B)	1			1	41		17	
		1		1		58		30
Centro de Saúde (C)		1		1		58		25
USF (A)		1	1			56		27
	1			1	28		5	
	1			1	29		6	
USF (B)	1			1	36		10	
	1			1	29		5	
		1		1		58		30
USF (C)	1			1	42		16	

1.3 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Partindo-se da problemática em estudo, dos objectivos estabelecidos e da própria caracterização do tipo de estudo e dos sujeitos intervenientes, dos quais já se teceram

algumas considerações, escolheu-se a entrevista como método de recolha de dados. Citando Bogdan e Bicklen (1994) “...a entrevista é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito...”(p. 134) em que posteriormente o investigador irá analisar, de uma forma sistemática, a maneira como os sujeitos interpretam o tema abordado, no sentido de testar as suas questões de investigação.

Partilha-se do ponto de vista de Fortin (1999), quando refere que a entrevista possibilita uma comunicação próxima entre o entrevistador e o entrevistado, com a particularidade de que a informação obtida, depende do que o próprio entrevistado consente fornecer. Complementa-se esta ideia com o pressuposto de que tanto o entrevistador como o entrevistado são sujeitos racionais e com capacidades cognitivas para reconhecer os seus papéis de forma aberta e transparente, face ao objectivo da interacção estabelecida no momento da entrevista (Guerra, 2006).

Assim, do ponto de vista ético, cabe ao entrevistador informar os entrevistados sobre os objectivos de investigação e garantir a confidencialidade das fontes. E aos entrevistados, face ao fenómeno social que vivenciaram, pretende-se que sejam capazes de reconhecer o seu interesse pela pesquisa e centrarem as suas respostas nas questões colocadas pelo investigador, conferindo-lhes, em simultâneo, o direito de recusarem prestar informações, independentemente das razões apontadas (Bogdan e Bicklen, 1994; Fortin, 1999; Guerra, 2006).

Com a intenção de que todos os entrevistados se reportem aos mesmos aspectos, optou-se por uma orientação temática das entrevistas. Neste ponto de vista, a entrevista semiestruturada pressupõe que o entrevistador tenha um esquema prévio das questões a colocar não tendo, no entanto, a pretensão de as colocar na ordem pré-estabelecida ou de acordo com a formulação determinada. É possibilitado ao entrevistado falar abertamente sobre o tema, de acordo com a sua opinião sobre as situações, as leituras que faz das suas experiências e o significado que dá aos assuntos abordados. Ao entrevistador, cabe o reencaminhar da entrevista, visando os seus objectivos de estudo (Bogdan e Bicklen, 1994; Quivy e Campenhoudt, 1998; Fortin, 1999; Guerra, 2006).

Pelo exposto, concluiu-se que a entrevista semi-estrutura seria a que melhor se adequava ao estudo desenvolvido, visto já haver um quadro de referência sobre o assunto e por se pretender aprofundar a problemática em estudo num determinado contexto, ainda pouco explorado no nosso país, corroborando com o ponto de vista de Quivy e Campenhoudt (1998) e Ghiglione e Matalon (2001) sobre o tipo de entrevista mais adequado para estudo qualitativos de natureza exploratória e de aquisição de maior conhecimento sobre um determinado assunto.

Deste modo, pretendeu-se criar condições de pesquisa que possibilitassem uma colheita de dados mais ampla e diversificada do fenómeno em estudo, à luz das respostas dos sujeitos entrevistados respeitando, o melhor possível, o modo como foram registados (Bogdan e Bicklen, 1994).

Dando continuidade a este percurso metodológico construiu-se um guião de entrevista, tentando-se transpor de forma clara, os objectivos e as dimensões de análise da entrevista, conforme sugere Guerra (2006). Partiu-se dos objectivos e das questões de investigação, utilizando-se como orientação os grandes conceitos da problemática em estudo que são: a maternidade, vivências e adaptação; a mulher imigrante durante a adaptação à maternidade, num país de acolhimento; os enfermeiros e médicos como promotores da saúde da mulher imigrante durante a sua adaptação à maternidade, num contexto de CSP.

Organizou-se o guião da entrevista (Anexo II), em torno de 3 blocos temáticos sendo estes: a gravidez e a maternidade na sociedade portuguesa contemporânea; a maternidade em contexto migratório; e o enfermeiro e o médico promotores da saúde da mulher imigrante durante a adaptação à maternidade, no país de acolhimento, conforme documento em anexo No primeiro bloco pretendeu-se compreender qual a percepção que estes profissionais de saúde tinham de como as mulheres vivenciam a gravidez e a maternidade na nossa sociedade, com uma visão de ambos os processos, na perspectiva da mulher e num contexto familiar e social, identificando-se as particularidades do período de gravidez e da maternidade. No segundo bloco colocaram-se as mesmas questões mas direccionadas para o contexto migratório. Pretendia-se perceber qual a opinião destes profissionais sobre as limitações ou complicações que a situação de imigração pode provocar na vivência da gravidez e da maternidade de uma mulher imigrante, que valorização dão aos factores influenciadores identificados e quais os que consideram mais frequentes. E, por último, no terceiro bloco interessava compreender como estes profissionais têm experienciado os cuidados de saúde que prestam à mulher imigrante, quais as dificuldades com que se deparam, que estratégias utilizam ou que seriam necessárias utilizarem, para uma adequada vigilância da saúde da mulher imigrante.

O guião da entrevista contempla, também, o tema do trabalho e os objectivos da entrevista, no sentido de dar a conhecer ao entrevistado a problemática em estudo. E ainda, possibilita a recolha de alguns dados sociodemográficos dos sujeitos entrevistados, para uma breve caracterização dos mesmos.

1.3.1 – Pré-teste

Realizou-se um pré-teste da entrevista para a sua validação e fiabilidade, possibilitando a resposta aos problemas colocados pelo investigador. Assim, tornou-se necessário assegurar alguns aspectos, tais como: que as questões sejam entendidas da mesma forma por todos os entrevistados e tal como foi previsto pelo investigador; que as questões não sejam mal interpretadas pelos entrevistados, por falta de informação sobre o tema, tornando-as constrangedoras e inúteis; que o número de questões colocadas não torne a entrevista demasiado longa, provocando cansaço ou aborrecimento nos entrevistados (Ghiglione e Matalon, 2001).

A entrevista pré-teste teve a duração de 50 minutos e foi realizada a uma enfermeira de cuidados gerais a exercer funções num Centro de Saúde e que prestava cuidados a mulheres imigrantes, durante a vigilância pré-natal e nos primeiros tempos da maternidade.

Pela breve análise da entrevista concluiu-se que o guião de entrevista se encontrava adequado, possibilitando que a entrevista decorresse sem cortes e sem dificuldades de expressão por parte da entrevistada. Também não se verificou cansaço nem impaciência da enfermeira entrevistada, permitindo concluir que o tempo da entrevista era apropriado.

Para a entrevistadora, possibilitou uma reflexão sobre a aplicação desta técnica, melhorando a sua habilidade na aplicação das entrevistas e em particular, na obtenção dos dados.

1.4 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

As entrevistas aos profissionais de saúde ocorreram no período entre 1 de Fevereiro a 7 de Março de 2008 e o tempo de duração das mesmas variou entre 45 min. a 1h 15min.

Tendo-se em consideração o facto de os comportamentos ou os relatos das pessoas, perante uma determinada situação, serem significativamente influenciados pelo contexto onde essa mesma situação ocorre, valorizou-se o *ambiente natural* dos sujeitos do estudo (Bogdan e Bicklen, 1994). Assim, e com a intenção de mais facilmente interpretar ou compreender a percepção que os enfermeiros e os médicos tinham sobre a problemática em estudo, houve a preocupação de realizar as entrevistas aos

profissionais de saúde nos seus locais de trabalho e, de acordar, atempadamente, com os mesmos, via telefone, o dia e a hora para a realização da entrevista, informando-os acerca do tempo aproximado de duração da mesma, de modo a não interferir com as actividades profissionais dos entrevistados.

Todas as entrevistas aconteceram nos locais de trabalho dos entrevistados, as das enfermeiras em gabinetes de enfermagem e as dos médicos nos seus gabinetes. As enfermeiras tiveram a preocupação em escolher gabinetes de enfermagem que, durante o período em que decorreu a entrevista, não estivessem programadas actividades e os médicos não tinham consultas marcadas para a hora acordada.

Obedecendo-se aos princípios éticos que regem as entrevistas de investigação, logo de início, todas foram legitimadas, foi assegurado a confidencialidade dos dados recolhidos e nenhum entrevistado se opôs ao uso da gravação da mesma.

Foram iniciadas com um diálogo de acolhimento, tendo-se em conta a particularidade profissional do entrevistado e efectuada a pequena contextualização da problemática, dando-se a conhecer o tema do estudo e os objectivos da entrevista. Pretendeu-se, deste modo, quebrar o gelo inicial e criar o momento oportuno para se iniciar a entrevista, verificando-se que foi muito eficaz em todas as entrevistas efectuadas. Com a nota introdutória, conseguiu-se que cada entrevistado se centrasse no assunto e que sentisse que o objectivo da investigadora era o de conhecer a opinião, a percepção e a experiência individual do entrevistado, perante os aspectos que foram abordados ao longo da entrevista, concretizando-se as ideias de Bogdan e Bicklen (1994) e Ghiglione e Matalon (2001).

À investigadora coube ouvir os entrevistados, deixando-os à vontade na exposição das suas ideias sobre as questões colocadas e dando-lhes tempo para pensar sobre os assuntos; mostrou-se sempre atenta, interagindo e comunicando o seu interesse ao entrevistado, através do acenar com a cabeça e/ou utilizando expressões faciais adequadas; e conduziu as entrevistas quando os entrevistados se afastam da problemática do estudo, evitando induzir as respostas.

A cada entrevista foi-lhe atribuído um número, seguindo apenas uma sequência cronológica, identificadas as categorias profissionais dos entrevistados, mais concretamente, enfermeira pela letra A e médico pela letra B e identificada a instituição onde exerciam funções.

1.5– TRATAMENTO E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para o tratamento dos dados colhidos optou-se pela análise de conteúdo, definida por Bardin (1995, p. 38) como “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens.*” Outros autores como Guerra (2006), consideram a análise de conteúdo temática, como a análise de conteúdo tradicional, onde se efectua uma análise aprofundada do *corpus* das entrevistas, com recurso a categorias e subcategorias. O material original, registado nas gravações e transcrito é trabalhado reconstruindo-se o discurso fragmentado e disperso ao longo dos textos. Desta forma, o investigador efectua interpretações objectivas dos comportamentos das pessoas, através das suas mensagens e procurando nessas mesmas mensagens o sentido das acções, isto é, trazer à superfície “*os não ditos*” (Polit e Hungler, 1995).

A análise de conteúdo na investigação qualitativa, permite trabalhar um pequeno número de informações, relatos ou testemunhos mas de particular complexidade e profundidade de dados, com rigor metodológico e engenhosa capacidade interpretativa (Quivy e Campenhoudt, 1998). Neste estudo ao utilizarem-se as entrevistas semi-estruturadas na colheita de dados, os conteúdos a analisar foram obtidos pela linguagem, apresentando-se com um certo nível de dificuldade, dada à complexidade da fonte a analisar e por exigir da investigadora formação e experiência, como refere Bardin (1995).

A análise temática foi empregue, com a intenção de revelar “*os núcleos de sentido*” (Bardin, 1995, p.105) que os profissionais de saúde deram aos assuntos abordados, tendo em conta a presença, o padrão e os tópicos presentes nos dados evocados pelos diferentes intervenientes, podendo estes revelarem-se de algum significado, face ao fenómeno em estudo.

A organização da análise foi orientada pelos procedimentos definidos por Bardin (1995). Assim, o primeiro passo efectuado, a *pré-análise*, foi a organização dos dados colhidos, no sentido de se constituir um *corpus*, isto é, um conjunto de documentos a serem submetidos aos procedimentos analíticos. No estudo, o universo de documentos em análise foram as 12 entrevistas realizadas, e transcritas na íntegra, correspondendo a um total de 88 páginas A4.

Partiu-se para a *leitura flutuante* de todas as entrevistas, dando-se início às primeiras impressões sobre os discursos obtidos, efectuadas as primeiras identificações

de frases significativas e a identificação de aspectos ou assuntos emergentes (Vala, 1986; Bardin, 1995).

De seguida definiram-se as unidades de análise sendo estas: a unidade de registo e a unidade de contexto. A unidade de registo considerada foi *a frase*, vista por Bardin (1995, p.105) como “*Uma afirmação acerca de um assunto*”, uma unidade de base de significação que nos conduzirá a um plano de categorização e à quantificação dos dados, em termos de frequência significativa. De acordo com a mesma autora, a frase é a unidade de registo mais utilizada para investigações qualitativas sobre motivações de opiniões, de atitudes, de valores ou de crenças, no qual se enquadra este estudo, visto pretender-se a opinião ou o entendimento que as enfermeiras e os médicos tinham a respeito de como as mulheres vivenciam a gravidez e a maternidade e, em particular, a mulher imigrante num país de acolhimento e ainda, como estes profissionais encaram as questões da multiculturalidade, quando efectuam a vigilância de saúde da mulher imigrante durante os períodos referidos. Considerou-se como unidade de contexto a resposta do profissional de saúde a cada uma das questões colocadas pela entrevistadora. Pretendeu-se, deste modo, que a unidade de contexto constituísse uma “*o segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo*” tal como refere Bardin (1995, p. 107).

A exploração do *corpus* foi orientada pelo quadro teórico anteriormente definido e pelos objectivos e questões de investigação, estabelecendo-se um plano de categorias onde emerge a problemática em estudo e a descrição das características pertinentes do conteúdo dos dados obtidos (Vala, 1986; Bardin, 1995; Guerra, 2006). Torna-se aqui pertinente referenciar o raciocínio indutivo utilizado na análise, em que o investigador procede à interpretação das significações que os sujeitos verbalizam, “*(...) produzindo as categorias e proposições (hipóteses explicativas) indispensáveis ao entendimento dos fenómenos através de um processo indutivo com origem na própria narração.*” (Guerra, 2006, p. 32). Porém, a mesma autora ao referenciar Herbert e colaboradores (1994), explica que o investigador no terreno já possui em mente um quadro conceptual teórico e objectivos de pesquisa definidos, verificando-se que “*No trabalho de campo a indução e a dedução encontram-se em diálogo constante*” (p. 26).

Através da categorização pretendeu-se classificar elementos emergentes dos dados obtidos, agrupando-os de acordo com os aspectos em que são comuns, na tentativa de os interpretar de um modo mais simplificado. Pretendeu-se interpretar os aspectos abordados, potenciar a apreensão na tentativa de dar a conhecer pormenores

menos visíveis a respeito da problemática em estudo, sem no entanto, provocar desvios ou enviesamento dos dados brutos, isto é, sem alterar as respostas dos intervenientes. Assim, foi criado o sistema de categorias onde coexistiu a formulação de categorias *à priori*, reflectindo as intenções de investigação e as referências teóricas de partida; e as categorias formuladas *à posteriori*, provenientes do material constituinte do *corpus* em análise.

Através da validação da professora orientadora e de uma colega colaborante na realização do estudo, garantiu-se a exclusividade pela verificação de que cada unidade de registo apenas integrou uma categoria; a exaustividade foi conseguida porque todas as unidades de registo foram colocadas numa categoria (Vala, 1986; Bardin, 1995).

Procedeu-se então à construção de uma grelha de análise, conforme se apresenta no Quadro nº 2, com a definição de temas, categorias e subcategorias.

Quadro nº 2 – Grelha de análise

TEMA	CATEGORIA	SUBCATEGORIA
A GRAVIDEZ E A MATERNIDADE	A construção dos processos de gravidez e de maternidade na sociedade contemporânea	Perspectiva pessoal
		Perspectiva social
		Factores influenciadores na gravidez
	O exercício da maternidade	Preocupações, medos e inseguranças
		Saberes adquiridos
		Tradições culturais
A MATERNIDADE EM CONTEXTO MIGRATÓRIO	A maternidade da mulher imigrante no contexto de saúde português	O papel do pai
		O papel de promotor da saúde
		Comportamento cultural materno
	A vigilância pré-natal e revisão do puerpério em Cuidados de Saúde Primários	Acessibilidade aos serviços de saúde
		Identificação/Reconhecimento de diferentes comportamentos de saúde
		Comunicação Intercultural
A promoção da saúde da mulher imigrante	Cuidados Interculturais	

Deu-se continuidade ao processo de tratamento dos dados com a construção da matriz de análise, onde se foram colocando as unidades de registo que se enquadram nas categorias identificadas (Anexo III). De acordo com Bogdan e Bicklen (1994, p.49) ao tentar-se analisar as mensagens valorizando-se a sua riqueza e singularidades “*A palavra escrita assume particular importância na abordagem qualitativa, tanto para o registo dos dados como para a disseminação dos resultados*”. Assim, procurou-se trazer alguns aspectos identificadores do discurso de cada interveniente, nomeadamente pela transcrição de expressões empregues e momentos de pausa.

No sentido de facilitar a operacionalização da matriz, utilizaram-se alguns códigos ou símbolos semânticos, sendo estes os seguintes:

A – Entrevistas a enfermeiras, enumeradas em A1, A2, A3, A4, A5, A6;

B – Entrevistas a médicos, enumeradas em B1, B2, B3, B4, B5, B6;

P – Página da entrevista onde foi retirada a frase;

L – Linha da entrevista onde foi retirada a frase;

(..) – Excertos da transcrição original que não foram relevantes na análise;

[] – Quando se coloca uma palavra ou frase de ligação com as unidades de registo;

Texto em itálico – Representa o entrevistado.

IV – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Partindo-se do sistema de categorias estabelecido, neste capítulo será exposta a análise do *corpus* do estudo empírico realizado, onde se pretende interpretar e dar sentido às codificações estabelecidas e encontradas à luz das mensagens colhidas dos profissionais de saúde relativamente à problemática envolvente. Assim, proceder-se-á à análise e discussão dos dados considerando-se os dois temas orientadores: A Gravidez e a Maternidade e A Maternidade em Contexto Migratório e as categorias inerentes a cada um deles.

1- A GRAVIDEZ E A MATERNIDADE

Com o tema “A gravidez e a Maternidade” pretendeu-se compreender a percepção dos profissionais de saúde, sobre como as mulheres vivenciam estes dois períodos nas suas vidas. A gravidez concebida como um estado fisiológico natural torna-se, para cada mulher, uma experiência única vivida numa determinada etapa do ciclo vital, contextualizada num ambiente psicológico, emocional, sócio-económico, cultural e familiar, particular à própria mulher. Deste modo, a gravidez é vista como um período de desenvolvimento, transformação e de amadurecimento psicológico e emocional. Este período de reorganização e crescimento deve-se a uma adaptação gradual às alterações corporais (anatômicas e fisiológicas), familiares e sociais, que se sucedem ao longo da gravidez, conduzindo a mulher à aceitação de um novo ser dentro de si e preparando-a para o futuro papel de mãe (Cordeiro, 1994; Brazelton e Cramer, 2001; Canavarro, 2001). Neste sentido, a maternidade entendida como o período que se segue ao nascimento da criança, é vista com um período de continuidade de um processo iniciado e reorganizado ao longo da gravidez, que se consolida progressivamente, com os cuidados e interações que a mãe estabelece com a criança e com o desempenho dos diferentes papéis socialmente prescritos e assumidos pela mulher. Assim, a maternidade surge como uma realidade complementar à gravidez, mas distinta, por um lado, por ser sempre uma experiência particular e complexa para cada mulher, visto abarcar uma

diversidade de dimensões que se reorganizam para criar uma nova identidade, a de mãe. Por outro lado, pela reprodução social significativa que se atribui à maternidade, com repercussões importantes na vida da própria mulher (Macy e Falkner, 1981; Canavarro, 2001; Fidalgo, 2003).

Com base nesta linha de construção convergente dos processos gravidez e maternidade, surgem então as duas categorias em análise, como se ilustra no Quadro nº3. Estas servirão de pano de fundo na interpretação do entendimento que os profissionais de saúde têm dos principais aspectos que caracterizam a gravidez e a maternidade da mulher da nossa sociedade, e cada uma dessas categorias constituirá um dos subcapítulos apresentados de seguida.

Quadro nº 3 – O tema *A Gravidez e a Maternidade* e as categorias que os integram

Tema	Categoria
A Gravidez e a Maternidade	A construção dos processos de gravidez e de maternidade na sociedade contemporânea
	O exercício da maternidade

1.1 - A CONSTRUÇÃO DOS PROCESSOS DE GRAVIDEZ E DE MATERNIDADE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Na análise da categoria *Construção dos processos de gravidez e de maternidade na sociedade contemporânea* surgiram quatro subcategorias descritas no quadro nº 4.

Quadro nº 4 – A categoria *Construção dos processos de gravidez e de maternidade na sociedade contemporânea* e as subcategorias emergentes

Categoria	Subcategorias
Construção dos processos de gravidez e de maternidade na sociedade contemporânea	Perspectiva individual
	Perspectiva social
	Factores influenciadores na gravidez
	Preocupações, medos e inseguranças

Perspectiva individual

O termo perspectiva, por si só, refere-se à experiência humana que se relativiza de acordo com o ponto de vista de onde ela é vivenciada (Infopédia, 2008). Com a perspectiva individual, pretende-se considerar a construção da identidade como um processo contínuo que tem início logo nos primeiros anos de vida de cada pessoa. De acordo com Erikson (1976), a partir dos acontecimentos da vida e das relações que vai estabelecendo com os outros, a pessoa forma a sua identidade, observando, reflectindo, julgando-se a partir do que os outros, pessoas significativas para ela, julgam de si. O mesmo autor salienta que cada ser humano tem necessidade de se sentir único, de desenvolver um percurso de vida próprio e singular, orientado pelo seu desenvolvimento, crescimento e experiências vividas.

Da análise da percepção dos profissionais de saúde sobre as razões pessoais que levam a mulher da nossa sociedade a engravidar, parece que existe uma concordância de opiniões, em considerar que o desejo de engravidar representa uma realização do processo de amadurecimento da mulher, desde a sua infância até à idade adulta, expressa numa vontade planeada e que necessita de ser concretizada:

- “Eu acho que tem muito a ver com o desejo de ser mãe (...) é uma realização pessoal (...)”(A1,P1,L3-4)

- *“Eu penso que é na maioria a realização de um sonho de criança (...)” (B1,P1,L8)*

Considera-se interessante reflectir acerca das seguintes frases referidas pelos profissionais de saúde ao situarem, a vontade ou desejo pessoal da mulher que pretende viver a maternidade, numa dimensão quase que sobrenatural ou então inata, desvalorizando-se a dimensão social, onde se integra toda a aprendizagem da mulher ao longo da sua vida:

- *“ (...) a mulher em si já nasce com aquele dom maternal.” (B5, P1,L3)*

- *“Qualquer pessoa tem o sonho de ter filhos (...) é biológico (...)” (B2, P1,L37)*

No entanto, a vocação biológica referida, poderá querer dizer que a gravidez é o meio da “natureza” pela qual a mulher demonstra a sua capacidade de reprodução, ou então, poderá estar subjacente o facto de essa capacidade biológica ser uma oportunidade de se perpetuar aquela família (Macy e Falkner, 1981; Brazelton, 2000). Conclui-se, que as percepções referidas como perspectivas individuais mantêm, como pano de fundo, uma perspectiva social, visualizando-se a teoria sustentada por Erikson (1976), quando revela que as dimensões da identidade se estabelecem num processo localizado no indivíduo. Mas também, em simultâneo, se encontra subjacente uma estrutura cultural, que lhe fornece um conjunto de rótulos e directrizes, que permitem ao "ego" estabelecer a sua identidade, durante o processo de desenvolvimento do indivíduo.

Na mesma linha do anteriormente referido, é visível o modelo socialmente aceite de referência, de que ter-se um filho deve acontecer no casamento, sendo através deste modelo, que alguns dos profissionais de saúde dão a perceber nas suas respostas que a vontade da mulher em engravidar mantém-se, independentemente do tipo de família existente:

- *“ (...) já apanhamos muitas mulheres que não são casadas, mas o ter filhos mantém-se sempre.” (B1,P1,L9-10)*

- *“Hoje em dia, mesmo uma mulher que não se casa, e temos algumas assim, quer ter um filho.” (B5,P1,L4)*

A frase seguinte, de alguma forma, reflecte a tendência dos profissionais de saúde em CSP, em percepcionarem a singularidade da gravidez de cada mulher, num contexto social e familiar:

- “(...) é um culminar de um percurso de vida, um percurso de vida que foi tratado ao pormenor, planeado e estruturado. A pessoa estudou, fez o ensino superior, arranjou emprego e casou, e depois teve filhos, já quando as coisas estão tranquilas e estruturadas. A gravidez é planeada dentro deste quadro, da vida cultural e do trabalho, só depois é que vem o bebé. (...) engravidar é mesmo «a cereja no cimo do bolo» (...)”(A4,P1,L11-14 e L22)

Perspectiva social

Tal como já foi referido atrás, a personalidade é um processo de construção contínuo, aberto e dinâmico, que se reorganiza de acordo com as circunstâncias e acontecimentos que surgem ao longo da vida de cada pessoa. Nestes reajustes de personalidade, a pessoa utiliza os elementos integrantes da sua personalidade e reflecte toda a influência, interacções e interferências exercidas pelo meio ambiente e sociocultural onde vive (Erikson, 1976).

Ao considerarem-se os diversos reajustamentos a que a mulher está sujeita no desenvolvimento normal dos processos da gravidez e maternidade, no âmbito de uma perspectiva social sobre os motivos que levam as mulheres da nossa sociedade a engravidar emerge uma decisão conjunta do casal, evidenciando-se a necessidade de se reproduzir a si mesmo, criando-se um novo ser e de se completar a etapa de vida adulta, no desenvolvimento do ciclo de vida de cada um dos progenitores. Neste ponto de vista, parece existir uma certa consonância dos profissionais de saúde em considerar como justificação a perpetuação da família:

- “(...) acho que isto se aplica ao casal (...) é como que a perpetuação deles e tem muito significado e é muito importante (...) elas vêm às consultas e referem precisamente isso, a importância de ter alguém (...) que perpetue aquela família em termos de gerações (...)”(A1,P1,L4-6 e 7-8)

- “(...) as principais razões têm a ver com a própria estrutura familiar, faz parte da complementaridade da família a existência dum rebento (...) a criação de qualquer coisa em comum (...) É a perpetuação da união, eu não diria da espécie, porque nesse aspecto nós somos mais materialistas, e egoístas (...)” (B3,P1,L13-17)

Com efeito, nas sociedades ocidentais uma grande maioria dos casais acredita que a vida sem filhos é menos satisfatória e dotada de menos significado, tanto ao nível

material como emocional. Nesta linha de orientação social, pelos relatos descritos, converge a ideia de que um casal sem filhos não constitui uma verdadeira família:

- *“A maior parte é porque todos gostamos de ter filhos, porque é o que justifica estarmos aqui a trabalhar, a ter as coisas (...) aqueles que não podem ter vão adoptar porque querem ter alguém a quem deixar as coisas, a quem transmitir a educação que tiveram, a maneira de ser da vida (...)”* (B2,P1,L42-45)

- *“Há umas que é porque querem constituir família (...)”* (B4, P1,L14)

Atendendo ainda, ao atrás referido, a pressão social exercida pela família alargada, pelo círculo de amigos e pelas directrizes e comportamentos impostos pela própria sociedade, levam a mulher e o casal a sentirem-se que não são bem aceites. De certa forma, como que se fossem uma família incompleta quando decidem não ter filhos, como que subjugados a um padrão cultural. Essa mesma pressão social, também é visível, mesmo quando retardam a natalidade, visto que o filho representa a integração social do indivíduo e do casal, como exemplificam alguns dos profissionais de saúde:

- *“(...) porque ter filhos tem muito peso a nível social, quer se queira quer não, a verdade é que tem a ver com a nossa cultura (...) eu acho que é desde sempre (...) às vezes também por pressão, por pressão da sociedade, e porque estão sempre a questionar, «então quando é que têm filhos ?» (...) É preciso que as pessoas tenham filhos para ter um novo estatuto.”* (A1,P1,L9-13)

- *“Há uma grande pressão familiar (...) Nós quando estamos a chegar a uma determinada idade, muitas vezes não é uma decisão nem do casal nem pessoal (...) Muitas mulheres a ter uma primeira gravidez, [próximo dos 30 anos] e isso começa a sentir-se muito. A pessoa não sabe se quer engravidar ou não, mas começa a sentir aquela pressão [familiar] (...)”* (A2,P1,L3-4 e 20-21)

E, ainda, a pressão exercida dentro do seio familiar mais restrito, a pressão do cônjuge ou a de um filho único em querer um irmão:

- *“(...) e outras engravidam porque o filho mais velho pede muito para ter um irmão, muitas vezes não é uma vontade dela em exercer outra vez a maternidade, alguém exterior lhe pede (...) ou então porque o marido quer muito.”* (A6,P1,L36-38)

- *“(...) o facto de acharem que ter um só filho é pouco e que é importante para as crianças e para a própria família.”* (A5,P1,L29-30)

Actualmente, face à transformação dos fenómenos socioeconómicos, valores e interesses sociais e culturais com que se debatem as mulheres das sociedades contemporâneas, verifica-se alterações no modo como utilizam o seu período reprodutivo. Estas mudanças reflectem-se quer na idade em que a mulher decide engravidar, como no número de filhos que decide ter ou então, na opção de não se ter filhos (Canavarro, 2001). Com efeito, os intervenientes do estudo parecem ter em linha de conta estas alterações, fazendo alguma relação entre as idades em que normalmente acontece a primeira gravidez e os motivos principais deste acontecimento. Assim, entre as mulheres que engravidam mais cedo, encontram-se as grávidas adolescentes, período vulnerável para a jovem mãe que ainda se encontra numa fase de construção da sua identidade confrontada com alterações físicas, psicológicas e sociais:

- “(...) nós temos gravidez na adolescência (...) nós, infelizmente temos muitas.” (A1,P5,L187-188)
- “Temos uma percentagem significativa de gravidez na adolescência (...) Idades depois dos quinze (...)” Houve uma que tinha catorze, mas quando o bebé nasceu já tinha quinze (...) mas temos muitas grávidas de dezassete e dezoito anos, que ainda se podem considerar adolescentes.” (A6,P1,L3-4 e 13-15)

De facto, a gravidez na adolescência é encarada pelos profissionais de saúde e investigadores como um problema social, visto que, associado ao processo complexo de múltiplas mudanças físicas, psicológicas e sociais típicas da adolescência, se acresce em simultâneo, as mudanças que caracterizam o período da gravidez e da maternidade (Canavarro e Pereira, 2001). Vários factores podem ser desencadeadores deste fenómeno da gravidez na adolescência, como é o caso da influência dos factores desenvolvimentais, cognitivos e psicossociais característicos da adolescente, onde se evidenciam os actos inconsequentes das mesmas, preocupadas com o momento e com a necessidade de agradar; pela necessidade de se afirmarem; pela incapacidade de planear o futuro e pela impulsividade, que as conduzem a ter relações sexuais sem segurança, independentemente do nível de informação que têm sobre os métodos contraceptivos, como dão a perceber alguns dos intervenientes:

- “(...) outras, um pouco mais novas, é porque não têm cuidado e depois engravidam e vão logo atrás do casamento (...) Outras acabam por ficar sozinhas com a criança que vai nascer (...) Há nas mais novas **[gravidez não planeada]** (...) A gente mais nova é pouco madura e

muitas não sabem organizar a vida delas querem logo engravidar e ter filhos, acham que é um boneco, um brinquedo (...) aos dezoito e dezanove já têm filhos.” (B4,P1,L2-4; 11; 13-14 e 19)

- “(...) esta gravidez na adolescência, com os factores todos que podem estar implicados na gravidez na adolescência, se é porque se querem afirmar(...)”(A6,P1,L4-5)

Outros dos intervenientes fazem referência a crenças típicas dos adolescentes, como:

- “(...) outras, porque tiveram a primeira relação sexual e aconteceu, porque acharam que na primeira relação sexual ninguém engravida.” (A6,P1,L21-22)

- “Temos, por outro lado, aquela faixa mais jovem, que engravida acidentalmente, mas que não manifesta propriamente esse desejo (...) Ultimamente de uma forma geral entre os dezasseis e os dezoito (...) Felizmente já não é muito frequente, e neste momento devemos ter apenas duas ou três aqui na unidade.” (A5,P1,L6-7; 10 e 12-13)

Factores de natureza cultural também são frequentes, nomeadamente quando a adolescente pertence a um determinado grupo étnico ou a comunidades familiares, onde a gravidez e a maternidade precoce são aceites de forma natural e positiva, independentemente das consequências que esta situação possa provocar na saúde da jovem mãe e futura criança, como dão a entender alguns dos profissionais da saúde:

- “As ciganas, temos o grande problema que vêm aqui e querem engravidar aos dezasseis anos.” (B1,P5,L202)

- “Muitas já vêm de famílias em que a gravidez na adolescência é comum, e começaram a namorar aos treze anos e o facto de engravidarem aos dezasseis não representa problema e é assumido sem problema nenhum (...)”(A6,P1,L19-21)

Os factores de natureza socioeconómica também são referidos como geradores da ocorrência da gravidez durante a adolescência, estando aqui subjacente, factores de risco como a pobreza e os ambientes familiares conflituosos e desajustados, como dão a entender alguns profissionais de saúde:

- “(...) há o contrário, há as que se adiantam demais (...) Eu tenho, por exemplo, (...) uma grávida que eu acho que engravidou para sair de casa, porque tem um mau ambiente em casa (...) um mau ambiente económico, e portanto para ela foi uma maneira de sair daquilo e ter acesso a uma vida melhor (...) Das não planeadas também tenho aí algumas novas [jovens] que têm problemas em casa e acham que é uma maneira de sair de casa, e engravidam.” (B2,P1,L39-42 e 14-15)

- *“A gravidez motiva a saída de casa dos pais.” (A5,P1,L17)*
- *“(…) se é porque estão mal e se querem pôr melhor (…)”(A6,P1,L5-6)*

E ainda, na ideia de um dos profissionais de saúde, a gravidez não planeada ocorre mais cedo, face ao período reprodutivo da mulher:

- *“(…) temos também muitas gravidezes não desejadas. A pessoa acaba por depois aceitar bem a gravidez, mas não foi uma decisão planeada, surgiu ou aconteceu (…). Normalmente uma gravidez não planeada acaba por ser mais cedo (…). Nós temos muitas grávidas com dezoito e dezanove anos.” (A2,P1,L6-7e 11-12)*

Outros factores são apontados pela literatura como importantes e necessários a se considerar perante uma grávida adolescente. Porém, como o estudo não se encontra direccionado para este fenómeno, apenas foram considerados os aspectos referidos pelos profissionais de saúde, quando questionados sobre em que idade as mulheres da nossa sociedade engravidam e as razões associadas.

Quanto ao facto de as mulheres engravidarem tarde face ao seu período reprodutivo, é uma evidência apontada por alguns dos profissionais de saúde:

- *“(…) o facto é que cada vez se atrasa mais a maternidade (…)”(B2,P1,L38-39)*
- *“(…) aparecem muitas mães mais tarde nas maternidades (…). Muito perto dos trinta anos, vinte seis ou vinte sete, trinta e qualquer coisa, a grande maioria delas andam por aí.” (A3,P1,L4 e 6-7)*

No âmbito da perspectiva social, a questão da carreira profissional exerce uma grande influência no momento em que a mulher opta para engravidar e dedicar-se à maternidade. Como já foi referido, no subcapítulo 1.1.2 do enquadramento teórico deste estudo, nas sociedades contemporâneas actuais assiste-se a uma maior facilidade de escolha pessoal, perante as normas e valores sociais orientadores (Slepoj, 2000). A profissão passou a fazer parte do projecto de vida das mulheres, visto que nas sociedades ocidentais a educação e a profissionalização acompanham o desenvolvimento dos jovens, independentemente do sexo (Canavarro, 2001). Neste sentido, passou a ser visível o papel da mulher no mundo do trabalho, provocando alterações profundas no estatuto da mulher dentro do seio familiar e na própria sociedade onde se encontra inserida (Fidalgo, 2003).

Com efeito, alguns dos profissionais de saúde entrevistados, associam o atraso na idade da mulher engravidar à profissionalização da mulher, contudo, mantêm a ideia de a gravidez acontecer dentro do casamento, apesar da diversidade dos tipos de família existentes na nossa sociedade contemporânea, desde famílias monoparentais, famílias reconstituídas, separadas e as famílias tradicionais, como se expõe:

- **Atualmente** “(...) a gravidez surge mais ou menos aos trinta anos na primigesta (...)Hoje a maioria pensa no trabalho e na carreira, a parte profissional, depois casa, e tem o filho (...) a pessoa estudou, fez o ensino superior, arranhou emprego e casou, e depois teve filhos.”

[Características sociodemográficas do ficheiro familiar] “É a realidade do meu ficheiro (...) é um ficheiro que tem muitas enfermeiras, advogados e médicas, não tenho baixo nível económico (...) são de uma classe mais ou menos média (...) As idades são 28, 29, 30 anos, não tenho grávidas adolescentes ou aos 20 anos, isso não tenho.” (A4,P1,L9-13 e 17-20)

- “(...) a mulher actual põe a maternidade muito mais tarde, porque põe em primeiro lugar a profissão, até porque se não puser ela vai ficando para trás (...)Há uma rivalidade de topo de lugares **[em termos profissionais]** mulheres gestoras de topo estão a engravidar a partir dos trinta e muitos ou quarenta anos.” (B5,P1,L6-8)

Mas, para além de se valorizar a carreira profissional, um dos intervenientes considerou que as mulheres mantêm um sentimento de pena ou amargura perante o adiamento da gravidez. No entanto, não ficou bem explícito o motivo deste sentimento o que permite inferir se estará, ainda subjacente, uma influência cultural tradicional, baseada na crença de que a mulher se sente realizada na maternidade. Crença esta, transmitida de mães para filhas, de geração em geração, pelo processo de socialização, como se verifica pelo testemunho:

- “Muitas atrasam um bocadinho o nascimento do filho por razões profissionais (...) engravidam mais tarde mas penso que com algum pesar delas (...) agora há uma mudança em que as mulheres têm o emprego, a profissão e o curso, e depois engravidam mais tarde, mas sempre com algum remorso (...) Aparecem muitas mulheres grávidas com trinta anos (...)” (B1,P1,L11-14 e 16)

Alguns dos intervenientes, provavelmente pelo tempo de experiência profissional a cuidar/assistir mulheres, durante todo o percurso da maternidade, sentem necessidade de comparar a percepção que têm das actuais mulheres grávidas, com as que acompanharam em décadas anteriores, como se descreve neste testemunho:

- “(...) o dom maternal da mulher e a continuidade da família são as razões que se mantêm (...) A maternidade já não está em primeiro lugar, como estaria na minha altura e na altura das nossas mães, agora já não está.” (B5, P1, L11-12 e 14)

Noutros relatos, o atraso da primeira gravidez está muito associada às questões socioeconómicas, visto que hoje em dia, o peso da responsabilidade em criar uma criança da melhor maneira, implica custos económicos, como entendem os profissionais de saúde:

- “(...) é como que o “último electrodoméstico” lá de casa (...) é aquele desejo que sentem de ter um filho e depois de estar tudo estruturado, vão tê-lo.” (A4, P1, L10 e 23)

- “As mais velhas têm mais cuidado, já tomam a pílula, já conhecem outros métodos, e são mais responsáveis porque sabem que a vida monetariamente não está muito fácil. Nas mais responsáveis está a ser mais tarde, vinte e nove, trinta e trinta e um (...) porque não têm a vida organizada, pensam um bocadinho (...)” (B4, P1, L11-12; 18-19 e 31)

A mesma razão, também parece influenciar o número de filhos que cada casal decide ter ou programar, como referem os entrevistados:

- “(...) a única coisa que eu sinto é um atraso na idade de ser mãe (...) depois vão ao segundo «eu estímulo um bocadinho para o segundo filho» e as pessoas têm facilmente aderido ao segundo filho, o terceiro normalmente é uma situação que aconteceu, não é muito programado.” (B6, P1, L16-19)

- “Têm um filho ou dois filhos, o terceiro não é muito frequente (...) de uma forma geral, o factor económico é o que pesa mais para avançar do primeiro filho para o segundo filho.” (A5, P1, L25 e 31-32)

- “(...) a grande percentagem (...) fica pelo primeiro filho.” (A6, P1, L33-34)

E, ainda, a comparação com as gerações anteriores, como forma de consolidação do anteriormente referido:

- “As famílias grandes, de muitos irmãos e muitos sobrinhos já são pouco frequentes. Já são excepção (...) Existem outros factores que pesam mais (...) Sobretudo o facto de trabalhar e ter uma carreira (...) Mesmo que não seja uma carreira diferenciada, o facto de trabalhar já influencia.” (A5, P2, L59-62)

O oposto também é referido, isto é, a gravidez acontecer sem ser planeada e associada ao factor económico, como se expõe:

- *“Temos também aquela faixa «que ainda não está totalmente autónoma» dos vinte ou vinte e dois e neste momento dessas tenho duas, com gravidezes não planeadas.” (A5,P1,L13-15)*

O adiamento da gravidez para os anos mais próximos do final do período de reprodução, mais propriamente após os 35 anos de idade, também interfere na probabilidade de a gravidez acontecer, associada a razões de ordem biológica onde se verifica que nos anos que antecedem a menopausa, os ciclos menstruais são mais longos, ocorrendo com maior frequência ciclos anovulatórios (Graça, 1996). Este aspecto é apreendido pelos intervenientes, como do conhecimento das mulheres e motivo de apreensão, quando referem:

- *“(…) às vezes elas começam também a ter algum receio de quererem ter um filho e depois terem alguma idade e não conseguirem (…) aquela fase muito perto dos trinta (…) começa a sentir-se mais velha.” (A2,P1,L4-5;19 e 22)*

- *“Apesar de haver um padrão que gere a sociedade (…) as mulheres referem muito isso (…) «se calhar ao segundo já vou ter dificuldade, já tenho esta idade e não devia”, e dizem isto com algum remorso. “ (B1,P1,L8-11 e 14-17)*

Emerge, também, a ligação entre o engravidar tarde e o desejo do casal, no contexto de uma segunda relação conjugal da mulher e a opção de se ter mais um filho, como se relata neste testemunho:

- *“(…) ou acima dos quarenta, a engravidarem, por terem uma nova relação.” (A2,P1,L17-18)*

Relativamente às mulheres que optam por não engravidar, surge aqui como um reforço do entendimento de que a maternidade é um processo de decisão da mulher no seu contexto familiar e sociocultural. Esta decisão da mulher é um reflexo da orientação cultural adquirida no seio familiar, ao longo do seu crescimento e desenvolvimento; é uma expressão do seu grupo social sobre o desempenho feminino, das suas expectativas sociais face à maternidade, da sua vivência conjugal, e de outras responsabilidades assumidas e interesses pessoais (Williams, 1999; Canavarro, 2001; Fidalgo, 2003). Neste ponto de vista, os profissionais de saúde comentam:

- “(...) muitas mulheres pensam se vale a pena tê-los, por questões de beleza, de carreira profissional, por exemplo(...)” (B2,P1,L37-38)

- “(...) outros porque planeiam mesmo não ter porque têm problemas e se vão ter agravam os problemas ainda mais.” (B4, P1,L32-33)

Factores influenciadores na gravidez

A gravidez como processo de maturação e crescimento cognitivo implica a aquisição de determinadas tarefas de desenvolvimento, que vão desde a aceitação da gravidez, identificação do papel de mãe, reorganização das relações entre a grávida e a sua família no seu papel de filha, especialmente com a sua mãe, da sua relação com o companheiro, relação com a futura criança que irá nascer e a preparação para o parto, aspectos estes que já foram desenvolvidos anteriormente, no subcapítulo 1.1.1 do enquadramento teórico. No entanto, tal como defendem diversos autores, a gravidez não é instintiva, mas sim, um processo social e cognitivo aprendido, preparando a mulher para um novo nível de cuidados e responsabilidades associados ao papel materno (Kitzinger, 1996; Williams, 1999; Figs 2001; Canavarro, 2001). A dimensão social traduz todo o tipo de interações e influências a que a mulher está sujeita ao longo da sua gravidez, que se irão repercutir na qualidade física, psicológica e emocional da mulher e do feto em desenvolvimento. Neste sentido, os profissionais de saúde quando questionados sobre quais os principais factores que percebem como influenciadores na gravidez, demonstram uma certa organização na exposição, identificando-se domínios ou vertentes influenciadoras.

A necessidade de organização familiar e estabilidade económica voltam a ser referidos, mas agora centradas na preocupação dos pais em relação aos cuidados, educação e responsabilidades a ter perante a futura criança:

- “E depois põe-se a questão económica, porque, quer queiramos quer não, um filho custa dinheiro.” (B5,P1,L12-13)

- “(...) embora hoje me dê a sensação que as coisas são mais planeadas (...) Tem a ver com o planeamento da vida e a dificuldade de se estabelecerem como independentes, a questão do emprego, dos ordenados, o estabilizar a vida e depois planear um filho.” (A3,P1,L3-4 e 9-10)

As sociedades ocidentais com as suas características políticas, sociais e económicas influenciam a gravidez, por provocarem limitações nos futuros pais relativamente aos cuidados com o filho. Há um notório afastamento da família alargada,

nomeadamente dos futuros avós, que implica uma preocupação precoce dos futuros pais, no encontrar atempadamente, outros prestadores de cuidados para o seu futuro filho, como relata um dos profissionais de saúde:

- “Antigamente a pessoa ter um filho, não era nenhum drama, o comer era mais ou menos igual, em casa ficavam todos, os avós tomavam conta deles (...) Hoje em dia é complicado (...) tem de se pensar no infantário, na roupa, na educação, porque toda a gente quer educar os filhos (...) hoje as pessoas retraem-se um pouco em ter filhos (...) os infantários são muito caros, não há infantários em todos os sítios, os pais não estão ao pé deles (...) Hoje questiona-se (...) o drama das mulheres irem com os filhos à tarde ao SAP [**Serviço de Atendimento Permanente**], entre as seis e as sete horas [**da tarde**], as mulheres vão ao infantário buscar a criança que está a ficar com febre, e (...) entra num dilema, o ter de ficar em casa ou não, de a criança ir para o infantário ou não, para ir para o infantário precisa do papel do médico a dizer que pode ir, porque não tem ninguém que fique com a criança (...) Portanto, as pessoas arriscam um, depois vão até aos dois e a partir daí não arriscam mais.”
(**B2,P2,L48-50 e 53-59**)

Contextualizando-se, aqui, os interesses pessoais e conjugais atrás referidos, como razões para se decidir engravidar mais tarde, relativamente ao período reprodutivo, um dos intervenientes entendeu referi-lo como factor influenciador da gravidez e, não tanto, como uma opção de se engravidar, como se verifica pelo seu testemunho:

- “Querem todos ter a vida organizada, o emprego certo, a casa feita, depois de pagar a casa é que acham que podem ter os filhos.” (**B6,P1,L20-21**)

Considerou-se importante reforçar o aspecto atrás referido, com a interpretação actualmente efectuada por diversos autores, ao considerarem este tipo de comportamento como uma busca de independência por parte dos futuros pais, relativamente à família alargada, suportada pelos novos ideais defendidos nas sociedades ocidentais, onde os sistemas de educação e criação das crianças valorizam a individualidade e a autonomia dos pais (Brazelton, 2000; Kitzinger 1996).

Constatou-se, também, uma outra percepção dos profissionais de saúde no que concerne à gravidez não planeada, estando esta associada à falta de conhecimentos ou ao baixo nível de informação das mulheres, quer em relação aos métodos

contraceptivos, como ao funcionamento fisiológico do ciclo reprodutivo, como salienta um dos profissionais de saúde:

-“(...) temos outras mulheres, e que é uma percentagem muito elevada, em que a gravidez acontece (...) porque as mulheres não têm conhecimento do planeamento familiar (...) existem mulheres que não fazem ideia como funciona o seu corpo e como é que podem controlar a natalidade” (A6,P1,L6-7 e 8-9)

Poder-se-á, então, considerar que a valorização dada pelos intervenientes do estudo à gravidez não planeada, deve-se ao facto de nos depararmos com um fenómeno visto como potenciador de risco social, quando surgem problemas durante a gravidez, nomeadamente: a falta de condições económicas; uma organização familiar que encontra dificuldades em se reajustar a um novo membro; e ainda, os conflitos conjugais, quando o futuro pai não aceita uma nova gravidez, comprometendo-se, deste modo, a saúde física e mental da mulher e também o bem-estar do feto (DGS, Vigilância pré-natal e revisão do puerpério, 1993).

Tendo presente que nos primeiros meses de gravidez acontece o processo de identificação materna, em que a grávida procura referências nos modelos maternos mais próximos, para muitas mulheres surge a necessidade de reviver a sua própria infância, procurando e questionando a sua mãe, revivendo antigos conflitos com a mãe e a sentir, novamente, necessidade da mesma. Um dos profissionais de saúde identifica esta necessidade, mas como uma possibilidade “cortada” pelo afastamento da mulher da sua própria família alargada, dizendo:

-“(...) porque elas estão sozinhas cá, e portanto se tivessem o acompanhamento das mães talvez vivessem um pouco como tinha sido com as mães delas(...)” (B5,P1,L42-43)

Outros intervenientes, por sua vez, vêem a influência da mãe na grávida, de acordo com as vivências pessoais das mesmas, quando estiveram grávidas, como se expõe no seguinte testemunho:

-“(...)A experiência que a mãe tiver tido (...) a mãe, que tem um papel muito importante aí (...) Então se for negativa vai condicionar muito aquela grávida e a maneira como ela vai viver a gravidez.” (A1,P1,L36-38)

A relação com o parceiro assume grande importância durante a gravidez, pela troca de afectos e o apoio emocional, proporcionando à gestante um desenvolvimento harmonioso de todo o processo de adaptação à maternidade, ao receberem sinais de que são amadas e valorizadas. Por outro lado, a mulher tem necessidade de ter a certeza de que a criança é aceite pelo seu companheiro, assegurando a integração social do novo membro dentro do contexto familiar (Williams, 1999). Os profissionais de saúde não identificaram directamente nenhum destes aspectos, no entanto, um dos intervenientes quando se refere ao relacionamento conjugal utiliza o termo “união” e, pelo seu relato, poder-se-á concluir que tem em linha de conta estes aspectos:

- “(...) o levar a união[**relacionamento conjugal**] a uma coisa existencial, a união é uma coisa muito virtual, mas quando se tem um filho é uma coisa que se pega, que se toca, é a elevação do amor.” (B3,P1,L19)

Para a maioria dos intervenientes no estudo, a influência do parceiro na gravidez foi considerada na perspectiva de um desejo conjugal, quando se concretiza um segundo relacionamento, como se relata:

- “(...) quando há um segundo casamento ou uma segunda relação, essas pessoas também (...) querem ter um filho daquele parceiro.” (A2,P1,L14-16)

- “Entretanto já casaram outra vez e já têm mais filhos.” (B4,P1,L7)

Ou, então, essa influência manifesta-se quando o relacionamento está instável e um outro filho é encarado como uma consolidação da relação, como refere um dos entrevistados:

- “Muitas engravidam porque a relação com o companheiro está mal (...)” (A6,P1,L35-36)

Pela investigação que tem sido realizada nas últimas décadas, sobre o envolvimento dos parceiros ou companheiros das sociedades ocidentais durante a gravidez parto, verifica-se que estes apresentam vários tipos de respostas emocionais e de comportamentos, de acordo com as suas experiências com o próprio pai, as experiências que tiveram com o cuidar de outras crianças e da percepção que detêm dos papéis de homem e de pai, no seu quadro de referência cultural e grupo social que integram (Williams, 1999; Brazelton e Cramer, 2001). Direcção estas investigações apenas para a gravidez desejada pelo casal, encontram-se parceiros que,

por questões de ordem cultural, com raízes profundas ao longo da história ou por características pessoais de personalidade, se distanciam das actividades que a mulher desenvolve ao longo da gravidez, mais em particular, nas actividades relativas à vigilância pré-natal e cursos de preparação para o parto, tal como manifestam os intervenientes no estudo:

- *“Neste momento é assim (...) há aquelas pais que continuam na mesma, a não vir às consultas e não querem saber, estão perfeitamente afastados (...)”* (B1,P3,L86-87)
- *“(...) durante a gravidez eu não acho que eles ainda acompanhem muito (...) Não nas consultas de saúde materna, elas vêm quase sempre sózinhas.”* (A1,P3,L103-104)

Alguns dos profissionais de saúde, consideram que a ausência do parceiro, está associada a factores de ordem laboral, tal como se expõe:

- *“Raramente vêm [às consultas de vigilância pré-natal], mas eu penso que é pelos horários, porque é de manhã e estão a trabalhar (...)”* (B6,P3,L99-100)
- *“Nos últimos anos para cá, dois ou três anos, não é frequente os pais virem às consultas com as grávidas (...) Hoje em dia, por causa de todas as questões laborais, não tem sido frequente eles virem (...) Normalmente ou vêm sozinhas ou com a mãe, acabam por trazer outras pessoas a acompanhar.”* (A5,P3,L88-91)

Outros referem que os parceiros surgem pontualmente, por interesse pessoal ou pela valorização cultural dada ao sexo do filho, como se verifica neste testemunho:

- *“Durante a gravidez gostam de ir à ecografia, para ver se é menino ou menina (...) e é raro o que vem com a esposa à consulta.”* (B4,P3,L107-108)

Para um dos entrevistados, esse afastamento do parceiro, também é visível ao nível da colaboração nas tarefas domésticas, dizendo:

- *“Normalmente são elas que vêm sozinhas às consultas, são mulheres que apesar da gravidez avançada têm que gerir tudo em casa.”* (A2,P3,L108-109)

No comportamento atrás descrito, pode estar subjacente uma influência cultural marcada, ao longo de gerações nas famílias tradicionais das sociedades ocidentais, que consignavam o espaço doméstico como o local para se cuidar dos filhos, que segundo Fidalgo (2003) ao citar estudos de Murillo (1996), reforça a ideia de que apesar das

mudanças sociais, esta noção de cuidados ou tarefas domésticas se tornaram mais uma atitude, do que um conjunto de actividades a desempenhar.

Mas, também, se salienta a existência de parceiros que apresentam vontade de participar neste acontecimento que é desejado por ambos, envolvendo-se, como referem alguns dos profissionais de saúde:

- *“Quando comecei [a trabalhar, há 27 anos atrás] ninguém vinha à consulta, e agora quase ninguém não vem à consulta (...) Mesmo em classes mais desfavorecidas vêm (...) Pedem o papel [a justificação] porque têm que o apresentar no serviço, mas vêm (...) a maioria segue a gravidez e vem às consultas.” (B1,P3,L87-90)*

- *“Eu acho que é fundamental (...) Está presente (...) neste momento tenho um que está sempre presente, e até são um casal com menor nível académico (...) Muitos deles acompanham a parte final da preparação para o parto, com a enfermagem.” (B5,P2,L69;71-74)*

Estes parceiros podem, também, demonstrar interesse pelas necessidades de apoio que a mulher apresenta durante a gravidez, como refere um dos profissionais de saúde:

- *“Eles hoje em dia, já ajudam a mulher em casa, a não sobrecarregar tanto quando ela está grávida porque está mais cansada (...) eu noto que eles já colaboram bastante (...) É importante e valorizo.” (B6, P3,L136-137)*

Os companheiros que dão ênfase às diferentes actividades que a mulher executa, ao longo da gravidez, identificados como *“tutores ou gestores da gravidez”* (May, 1980, citada por Williams, 1996, p. 123), foram descritos por um dos profissionais de saúde, numa perspectiva menos construtiva do processo de adaptação da mulher ao seu novo papel de mãe. E, ao mesmo tempo, assumida a incapacidade do profissional saúde, em ajudar estes futuros pais a adaptarem-se ao seu futuro papel, dizendo:

- *“(…) há mudanças (...) Os companheiros estão cada vez mais a querer acompanhar, só que nós profissionais não estamos preparados para apoiar os companheiros (...) quando aparecem alguns companheiros, por vezes a grávida quase não fala, e eles é que sabem, e dizem e perguntam (...) dentro daqueles que acompanham a gravidez, acontece muita vez virem companheiros, que tentam quase que anular a grávida e eles é que sabem, eles é que dão as directrizes, e eles é que orientam (...) e muitas vezes não orientam bem porque eles não têm os conhecimentos necessários.(...) tanto aparecem de estratos sociais mais baixos como mais altos (...) e os de estratos sociais mais baixos são aqueles que tentam anular a*

grávida (...) Acho que têm uma necessidade de se imporem como chefes de família (...) eles é que querem mandar.” (A3,P3,L93-98 e 103-106)

As crenças, mitos e tabus e as práticas relativas à gravidez são ditadas por cada cultura e grupo social. Deve-se este facto, à importância que todas as sociedades atribuem a este estado da mulher, com o objectivo de proteger o feto e a futura mãe cuidadora da criança, após o seu nascimento. Surgem, assim, diversas prescrições e interdições à mulher grávida enraizadas em tradições, passadas de geração em geração, de família em família.

Na nossa sociedade actual, a influência destas crenças, mitos, tabus e práticas culturais, são percebidas pelos profissionais de saúde do estudo, como deram a perceber nos seus discursos. Para alguns dos intervenientes, estas influências ainda são muito evidentes, constatando-se a particular atenção dada às diferentes formas como estas se apresentam nas mulheres grávidas que cuidam durante a vigilância pré-natal, como relatam:

- *“(...) Acho que estão muito enraizados ainda (...) mesmo nas pessoas com uma formação superior, e cada vez temos mais mulheres com formação superior, bem informadas (...) mas aquilo que são os mitos e os tabus ainda continuam a ser reais.” (A1,P2,L44-47)*

- *“As crenças e os tabus estão lá na cabeça delas (...) As que têm um maior nível de formação, se calhar não as verbalizam, ficam lá com elas na cabeça e não dizem nada (...) As outras vão falando mais e nós vamos desmistificando.” (A4,P2,L50-52)*

- *“Mesmo que estejam afastadas, há sempre uns familiares que acabam por conseguir chegar a elas, e as crenças acabam por estar presentes. (...) Embora elas leiam nos livros e achem que não é assim, questionam sempre será que não é assim (...) Apesar de tudo, as crenças acabam por estar presentes (...)” (A6,P2,L71-73)*

Relativamente às interdições, prescrições e associações, os profissionais de saúde dão a perceber que as mulheres grávidas da nossa sociedade ainda são influenciadas pelas mesmas, no entanto, parece que esta influência é mais visível nos estratos sociais mais baixos, como referem, exemplificando algumas delas:

As interdições:

- *“(...) o que não podem fazer, ainda há muitos mitos e muitos medos relacionados com isto (...) se vêem um cão na rua até têm que atravessar para o outro lado? «as pessoas*

perguntam-me esse tipo de coisas. Isto é para evitarem o contacto com os animais» (...) “As senhoras que têm um grau de escolaridade mais baixo normalmente têm mais mitos, estão mais presentes (...) As mulheres com uma escolaridade superior não tanto.”

(A2,P1,L28-30 e P2,L 50-51)

As prescrições:

- **[Na higiene pessoal]** *“Também há a questão de lavar o cabelo, se podem ou não quando estão grávidas (...) porque muitas delas ainda pensam que não podem lavar o cabelo quando estão com o período e continuam na gravidez, com esta falsa concepção, e questionam sobre isto.”* **(A4,P2,L57-59)**

As associações:

- **[Aos sintomas que a mulher apresenta]** *“(...) relativamente à azia, se tiverem azia, o bebé vai ter muito cabelo (...) as pessoas ligam muito a esse tipo de crenças (...) o formato da barriga (...) e tudo isso condiciona muito as mulheres e elas ligam muito a esse tipo de tabus, porque são passados pelas gerações anteriores e têm muito poder.”* **(A1,P2,L54-57)**

- *“(...) mitos associados a sinais que podem aparecer no bebé, usarem botões ou medalhas nas algibeiras (...) o mito da forma da barriga e da agulha para ver se é menino ou menina.”* **(A2,P2,L57-59)**

- *“(...) elas preocupam-se, e eu acho isso muito engraçado, quando falamos da cinta, se o bebé não fica apertado(...) Ainda há aquelas coisas, tipo da forma da barriga determinam o sexo do bebé (...) perguntam se podem comer muita carne para ter rapazes (...) se comer mais legumes vão ter raparigas.”* **(B3,P1,L26-27 e P2,L76-79)**

- *“Por exemplo, ao nível da gravidez, um fio ou qualquer coisa em contacto com o corpo, se vai fazer um sinal ao bebé.”* **(A5,P2,L73-74)**

- *“Por exemplo, não pegar no gato ao colo por causa do pêlo (...) se têm azia é porque o bebé vem com cabelo.”* **(A6,P2,L73-74)**

A referência à sexualidade do casal, durante a gravidez, é aqui relatada de um modo muito particular. Surge, por um lado, a interferência que exerce no desenvolvimento emocional e psíquico da mulher durante a gravidez, e por outro, porque retrata uma dimensão importante na relação do casal, face à forte influência das crenças, mitos e tabus sobre o sexo, durante o período de gravidez, que muitas vezes provocam desajustes no relacionamento conjugal, como se expõe nos seguintes testemunhos dos intervenientes no estudo:

- “Mesmo a nível, por exemplo, da sexualidade (...) Um dos assuntos que concretamente aqui apanhamos na nossa consulta, e também na preparação para o parto, às vezes pedem-nos para esclarecer essa dúvida (...) na parte final da gravidez ter relações sexuais, se o bebé não pode ficar magoado (...) até a crença se o bebé está a ver aquilo que está a acontecer (...) as mulheres com formação superior acabam por ter necessidade de expressar e de ouvir que não...não tem problema...porque elas se calhar no fundo até sabem, mas precisam dessa confirmação.” (A1,P2,L47 e 49-54)

- [As relações sexuais] “(...) há ainda algumas coisas em relação às relações sexuais durante a gravidez (...) E então quando nós dizemos que antes de ter um parto, porque elas têm o colo mal preparado (...) nós lhes dizemos para ter relações, porque isso vai fazer com que melhore, e elas perguntam: ter relações antes do parto?(...)Ainda há este tipo de coisas (...) Tanto faz [o grau de informação que têm] ”(B3,P2,L81-84)

- “(...) Na ideia delas, elas não podem nos primeiros três meses ter relações sexuais (...) elas não colocam isto logo à primeira, mas é uma crença que está lá na cabeça delas e que nós vamos desmistificando ao longo do tempo.” (A4,P2,L54-57)

Considerou-se interessante verificar a percepção demonstrada pelos profissionais de saúde, relativamente às diferentes dimensões influenciadoras da vivência da sexualidade da mulher/ casal durante a maternidade, onde um dos intervenientes particulariza alguns dos comportamentos dos parceiros, referidos pelas próprias grávidas, durante a assistência pré-natal:

- “Em relação à parte sexual, quando eu fazia a preparação para o parto, notava que existe de tudo (...) Há mulheres que têm muita vontade de ter relações sexuais mas que os maridos não querem porque ela está grávida (...) Havia uma mesmo que dizia que tinha muito mais vontade, muito mais do que antes (...) E há aquelas que não precisam de ter relações porque já estão grávidas e já não é preciso (...) Mas nota-se que é mais fácil verbalizar se têm desejo sexual durante a gravidez.” [Os parceiros não querem ter relações sexuais com a mulher grávida] “Porque acham que a mulher grávida não é para mexer (...) Não é tanto pelo feto (...) É uma coisa sagrada. Está grávida, deixa estar (...) Muitas queixam-se que só queriam ter um pouco mais de atenção e contacto (...) Algumas dizem mesmo que nem lhes tocam.” (A6,P2,L74-79 e P3,L81-83)

Com efeito, durante gravidez, o casal deverá ajustar a sua actividade sexual, entre outros aspectos, às transformações físicas da mulher e ao modo como o interesse pelo sexo se pode ir modificando na mulher, ao longo da gravidez. Mas por outro lado, surge a própria reorganização psicológica do homem, face ao novo estado da sua companheira,

onde se salienta: o facto da mulher se transformar em mãe, género de pessoa com quem é proibido ter relações sexuais; perante fantasias e ideias de que o sexo pode magoar o feto ou que podem ser observados pela futura criança, como já foi referido pelos intervenientes neste estudo e, ainda, porque podem achar a companheira menos atraente (Macy e Falkner, 1981; Barbaut, 1990). São pois aspectos importantes a ser trabalhados pelos profissionais de saúde, mas que muitas vezes passam despercebidos, pelo envolvimento e constrangimento pessoal que o tema provoca no próprio profissional.

A luta pela autonomia e independência dos pais é vista pelos jovens casais de hoje, como um ganho conseguido com esforço e que trouxe muitas compensações que não pretendem abdicar. O emprego e o sucesso profissional, a relação conjugal independente, o nível de conhecimento e facilidade de aquisição de informação colidem com a inexperiência face à maternidade e com as diferentes etapas de adaptação psíquicas e sociais que os futuros pais se deparam durante o período da gravidez (Brazelton, 2000). Neste sentido, os jovens casais reagem ou têm dificuldade em aceitar a necessidade que sentem de regressarem ao calor, afecto e dependência dos seus pais, que no entanto, no ponto de vista do mesmo autor, este retorno à família capacita os futuros pais para uma interacção afectiva com o bebé, compensatória para todos.

As questões das crenças, mitos e tabus, para os jovens casais gestantes, são vistas como que desactualizadas ou sem fundamento, face à necessidade de se afastarem da pressão familiar e também pelos conhecimentos que foram adquirindo ao longo da formação académica e na procura de informação científica sobre os aspectos que envolvem a gravidez, como referem os profissionais de saúde:

- “Em relação aos tabus penso que isso já não têm muita expressão (...) confrontam-nos com o que viram ou leram se eu acho bem ou não fazerem, etc (...) Já não há esses mitos e crenças (...)” (B6,P3,L108-110)

- “Vêem, tentam saber se há algum fundamento (...) «a minha mãe disse que era assim, ou que devia fazer mas não sei se faço ou não» (...) Outras vezes a sensação de estar entre a mãe e a sogra, porque a mãe diz que é de uma forma e a sogra diz que é de forma diferente (...) Depois tentam com a enfermeira, na consulta, tirar a «prova dos nove» (...) e se a enfermeira diz que é assim que vou fazer.(...) Em relação a mitos (...) quando nós tentamos esclarecer e que realmente damos uma justificação plausível para aquilo ser assim acabam por aceitar (...) Já tem acontecido várias vezes questionarem, e nesta ambivalência entre mãe e sogra, ou mãe e avó, e para evitar conflito dizem a elas que sim e está tudo bem, e que fizeram exactamente o

que elas disseram e elas ficam descansadas (...) mas a grávida sabe que está a fazer o que está correcto.” (A5,P2,L65-82 e P3,L83-84)

-“Os casais novos querem mesmo afastar-se da família de origem (...) têm mesmo a noção que vão ser autónomos e não precisam da ajuda de ninguém e portanto se têm alguma experiência nem sequer valorizam.” (A6,P2,L67-69)

No entanto, em estratos sociais mais baixos, essa influência é percebida. Contudo, para os casais na idade adulta e com outro tipo de informação, a pressão familiar funciona mais como um obstáculo, do que como um contributo para a segurança dos futuros pais inexperientes na vivência da maternidade, como se pode perceber nos relato descrito:

- “Nos estratos mais baixos, sim (...) pessoas com mais idade, à volta dos trinta anos, já têm a sua ideia formada, são pessoas com mais independência, e não se deixam influenciar tanto pelas credices, já não vêm com essas perguntas, já não noto muito.(...) São pressionadas em casa pelos familiares e queixam-se que aquilo é uma maçada, não sabem como hão-de contornar aquilo (...) já não é virem com a informação de casa, é ao contrário (...) Absorvem a informação que lhes damos e depois em casa confrontam com aquilo que lhes vão dizendo [Comentam com a enfermeira] «realmente falei lá em casa porque a minha mãe disse qualquer coisa» (...)”(A3,P2,L66-73)

Outros profissionais de saúde, praticamente, já não se apercebem, mesmo em relação aos jovens casais pertencentes a estratos sociais mais baixos, como relatam:

-“Neste momento penso que aquelas classes mais desfavorecidas já não ligam muito a isso e muito raramente falam nisso (...) Mesmo agora já brinco muito com elas “então vai ter bebé em que lua?” e a maioria delas já não sabem, já não ligam muito (...) E nesta zona não tenho ideia que liguem muito a tabus ou a mitos.” (B1,P2,L54-57)

- “Não noto muito (...) só se for na mulher cigana, mas essa vem muito pouco (...) Vem no início, e no fim e às vezes nem no fim, só vem quando a criança já nasceu (...) Pelo menos aqui [não se nota muito] mas isto não é um meio rural, nos meios rurais isso nota-se muito mais.” (B5,P2,L47-49)

Relativamente, aos comportamentos que a grávida deve ter, face às prescrições ou orientações sociais impostas na sociedade ou grupo social onde se integra, um dos intervenientes têm a percepção de que, muitas vezes as grávidas desvalorizam as suas

experiências, conhecimentos e vontades, para se sentirem integradas e aceitas junto dos outros, isto é, dentro do seu círculo social, como se revela neste testemunho:

- *“Mas socialmente eu acho que as pessoas dentro do que manifestam muito é «isto é tudo diferente, eu não sei, isto já foi há tanto tempo, quando são nossos é diferente, porque as coisas são de outra maneira» (...) têm muito o medo de não ser bem vistas socialmente e acabam por procurar a informação e estar atentas às coisas para fazerem as coisas igual ao que os outros fazem (...) para serem vistas como os outros acham que deve ser (...) Embora não negligenciem o que sabem. [Imagem social] “(...) nota-se muito bem, quando na primeira aula do curso falamos sobre a motivação de estar ali, são muito poucas as que dizem que vieram porque se preocupam com a gravidez (...) a primeira coisa que dizem logo é que vieram porque o médico mandou, porque o médico aconselhou. “(...) quando começamos a explorar acabam por dizer que querem e que gostam (...)”(A3,P2,L46-51 e P2,L54-58)*

Quanto aos padrões de beleza estereotipados, em relação à futura criança, estes são percebidos como importantes, influenciadores e motivo de satisfação para a futura mãe e família, como se relata:

- *“Continuamos a ter o sonho de criança, de ter um bebé de olhos azuis e loiro.” (B1,P1,L23)*
- *“(...) tem a ver com a sociedade e com os padrões de beleza, digamos assim (...) A família também tem influência.” (A1,P1,L21e 35)*

Nas sociedades ocidentais face à dispersão da família alargada, especialmente nas zonas urbanas, as jovens e futuras mães participam cada vez menos nas práticas cuidativas às crianças, dificultando a aprendizagem para a maternidade. Porém, apesar de este aspecto ser considerado por um dos profissionais é, de certa forma, percebido como pouco importante, face às novas atitudes das futuras mães, como refere:

- *“(...) porque tiveram irmãos e viam o que a mãe fazia e tentam fazer (...) mas agora a maior parte delas é muito decidida e sabem fazer tudo e querem fazer tudo (...) Umhas vezes fazem bem outras vezes fazem mal (...)”(B4,P3,L102-104)*

Os intervenientes, quando questionados sobre como encaram a influência que as experiências pessoais adquiridas pela mulher têm no decurso da gravidez reportaram-se, especialmente, à situação de multigesta, dando ênfase à experiência negativa como

condicionante no aumento da ansiedade e receios durante a gravidez actual, como se descreve:

- “(...)mulheres que tenham vivenciado experiências negativas, quer da gravidez quer do parto, têm sempre uma expectativa diferente relativamente ao que vai acontecer, uma vez que existe a experiência anterior, e são sempre mais ansiosas, e expressam medos, muito mais medos do que uma que não tenha tido esse tipo de experiências (...) Acho que há muita influência.” (A1,P1,L32-35)

- “Se alguém tiver uma gravidez muito complicada já não está muito disposta a ter outro. Pensa, gostava de ter outro filho, mas não sei se isto vai correr bem, sofri um bocado com a outra (...) Acho que influencia, claro, se correu bem ou não (...) as experiências negativas influenciam muito mais do que as positivas (...) as negativas chocam mais (...) Têm muito mais poder.” (B2,P2,L86-88 e P3,L90 e 92)

Relativamente, à influência exercida pelas experiências dos familiares, amigos e vizinhos mais próximos da mulher grávida, mais uma vez, os profissionais de saúde constataam, a tendência da grávida em valorizar as experiências negativas dos outros, tal como efectua em relação às suas próprias experiências, como relatam:

- “(...) as experiências dos familiares (...) Mesmo nos cursos de preparação para o parto, uma coisa que nos apercebíamos, é que as grávidas valorizavam muito, sobretudo as experiências negativas, seja das amigas, seja da vizinha, da família, essas experiências têm um maior impacto e condicionam realmente a maneira como vivenciam [a sua gravidez]” (A1,P1,L37 e 39-41)

- “(...) nas famílias onde surgiram problemas há sempre muito mais receio (...) Há uma coisa interessante (...) se na família só houve cesarianas as mulheres têm muito medo do parto normal, e se ninguém na família teve parto normal, certamente não serão elas que vão ter.”(...) naquelas famílias que tiveram aborto, é um pouco complicado porque há um grande receio que volte a acontecer.” (A2,P1,L41 e P2,L41-45)

No que diz respeito à escolha dos profissionais de saúde para a vigilância da gravidez, a mulher também é influenciada pelos pareceres e experiências das outras grávidas, como se relata:

- “Depois há sempre aquelas coisas tipo: eu fazia assim, ou ia àquele obstetra (...) Acho que acaba por influenciar a escolha dos serviços de saúde.” (A2,P1,L39-41)

Em Portugal, como em muitas outras sociedades ocidentais, o parto é um acto realizado nos hospitais e maternidades estatais ou particulares. Esta realidade leva a que um dos acontecimentos mais marcantes da vida de uma mulher e da sua família seja vivido num ambiente desconhecido, cheio de aspectos burocráticos e normas de actuação aos quais a grávida e família vão estar sujeitos durante o internamento (Kitzinger, 1996). De facto, os profissionais de saúde dão a perceber a existência de uma necessidade prévia da grávida em se preparar para o momento do parto, informando-se e captando as experiências de outras mulheres que tiveram os seus filhos nos locais onde poderá acontecer o seu parto, como referem:

- *“Acho que uma das coisas em que se manifestam muito, é o local de escolha do parto (...) onde é que o bebé vai nascer? (...) As experiências com os familiares ou os conhecidos é uma das coisas, os defeitos, o que ouviram falar de uma determinada maternidade, aí nota-se muito essa influência (...)”*(A2,P1,L37-39)

Termina-se esta subcategoria fazendo referência a um outro domínio ou vertente influenciadora no processo de gravidez, sendo esta identificada pelos intervenientes como a exercida pelos próprios profissionais de saúde. De acordo com Kitzinger (1996), nas sociedades ocidentais há uma tendência em tornar a mulher, durante a gravidez e a maternidade, como objecto de cuidados médicos. Face ao avanço tecnológico e científico da medicina, nomeadamente da medicina materno-fetal, as famílias gestantes actuais procuram e sentem segurança no aconselhamento e orientação dos profissionais de saúde, independentemente de estarem a viver uma gravidez normal ou uma gravidez de risco para a mulher e/ou para o feto.

Pelos discursos dos intervenientes no estudo, constata-se esta valorização da orientação e aconselhamento dos profissionais de saúde, por parte da grávida, relativamente ao modo como deverão comportar-se, o que podem ou não fazer, entre outros aspectos relatados:

- *“(...) pode ir para a praia, com os devidos cuidados (...) pode fazer a vida normal (...) Se fuma deve deixar de fumar...ou pelo menos reduzir [Questões de ordem sexual] (...) a gravidez é uma situação normal, pode ter relações na mesma, até convém para não interferir na relação do casal (...) por exemplo dar a vacina do tétano a uma grávida, mas aceitam, se tiverem que fazer. (...) Há muito a ideia de logo pedir baixa [na gravidez normal] mas eu digo que pode trabalhar.”* (B2,P3,L100-102; 104 e 108-109)

- *“Uma das coisas que eu tenho a preocupação de dizer quando elas aparecem grávidas é que a gravidez não é doença (...) É um estado bom e devem andar felizes e contentes (...) E podem fazer tudo que não tem problema nenhum (...) Se têm hábitos tabágicos e alcoólicos devem deixar (...) Podem ter relações sexuais e fazem a sua vida normal (...) Peço para os maridos falarem com os bebés e lhes fazerem carícias.” (B6,P3,L104-108)*

- *“Durante a gravidez vem a parte médica e clínica, mas depois já vem a tradição.” (B1,P2,L70-71)*

No relato a seguir descrito, verifica-se, de certo modo, o “poder” do domínio científico na prescrição, que quando fundamentado pelo profissional de saúde, impõe-se à vontade da mulher grávida:

- *“Quando nós esclarecemos elas aceitam a situação (...) Acontece isso (...) em relação (...) ao uso da cinta, ou a meias de descanso, aquelas cuidados que vão focando e que às vezes dizem que não conseguem e põem alguns obstáculos.” (A5,P2,L77-79)*

A crença de que o médico especialista é mais competente que médico de medicina geral e familiar, é percebida pelos intervenientes, como explicam:

- *“(...) e por isso vão ao obstetra, é menos perigoso do que andar no médico de família [Crença de que o médico especialista é quem sabe] Mas é engraçado, as pessoas mais atrasadas a nível de formação, são as que procuram os obstetras (...) até lhes digo que o dinheiro que vão gastar no obstetra dá para o enxoval da criança, porque depois daqui são seguidas no hospital, por médicos do hospital. Mas ficam assim na dúvida.(...) Tenho gente aqui mais culta que adere mais a vir aqui [ao médico de clínica geral] ” (B2,P2,L73-74 e P3,L109-112)*

- *“(...) Eu tenho grávidas altamente diferenciadas que me preferem a mim como seguimento da gravidez (...) tenho grávidas de baixa diferenciação que preferem o obstetra (...) Não há consenso, não sei porquê.” (B3,P2,L52-54)*

No entanto, emerge a opinião de um dos profissionais de saúde, que se considera muito pertinente, se confrontada com diversos estudos, nomeadamente de Kitzinger (1996) e Figes (2001), sobre a possibilidade de o excesso de informação e de responsabilização perante um acontecimento natural, não se tornará mais um factor de preocupação e de ansiedade para a gestante, como se expõe:

- *“Eu acho que estamos a pecar um bocado por isso (...) as mulheres querem muito engravidar, e ter um filho mas estão cheias de medos. (...) Eu penso que responsabilizamos muito as mulheres, e durante a gravidez anulam-se completamente. “(...) nós, profissionais de saúde, também incutimos muitos deveres à grávida (...) já tenho conversado com as Sras. Enfermeiras, por exemplo, nós levamos uma gravidez toda a dizer, tem que amamentar o bebé, e aquela mulher que um mês, após o bebé nascer, não consegue amamentar fica deprimida.”(...) neste momento exageramos um bocado durante a gravidez, um apelo às competências da mãe, e a mãe vive a gravidez com a ideia que vai falhar e não consegue.”* (B1,P1,L33-34 e 37-38; P2,L46-51)

Deste modo, poder-se-á até conjecturar que, se o aconselhamento técnico não for adequado às características pessoais da grávida, ao seu contexto socioeconómico, cultural e familiar e negociado com a própria mulher, se se promoverá uma vivência emocional estável e gratificante para a mesma? Ou se, por outro lado, estarão a ser criadas novas práticas que irão ocupar o lugar de outras mais tradicionais?

Contextualiza-se, ainda, o facto de os CSP serem considerados o pilar central do SNS, onde são valorizadas as funções de promoção de saúde e prevenção de doença, nomeadamente ao nível da vigilância pré-natal e puerpério, objectivando-se, desta forma, que os cuidados prestados, durante a gravidez e o puerpério, conduzam a ganhos positivos na qualidade da saúde materna e fetal (DGS, 1993).

E foi nesta perspectiva que se analisou a valorização e a necessidade que alguns dos profissionais de saúde intervenientes no estudo demonstraram, em relatar, algumas das estratégias que implementam junto das grávidas:

- *“(...) a nossa especialidade é nós conhecermos muito bem as vivências, antes da mulher engravidar, porque sabemos, à partida, e isso tem a ver com a nossa experiência clínica, que esta mulher quando engravidar vai ser assim, porque realmente sabemos que elas têm vivências diferentes.(...) As etnias têm estas tradições e nós não podemos impor regras que sejam iguais para tudo o que é mulher. Cada uma tem as suas crenças.”* (B3,P1,L37-39 e P2,L73-74)

- *“(...) eu costumava ter uma consulta só de grávidas, que não tinham médico de família e tentava sempre juntá-las, aquele espaço era só para elas, e não era para mais ninguém, e elas gostavam porque dava para conversar com as outras, o que acontecia, o que sentiam, se o bebé mexia, e isso era muito interessante porque aprendiam umas com as outras. Era importante haver aquele espaço só para elas, e não ser misturado com mais ninguém. (...) E quando tinham algum problema sabiam que era comigo que vinham ter. E isso era interessante porque elas contavam as coisas que já tinham comprado para o bebé, e lá*

tínhamos a sala de espera mesmo ao lado e era ali que ficávamos à conversa, mesmo as mais novas ficavam ali de conversa com as outras.” (B4,P2,L52-60)

- “O facto de não ser uma gravidez planeada, nós vamos perguntando e vamos acompanhando mais de perto (...) Nós nas consultas tentamos ter sempre isso em conta [bem-estar da grávida] saber como estão, se estão bem, como se sentem, se têm cuidado com a alimentação (...) Mesmo a nível da auto-imagem, como está a correr (...) Nós tentamos incentivar durante, as consultas de preparação para o parto, que eles venham e que se apercebam como é que as coisas vão acontecer (...) Nós temos um panfleto que acompanha a gravidez de semana a semana e tem sempre uma mensagem, para além de descrever o que está a acontecer naquela semana, tem uma mensagem para o pai, a incentivar a participar e às vezes a compreender o que está a acontecer, porque é que a grávida em determinada fase está mais irritada do que noutra (...) mas a nível do casal, como eles não vêem acabamos por não ter o feedback.” (A5,P1,L17-18;P2,L43-45 e P3,L91-96)

Preocupações, medos e inseguranças

As novas e diferentes adaptações a que a mulher está sujeita ao longo do processo de gravidez, quer ao nível dos reajustamentos do seu próprio corpo, quer ao nível psicológico e emocional, fazem com que a gravidez se torne um período de conhecimento de si própria e de aprendizagem para o seu futuro papel de mãe (Brazelton, 2000). Todas estas transformações são vividas com preocupações, medos e inseguranças sobre diversos aspectos, que na ideia do autor supracitado, são sentimentos importantes, que no futuro darão lugar a outros sentimentos, como os de responsabilidade e amor pela futura criança. Perante os intervenientes do estudo, pretende-se compreender qual a percepção que têm do modo como as grávidas da nossa sociedade vivenciam estes anseios e inseguranças e em que aspectos assentam as suas principais preocupações.

Conjugando com o que já foi referido ao longo da análise desta categoria, nomeadamente sobre os motivos pessoais que levam a mulher da nossa sociedade a engravidar, toda a influência exercida pelo meio sociocultural e económico envolvente e os diferentes factores apresentados como condicionantes e influentes do processo de gravidez, com facilidade e justificadamente se depreende, que as principais preocupações, medos e inseguranças da mulher grávida se encontram relacionadas com o feto e futura criança. A vontade de se ter um filho perfeito e saudável, transforma-se na preocupação major e motivo de anseios, conduzindo a novas responsabilidades e

mudanças de comportamentos por parte da grávida, no sentido de evitar complicações e contribuir para o bem-estar do feto ao longo da gravidez, como relatam os profissionais de saúde:

- *“As primeiras preocupações que têm é com o bebé, é com o bem-estar, se ele está bem, em termos de malformações, se está tudo mais ou menos dentro dos parâmetros normais.”* (A4,P1,L28-29)

- *“Sem dúvida nenhuma ter um filho saudável (...) Apesar de quererem muito ter um filho, não querem um filho com deficiências (...) Querem ter um bebé bem, não querem que tenha deficiências físicas, nada.”* (B1,P1,L20 e 22-23)

A valorização e o investimento nos diferentes rastreios possíveis de se efectuarem durante a gravidez, também são referidos pelos intervenientes, como desejo manifestado pelas grávidas:

- *“As nossas grávidas hoje em dia passam uma gravidez muito atormentada, entre ter um filho saudável e não ter e todos os exames que ouvem falar. (...) É fazer a amniocentese ou não fazer uma ecografia a três dimensões ou não fazer, e como há uma faixa das mulheres que não tem acesso a isso, nem tem dinheiro, vive cheia de remorsos de não o fazer.”* (B1,P1,L26-27; 29-31 e 33-33)

- *“Eu vejo que hoje os jovens preocupam-se muito com o bem-estar da criança (...) Fazem tudo, todos os rastreios das doenças, nomeadamente das trissomias (...) às vezes pressionam e mesmo quando os exames não são participados (...) e custam muito dinheiro (...) mas elas querem fazer na mesma e informam-se pela Internet, e são preocupadas (...) por um lado é bom e por outro não é bom.”* (B5,P1,L18-19 e 20-24)

A mesma percepção em relação aos profissionais especializados, também foi referida e do seguinte modo:

- *“(...) e por isso há duas coisas que elas mais investem, é no pediatra e nos obstetras (...) Um casal pode ter pouco dinheiro, poupam para a casa, e para o carro, mas o filho é a melhor coisa que vão ter.”* (B2,P2,L56-57)

A alteração dos hábitos de vida que a mulher efectua, durante a gravidez, na tentativa de contribuir para a formação de uma criança saudável e perfeita é evidenciada pelos intervenientes, como se descreve:

- *“Nota-se nelas uma grande aderência a métodos de vida saudável para garantirem uma formação fetal e uma gestação saudável.” (B3,P1,L22-23)*

Neste sentido, a preocupação com a alimentação surge como uma das mais demonstradas pelas gestantes, com expõe um dos profissionais de saúde:

- *“Preocupam-se mais em tentar cumprir aqueles parâmetros mínimos de alimentação e de cuidados para terem uma gravidez saudável (...) Na fase inicial da gravidez há muita preocupação com que devem comer (...) Há muita preocupação com a alimentação.” (A2,P1,L24-28)*

Entre as principais preocupações com o feto manifestadas pelas mulheres grávidas, evidencia-se uma das tarefas desenvolvimentais do processo de gravidez, nomeadamente a formação do bebé imaginário ou o bebé fantasiado, onde estão subjacentes os ideais do ego materno (Canavarro, 2001; Brazelton e Cramer, 2001). Isto é, como que a futura criança fosse *“não só uma extensão do corpo da mãe, como uma extensão daquilo a que Kohut (1977) chamou a imagem grandiosa que a mãe tem de si própria.”* (Brazelton e Cramer, 2001, p. 27), que um dos profissionais de saúde exemplifica da seguinte forma:

- *“(...) dão muito importância às características do bebé em termos daquilo que elas idealizam (...) Se vai ser parecido com “A, B ou C” (...) preocupam-se com isso e têm sempre aquela coisa dos bebés bonitos.” (...) por exemplo, uma das coisas que também se nota é que, e eu já vi isso em algumas consultas, algumas mães em que nasceram bebés menos bonitos, aquele bebé ideal não é o mesmo, porque não corresponde aos ideais delas.” (...) se preocupam também muito com a imagem do bebé (...) com o peso, se o bebé é grande ou se é pequenino, essencialmente com isso.” (A1,P1,L18-25)*

O medo de errar, parece estar implícito neste “estar” de responsabilização e preocupação com um novo ser, em desenvolvimento dentro do corpo da própria mulher, como se expõe:

- *“(...) há aqueles medos se o filho é saudável ou não (...) ou se há alguma coisa com a gravidez, perguntam «será que foi alguma coisa que fiz ?»” (A2,P1,L30-31)*

E, também, se verifica a relação entre os mitos e os medos naturais e caracterizadores do período de gestação, de acordo com a percepção de um dos intervenientes:

- “(...) os mitos são mais comuns nos estratos sociais mais baixos (...) Mas aqueles medos de poder não estar tudo bem com o bebé, o medo do aborto, esses são iguais em todos os estratos sociais.” (A2,P2,L56 e 51-52)

A preocupação e a insegurança, sobre como cuidar do bebé, são notórias durante a gravidez e representam uma das etapas desenvolvimentais características do terceiro trimestre, direccionada para a reestruturação dos papéis e funções, anteriormente realizadas pela mulher/casal, perante a necessidade de integração de outros papéis e responsabilidades, relacionadas com o cuidar e educar do filho que se aguarda (Canavarro, 2001). O próprio feto começa, também, a contribuir para estas preocupações maternas, através dos seus movimentos e actividade cíclicas e com padrões específicos, que a mãe reconhece e reage em favor deles, dando-se assim, uma forma de interacção muito precoce entre mãe e filho, favorecendo o importante reconhecimento de o feto ser um ser real separado da mãe (Brazelton e Cramer, 2001).

Os profissionais de saúde relatam estes aspectos, manifestando a grande importância que as futuras mães, menos inexperientes com a maternidade, lhes atribuem, dizendo:

- “Depois a grande preocupação é no pós maternidade; é o cuidar do bebé (...) Geralmente no primeiro filho é o que gera mais medo ansiedade, que é o de não ter capacidade para cuidar do bebé, será que vou conseguir, será que vou conseguir ultrapassar, saber identificar (...)” (A1,P1,L25-28)

- “(...) as que são mães pela primeira vez têm muito receio de não conseguir tomar conta do bebé nos primeiros tempos.” (A2,P1,L25-26)

Associado às preocupações em como cuidar do bebé surgem outras, tanto nas primigestas como nas multigestas, relacionadas com a necessidade de ter disponível outros cuidadores da criança, após a licença da maternidade, em que a mãe tem que recomeçar as suas actividades laborais.

Estão aqui inerentes os aspectos de ordem económica e o afastamento da família alargada que já foram referidos anteriormente, e que voltam novamente a ser focados pelos profissionais de saúde, em termos de preocupação e responsabilidades acrescidas dos pais actuais e que são manifestadas, muito precocemente, no período da gravidez como referem:

- “(...) há uns anos atrás havia muito poucas mulheres a trabalhar fora de casa. Tinham os bebés e cuidavam até à escola e faziam o acompanhamento todo (...) Neste momento, a

mulher preocupa-se onde a criança vai ficar. É uma das primeiras preocupações (...) ainda estão os bebês em útero, e elas já estão a inscrevê-los nos infantários, depois vão parar as amas e há boas cuidadoras e menos boas cuidadoras. Por isso uma das grandes preocupações é a educação e a estadia logo de início. (...) As mães de hoje e os casais novos não têm nenhum apoio, muitos estão deslocados (...) com quem deixam?” (B5,P1,L16-18; 24-26 e 36-37)

- “Durante os meses de gravidez têm a preocupação de tentar organizar tudo para quando o bebê nascer as coisas estarem organizadas (...) a tentativa de criar na família uma rede que permita, numa fase inicial, dar algum apoio (...) depois, à posteriori, quando voltarem ao trabalho arranjar um infantário para o bebê.” (A5, P1,L36-37 e 34-36)

Ao longo dos nove meses de gravidez, as alterações fisiológicas da gravidez provocam rápidas e profundas mudanças no corpo da mulher. Todo o funcionamento interno do organismo da mulher, no sentido de se adaptar e gerar um novo ser chama a sua atenção, por um lado, pela sintomatologia que a mulher pode apresentar, como os desconfortos típicos de uma gravidez normal, como são exemplo: náuseas, vômitos, sonolência, pressão dos órgãos internos nos últimos meses, entre outros; e por outro lado, as alterações do corpo, em especial a partir do segundo trimestre, como o aumento evidente do abdômen, o engrossamento da cintura, o aumento do volume mamário, os edemas nos membros inferiores e face, etc (Macy e Falkner, 1981; Williams, 1999).

O modo como cada mulher encara estas alterações corporais quotidianas é influenciado pelos seus valores, pelas forças socioculturais e pela própria personalidade da mulher. No entanto, verifica-se que uma aceitação corporal frequentemente positiva no primeiro trimestre é, muitas vezes, alterada por sentimentos mais negativos em relação à imagem corporal que se vai adquirindo (Williams, 1999; Corbett, 2006). A questão da aparência exterior, leva a que as mulheres vivenciem as mudanças do seu corpo, ao longo da gravidez, com sentimentos ambivalentes. Para algumas mulheres, que se orgulham de uma silhueta elegante, pode haver um certo desagrado ao se observarem com uma distensão acentuada do ventre, outras que já se consideram gordas, podem ressentir-se com o aumento ainda mais visível e significativo do seu volume corporal, independentemente do orgulho e da vontade que sentem em ter e em gerar um filho (Macy e Falkner, 1981).

Quanto à percepção que os profissionais de saúde demonstram em relação ao modo como as mulheres vivenciam estas alterações corporais, constata-se que as preocupações, medos e inseguranças relacionadas com a própria mulher, parece que se

manifestam de diversas maneiras. Para alguns, a mulher em si, parece ficar para segundo plano, face às preocupações anteriormente descritas, como se relata:

- *“Durante a gravidez não há essa preocupação [com a própria mulher] nem com o peito, isso surge depois (...) isso surge mais no pós parto (...) Primeiro é o bebé, claramente.”* (A2,P1,L33-34)

- *“ (...) apesar de nós às vezes falarmos dos cuidados a ter, das meias elásticas, da cinta (...) a maioria, e estamos a falar na generalidade, não se preocupa tanto com a imagem, mas sim, com o problema de vir ou não um filho saudável.”* (B3,P1,L25-28)

- *“Não, para elas não (...) até porque é uma das coisas que eu invisto um bocado e insisto bastante durante as aulas de preparação para o parto é precisamente estimular o auto cuidado, a auto imagem (...) Incentivo nesse aspecto, justificando o bebé, «vocês vão querer que os vossos filhos tenham umas mães bonitas e bem cuidadas, e os vossos companheiros também vão querer que vocês continuem com bom ar» (...) como se não fosse só por causa delas, portanto cuidarem tendo em conta os outros, senão possivelmente não se entusiasmassem muito.”* (A3,P1,L25-30)

Inclusive, o bem-estar da mulher enquanto grávida, é encarado na perspectiva de uma necessidade do feto, como se relata:

- *“(...) quando engravidam, a maior parte delas, são muito cuidadosas com tudo (...) Deixam de fumar e de beber (...) outras que fumam «coisas que não devem» tentam deixar de o fazer (...) Eu penso que elas quando se preocupam e fazem os exames e vêem o que podem e não podem comer, que também se estão a cuidar a elas porque sabem se estiverem bem o bebé vai estar bem (...) É nas duas vertentes (...) «Eu vou deixar de fumar porque o fumo faz mal ao meu bebé, portanto se o bebé estiver bem eu também vou estar bem»”* (B4,P1,L38-39 e P2,L44-47)

Para outros profissionais de saúde, a preocupação com a auto-imagem é demonstrada pelas grávidas, como relatam:

- *“(...) Eu tenho um ficheiro muito jovem com mulheres muito jovens e essas preocupam-se muito com a imagem (...) e começam logo a ter a preocupação para o parto, que começa aqui, e essa também já é uma preocupação com a imagem delas (...) os cremes para as estrias, a alimentação (...) elas preocupam-se muito quando já estão a engordar mais um bocadinho(...) mesmo aquelas com menor grau académico.”* (B5,P1,L33-35 e 37-39)

- *“Sim, eu penso que sim (...) Elas vão perguntando (...) nós vamos tentando desmistificar um pouco, que a aplicação do creme durante a gravidez é muito importante, mas que é sobretudo uma medida de conforto, se a estrias tiverem que aparecer de uma forma geral desaparecem*

[mas] As principais preocupações são centradas no bebé. “(...) algumas que praticam exercício físico continuado, perguntam (...)”(A5,P2,L43; 48-50 e 86-87)

- “Algumas das mais novas, estão mais sensíveis à questão da auto-imagem, e ficam com um ar como que houve um clique e dizem, «pois é!» (...) As mais velhas têm que ser mais incentivadas nesse aspecto.” [como que a manifestação das preocupações por ela própria exigissem mais intimidade para puderem ser manifestadas] “Se nós «puxamos muito a corda» têm grandes preocupações com elas próprias, com a questão da auto-estima e da auto-imagem (...) porque são mulheres que se habituaram a uma certa imagem que agora se encontra alterada, como o peso, como os cuidados da pele.”

(A4,P1,L29-32)

Surge, também, a percepção de que a auto-imagem, muitas vezes afectada, se deve ao facto das mulheres não estarem familiarizadas com a condição de gravidez ou por falta de conhecimentos sobre se estão perante alterações permanentes ou temporárias do seu corpo, é percebida da seguinte forma por um dos intervenientes:

-“(...) com o que lhes vai acontecer a elas (...) a preocupação é muito centrada nelas (...) porque aumentaram não sei quantos quilos, não têm nada que lhes sirva, vomitam, já não conseguem fazer as coisas que faziam (...) portanto não valorizam muito como sendo uma alteração que ocorre e depois reverte (...) Só valorizam porque naquele momento elas passaram a ser assim.” (A6,P1,L41 e P2,L 45-46 e 48-51)

Ainda nesta perspectiva, de a mulher se preocupar consigo própria, quando as questões colocadas pelas grávidas são no âmbito da sexualidade, parece emergir a necessidade de existir alguma proximidade relacional entre a mulher e o profissional de saúde, como relata um dos intervenientes:

- “São tudo alterações que têm que elas verbalizam (...) as necessidades que são um pouco alteradas, como a questão da sexualidade, se podem ou não [ter relações sexuais] mas não no imediato, porque tem que se conhecer bem aquela mãe.” (A4,P1,L32-35)

Porém, parece que, na maioria das vezes, as questões da sexualidade, quando manifestadas são, especialmente, no sentido do bem-estar do feto:

- “Questionam se podem ou não ter actividade sexual [durante a gravidez] se prejudica o bebé (...)”(A5,P3,L86)

Relativamente ao momento do parto, os profissionais de saúde identificam-no como um motivo de preocupação manifestado pelas grávidas, porém não o focalizaram nesta subcategoria, com a mesma ênfase que o fizeram anteriormente. Os relatos aqui enquadrados foram os seguintes:

-“(...) preocupam-se muito com o parto (...)”(A2,P1,L25)

- “ O medo do parto (...) O parto como vai ser (...)”(A5,P1,L34 e 38)

A procura de informação por parte da grávida, para se actualizar e abarcar o maior número de esclarecimentos e conhecimentos sobre os aspectos que envolvem a gravidez e o feto, são uma forma de tentar ultrapassar as diferentes preocupações, dúvidas, receios e inseguranças com que se vai deparando. Esta busca de informação é encarada nesta subcategoria, pelos intervenientes do estudo, de uma forma dicotómica, podendo ser benéfica ou pelo contrário aumentar os níveis de ansiedade, como referem:

-“O que nós estamos agora a notar muito frequente, como há um grande acesso à informação, devido à Internet e à comunicação social, porque é muito fácil hoje em dia investigar seja o que for (...) Muitas vezes deparamos que somos “bombardeadas” com perguntas de uma mulher mais diferenciada, porque nos pergunta A, B, ou C (...) A acessibilidade à informação não quer dizer melhor informação (...) o que às vezes nos deparamos também é com falsas ideias, que muitas vezes temos que desmistificar.” (B3,P2,L42-45 e 47-48)

- “Isto passa muito pela nossa comunicação social, que cada vez mais apresenta os grandes dramas da saúde, e penso que as mulheres vivem muito ansiosas de poderem ter um filho com deficiências. (...) E depois penso que casais mais diferenciados e os menos diferenciados também, nesta fase da gravidez, querem muito informar-se. Procuram muitos sites na Internet e várias coisas, o que os destabiliza muito (...) Eu penso que quando comecei a trabalhar nesta área, há dez anos sobretudo, a gravidez era uma coisa feliz e ter um bebé era ser feliz. E com os poucos meios que havia as pessoas eram muito mais tranquilas, agora não. (...) A grande influência é a televisão e a Internet, mas tudo relacionado com a saúde do bebé.”(...) porque às vezes têm boas experiências da primeira gravidez e não têm problemas na família, ou doenças congénitas e as pessoas vivem aquela gravidez com medo de tudo.” (B1,P1,L20-22;24-29;P2,L43-44 e L60-61)

Talvez devido à facilidade no acesso à informação, um dos intervenientes tenha a seguinte percepção:

- *“Elas não se têm apresentado com muitas dúvidas (...) Eu tenho a impressão que há uns anos atrás havia mais a necessidade de se explicar o que era a gravidez, a evolução, o que era o parto, os cuidados para o parto (...) Agora já não apresentam tanta dúvida.(...) Mesmo com a amamentação, todas estavam muito receptivas para amamentar sem problemas (...) já não é preciso estar a mostrar as vantagens de amamentar.”* (B6,P2,L57-59 e L74-76)

No entanto, os intervenientes também que reconhecem que muitas mulheres não têm as mesmas facilidades no acesso à informação, como referem:

- *“Em relação à mulher que não tem tanto acesso à informação, como está nesse aspecto mais ignorante em relação às coisas com que se possa preocupar, somos nós que a temos que alertar (...) somos nós próprias é que temos que perguntar, porque elas nem sequer pensam em relação a determinadas coisas e não querem omitir porque não têm opinião sobre isso.”* (B3,P2,L45-50)

Pelo exposto, poder-se-á concluir, que a facilidade de informação surge como um complemento para todos, no sentido de reduzir os medos e as preocupações de alguns pais e de facilitar a intervenção dos profissionais de saúde junto das mulheres, ao longo do processo de gravidez, promovendo uma adequada adaptação à maternidade. Porém, surgem algumas condicionantes para as quais os profissionais de saúde parecem estar alertados, nomeadamente, quanto ao excesso de informação mal conduzida e assimilada pelas grávidas. Este tipo de informação, para além de aumentar a ansiedade às mesmas, pode levar a comportamentos incorrectos, se não forem abordados e esclarecidos junto dos profissionais de saúde, como mostram pelas suas experiências ao cuidarem das grávidas em CSP.

Termina-se esta subcategoria, levantando duas questões que emergem da análise dos relatos dos intervenientes do estudo perante as questões colocadas, e da pesquisa de outras investigações consultadas:

- A procura de informação sobre os assuntos relativos à gravidez, será apenas mais uma fonte que a grávida encontra para dar resposta às suas dúvidas ou estamos perante um comportamento de refúgio, face à dificuldade em comunicar os aspectos mais íntimos relativos à gravidez com pessoas estranhas, mesmo que habilitadas para responder adequadamente?
- A facilidade de acesso à informação poderá estar a tornar-se num futuro meio de aquisição de novos mitos ou crenças, perante a necessidade que os profissionais de

saúde manifestam em desmistificar informação incorrecta e adquirida pela grávida pelos meios de comunicação, nomeadamente a Internet?

Quadro nº 5 – Síntese da categoria *Construção dos processos de gravidez e de maternidade na sociedade contemporânea*

Subcategorias	Síntese
<p>Perspectiva individual</p>	<p>Verifica-se uma concordância de opiniões, em considerar que o desejo de engravidar representa uma realização do processo de amadurecimento da mulher, desde a sua infância até à idade adulta, expressa numa vontade planeada e que necessita de ser concretizada.</p> <p>Há uma tendência em situarem, a vontade ou desejo pessoal da mulher que pretende viver a maternidade, numa dimensão quase que sobrenatural ou então inata, desvalorizando-se a dimensão social, onde se integra toda a aprendizagem da mulher ao longo da sua vida.</p> <p>No entanto, as percepções referidas como perspectivas individuais mantêm, como pano de fundo, uma perspectiva social.</p> <p>É visível o modelo socialmente aceite e de referência, de que ter-se um filho deve acontecer no casamento, sendo através deste modelo, que alguns dos profissionais de saúde dão a perceber, nas suas respostas, o facto da vontade da mulher em engravidar manter-se, independentemente do tipo de família que integram.</p> <p>Reflecte-se a tendência dos profissionais de saúde de CSP, em percepcionarem a singularidade da gravidez de cada mulher, num contexto social e familiar.</p>
<p>Perspectiva social</p>	<p>Os motivos que levam as mulheres da nossa sociedade a engravidar, emergem de uma decisão conjunta do casal, parecendo existir uma certa consonância em se considerar, como justificação, a perpetuação da família.</p> <p>Constata-se uma associação entre o atraso na idade da mulher engravidar e a profissionalização da mulher.</p> <p>No entanto, mantém-se a ideia de a gravidez acontecer dentro do casamento, apesar da diversidade dos tipos de família existentes na nossa sociedade contemporânea.</p> <p>Pelos relatos descritos, parece que um casal sem filhos não constitui uma verdadeira família onde a pressão social exercida pela família alargada, pelo círculo de amigos e pelas directrizes e comportamentos impostos pela própria sociedade, levam a mulher e o casal a sentirem-se que não são bem aceites, de certa forma, como que uma família incompleta quando decidem não ter filhos, como que subjugados a um padrão cultural.</p> <p>Evidencia-se uma certa pressão social, mesmo quando retardam a natalidade, visto que o filho representa a integração social do indivíduo e do casal.</p> <p>E ainda, a pressão exercida à própria mulher, dentro do seio familiar mais restrito, como a efectuada pelo cônjuge ou pelo filho único, em querer um irmão.</p> <p>Actualmente, face à transformação dos fenómenos socioeconómicos, valores e interesses sociais e culturais com que se debatem as mulheres das sociedades contemporâneas, verifica-se alterações no modo como utilizam o seu período reprodutivo. De facto, os intervenientes do estudo parecem</p>

<p>Perspectiva social</p>	<p>ter em linha de conta estas alterações, fazendo alguma relação entre as idades em que normalmente acontece a primeira gravidez e os motivos principais deste acontecimento.</p> <p>Entre as <u>mulheres que engravidam mais cedo</u>, encontram-se as grávidas adolescentes, onde são expressos os actos inconsequentes das mesmas: preocupadas com o momento e com a necessidade de agradar; pela necessidade de se afirmarem; pela incapacidade de planear o futuro e pela impulsividade, que as conduzem a ter relações sexuais sem segurança, independentemente do nível de informação que têm sobre os métodos contraceptivos. São também referidas as crenças típicas dos adolescentes; valorizados os factores de natureza cultural, nomeadamente quando a adolescente pertence a um determinado grupo étnico ou a comunidades familiares, onde a gravidez e a maternidade precoce são aceites de forma natural e positiva, independentemente das consequências que esta situação possa provocar na saúde da jovem mãe e futura criança; identificados como importantes os factores de natureza socioeconómica, onde se constata que a pobreza e os ambientes familiares conflituosos e desajustados, aumentam o risco de ocorrência de gravidez na adolescência; e também, a ideia de que a gravidez não planeada ocorre mais cedo, face ao período reprodutivo da mulher.</p> <p><u>Mulheres a engravidarem tarde</u>, face ao seu período reprodutivo, é uma evidência apontada, podendo estar associada à formação profissional da mulher, mas também, se associa o atraso da primeira gravidez às questões socioeconómicas, realçando-se o facto de que o peso da responsabilidade em criar uma criança da melhor maneira, implica custos económicos. A mesma razão, também influencia o número de filhos que cada casal decide ter ou programar.</p> <p>O oposto também é referido, isto é, a gravidez acontecer sem ser planeada e associada ao factor económico.</p> <p>O adiamento da gravidez para os anos mais próximos do final do período de reprodução, mais propriamente após os 35 anos de idade, é considerado pelos intervenientes, como do conhecimento das mulheres e motivo de apreensão para as mesmas. A ligação entre o engravidar tarde e o desejo do casal, no contexto de uma segunda relação conjugal da mulher e a opção de se ter mais um filho é outra das razões patentes.</p> <p>Relativamente às <u>mulheres que optam por não engravidar</u>, esta decisão da mulher é um reflexo da orientação cultural adquirida no seio familiar, ao longo do seu crescimento e desenvolvimento; é uma expressão do seu grupo social sobre o desempenho feminino, das suas expectativas sociais face à maternidade, da sua vivência conjugal, e de outras responsabilidades assumidas e interesses pessoais.</p>
<p>Factores influenciadores na gravidez</p>	<p>A necessidade de organização familiar e estabilidade económica surgem novamente, mas agora, centradas na preocupação dos pais em relação aos cuidados, educação e responsabilidades a ter perante a futura criança.</p> <p>O afastamento da família alargada, nomeadamente dos futuros avós, implica uma preocupação precoce dos futuros pais, no encontrar atempadamente, outros prestadores de cuidados para o seu futuro filho.</p> <p>A falta de conhecimentos ou nível de informação das mulheres, quer em relação aos métodos contraceptivos, como ao funcionamento fisiológico do ciclo reprodutivo, é visto como um factor influenciador da gravidez não planeada.</p> <p>Para muitas mulheres surge a necessidade de reviver a sua própria infância, procurando e questionando a sua mãe, revivendo antigos conflitos com a sua mãe e a sentir novamente necessidade da mesma, estando esta necessidade cortada, face ao frequente afastamento da mulher da sua família alargada. Outros intervenientes, vêm a influência da mãe na</p>

Factores
influenciadores
na gravidez

grávida, de acordo com as suas vivências enquanto grávida.

A influência do parceiro na gravidez foi vista, mais como um desejo conjugal, quando se concretiza um segundo relacionamento, ou quando o relacionamento está instável e um outro filho é encarado como uma consolidação da relação.

Entre os diferentes tipos de parceiros referidos, encontram-se aqueles que, por questões de ordem cultural, com raízes profundas ao longo da história ou por características pessoais de personalidade, se distanciam das actividades que a mulher desenvolve ao longo da gravidez, mais em particular, nas relativas à vigilância pré-natal e cursos de preparação para o parto. Outros profissionais de saúde, consideram que a ausência do parceiro, está associada a factores de ordem laboral. Ou então, se comparecem, fazem-no pontualmente, por interesse pessoal ou pela valorização cultural dada ao sexo do filho. Este afastamento também se manifesta ao nível da falta de colaboração nas tarefas domésticas.

Mas também há parceiros que se envolvem e participam neste acontecimento que é desejado por ambos; ou pela demonstração de interesse pelas necessidades de apoio que a mulher apresenta, durante a gravidez. Os companheiros que dão ênfase às diferentes actividades que a mulher executa, ao longo da gravidez foram, por alguns dos intervenientes, descritos numa perspectiva menos construtiva do processo de adaptação da mulher ao seu novo papel de mãe. Mas, por outro lado, foi de igual modo, assumida a incapacidade do profissional saúde, em ajudar estes futuros pais a adaptarem-se ao seu futuro papel paternal.

A influência das crenças culturais e práticas acerca da gravidez nas gestantes, para alguns profissionais de saúde, ainda são muito evidentes, chegando a darem exemplos das mais frequentes e demonstrando que surgem de diversas formas e associadas a vários aspectos. Outros profissionais de saúde, praticamente, já não se apercebem delas, surgindo a perspectiva de que para os jovens casais gestantes, as questões das crenças, mitos e tabus são vistas como que desactualizadas ou sem fundamento, face à necessidade de se afastarem da pressão familiar, pelos conhecimentos que foram adquirindo ao longo da formação académica e, também, pela procura de informação científica sobre os aspectos que envolvem a gravidez.

Relativamente aos comportamentos que a grávida deve ter, face às prescrições ou orientações sociais impostas na sociedade ou grupo social onde se integra, há a percepção de que, muitas vezes as grávidas desvalorizam as suas experiências, conhecimentos e vontades, para se sentirem integradas e aceites junto dos outros, isto é dentro do seu círculo social. Os padrões de beleza estereotipados são também percebidos, como importantes para a mulher enquanto grávida.

Nas sociedades ocidentais face à dispersão da família alargada, especialmente nas zonas urbanas, as jovens e futuras mães participam cada vez menos nas práticas cuidativas às crianças, dificultando a aprendizagem para a maternidade. Porém, apesar de este aspecto ser considerado é, também, percebido como pouco importante face às novas atitudes das grávidas actuais.

Perante a influência que as experiências pessoais adquiridas pela mulher têm no decurso da gravidez os discursos obtidos reportaram-se, especialmente, para a multigesta dando-se ênfase à experiência negativa, como condicionante no aumento da ansiedade e receios durante a gravidez actual.

Do mesmo modo e, independentemente de se tratar de uma primeira gravidez ou não, a mulher grávida enfatiza as experiências negativas dos outros, nomeadamente dos familiares, amigos e vizinhos mais próximos.

Verifica-se, também, uma necessidade prévia da grávida em se preparar

<p>Factores influenciadores na gravidez</p>	<p>para o momento do parto, informando-se e captando as experiências de outras mulheres que tiveram os seus filhos nos locais onde poderá acontecer o seu parto.</p> <p>Face ao avanço tecnológico e científico da medicina, nomeadamente da medicina materno-fetal, as famílias gestantes actuais procuram e sentem segurança no aconselhamento e orientação dos profissionais de saúde, independentemente de estarem a viver uma gravidez normal ou uma gravidez de risco para a mulher e/ou para o feto.</p> <p>Quanto à escolha dos profissionais de saúde para a vigilância da gravidez, a mulher também é influenciada pelos pareceres e experiências das outras grávidas. Surge, também, a crença de o médico especialista ser mais competente que médico de clínica geral.</p> <p>Objectivando-se um nível de cuidados prestados, durante a gravidez e o puerpério, que conduzam a ganhos positivos na qualidade da saúde materna e fetal, os profissionais de saúde intervenientes no estudo, referem e valorizam algumas das estratégias que implementam junto das grávidas.</p>
<p>Preocupações, medos e inseguranças</p>	<p>As principais preocupações, medos e inseguranças da mulher grávida se encontram relacionadas com o feto e futura criança. A vontade de se ter um filho perfeito e saudável, transforma-se na preocupação major e motivo de anseios, conduzindo a novas responsabilidades e mudanças de comportamentos por parte da grávida, no sentido de evitar complicações e contribuir para o bem-estar do feto ao longo da gravidez. Também se evidencia a valorização e o investimento nos diferentes rastreios possíveis de se efectuar durante a gravidez e o investimento nos profissionais especializados.</p> <p>A alteração dos hábitos de vida, contribuindo para a formação de uma criança saudável e perfeita é percebida pelos intervenientes, onde a preocupação com a alimentação surge como uma das mais demonstradas pelas gestantes. O medo de errar, parece estar implícito neste “estar” de responsabilização e preocupação com um novo ser em desenvolvimento dentro do corpo da própria mulher. Também, se verifica a relação entre os mitos e os medos naturais e caracterizadores do período de gestação, independentemente do estrato social da gestante.</p> <p>A preocupação e a insegurança sobre como cuidar do bebé, são notórias quando se aproxima o fim da gravidez. Estes sentimentos devem-se à reestruturação dos papéis e funções anteriormente realizadas pela mulher/casal, perante a necessidade de integração de outros papéis e responsabilidades relacionadas com o cuidar e educar do filho que se aguarda, e que são expressos com maior intensidade pelas futuras mães, menos inexperientes na maternidade. Associado às preocupações em como cuidar do bebé surgem outras, tanto nas primigestas como nas multigestas, relacionadas com a necessidade de se incluir outros cuidadores da criança, após a licença da maternidade, em que a mãe tem que recomeçar as suas actividades laborais. Estão aqui inerentes os aspectos de ordem económica e o afastamento da família alargada, que já foram referidos anteriormente, e que voltam novamente a ser focados pelos profissionais de saúde, em termos de preocupação e responsabilidades acrescidas dos pais actuais e que são manifestadas, muito precocemente, no período da gravidez.</p> <p>Quanto à percepção que os profissionais de saúde demonstram em relação ao modo como as mulheres vivenciam as mudanças do seu corpo, ao longo da gravidez, parece que as preocupações, medos e inseguranças relacionadas com a própria mulher, se manifestam de diversas maneiras. Alguns dos intervenientes, consideram que a mulher parece ficar para segundo plano, face às preocupações anteriormente descritas. Inclusive, o bem-estar da mulher enquanto grávida, é encarado na perspectiva de uma necessidade do feto; assim como as questões da sexualidade, quando</p>

Preocupações, medos e inseguranças	<p>manifestadas, são no sentido do bem-estar do feto.</p> <p>Para outros profissionais de saúde, a preocupação com a auto-imagem é demonstrada pelas grávidas, manifestando-se muitas vezes através de sentimentos negativos, por as mulheres não estarem familiarizadas com a condição de gravidez ou por falta de conhecimentos sobre se estão perante alterações permanentes ou temporárias do seu corpo.</p> <p>Ainda nesta perspectiva, da mulher se preocupar com ela própria, quando as questões colocadas pelas grávidas são no âmbito da sexualidade, parece emergir a necessidade de existir alguma proximidade relacional entre a mulher e o profissional de saúde.</p> <p>A procura de informação por parte da grávida, para se actualizar e abarcar o maior número de informações e conhecimentos sobre os aspectos que envolvem a gravidez e o próprio feto, parece ser uma das possíveis tentativas de se ultrapassar as diferentes preocupações, dúvidas receios e inseguranças, com que se vai deparando. Esta busca de informação é vista, pelos intervenientes do estudo, de uma forma dicotómica, podendo ser benéfica para a grávida ou, pelo contrário, aumentar os seus níveis de ansiedade. No entanto, os intervenientes no estudo, também reconhecem que muitas mulheres não têm as mesmas facilidades no acesso à informação, dando a perceber a necessidade de adequar outras formas de intervenção, junto destas mulheres.</p> <p>Perante o descrito, levantam-se duas questões: (1) se a procura de informação sobre a gravidez será, apenas, mais um meio para esclarecimento de dúvidas ou a manifestação de um comportamento de refúgio, pela inibição na abordagem de assuntos da intimidade da grávida/casal, junto de estranhos? (2) a informatização e o acesso rápido a este tipo de informação poderá ser indicativo de novos mitos ou crenças?</p>
------------------------------------	--

1.2 – O EXERCÍCIO DA MATERNIDADE

Após o nascimento da criança, a mulher necessita integrar a nova identidade materna, reavaliando todo o percurso até então realizado, ponderando as perdas e os ganhos que a maternidade introduziu e aceitando as mudanças envolventes, sendo todo este desenvolvimento característico do período de puerpério. No caso das múltiparas, acrescem outras preocupações, nomeadamente a de ser ou não capaz de cuidar de outra criança, ao mesmo tempo, e a capacidade de amar os dois filhos de igual modo (Canavarro, 2001). Associado à componente psicológica atrás referida, o corpo da puérpera após o parto, sofre mudanças fisiológicas abruptas, se comparadas com um percurso de nove meses relativos à gravidez. Num período aproximado de seis semanas, dá-se o retorno dos órgãos reprodutores e estruturas associadas; ocorrem grandes alterações hormonais e dos sistemas nervoso, músculo-esquelético, tegumentar e imunitário; acontecem mudanças importantes ao nível dos aparelhos circulatório, digestivo, urinário e o retorno da tonicidade da musculatura abdominal (Cashion, 1999).

Todas estas mudanças fisiológicas normais e necessárias para que a mulher regresse ao seu estado pré-gravídico ocorrem, ao mesmo tempo, que o exercício da maternidade. Em particular, as mães que amamentam os seus bebés e que tiveram partos por via vaginal, sem complicações para a mulher e para o recém-nascido, amamentam o seu bebé na primeira ou segunda hora a seguir ao parto.

Relembrando o que já foi referido no subcapítulo anterior, sobre todo o percurso de desenvolvimento e aprendizagem realizado pela grávida para se capacitar ao papel de mãe, após o nascimento da criança, pretende-se nesta categoria *Exercício da maternidade*, perceber como os profissionais de saúde entendem as respostas maternas às diferentes actividades e responsabilidades que enfrentam nos primeiros tempos da maternidade, sendo a análise do discurso dos intervenientes efectuada com base em quatro subcategorias, os saberes adquiridos, as tradições culturais, o papel do pai e o papel dos profissionais de saúde, conforme descritas no quadro nº 6.

Quadro nº 6 – A categoria *O exercício da maternidade* e as subcategorias delineadas

Categorias	Subcategorias
O exercício da maternidade	Saberes adquiridos
	Tradições culturais
	O papel do pai
	O papel de promotor da saúde

Saberes adquiridos

As práticas cuidativas realizadas às crianças, especialmente os cuidados maternos são, normalmente, transmitidos de geração em geração, realizados no seio familiar e principalmente praticados pelas mulheres (Ramos, 2004). Os diversos tipos de cuidados que a mãe oferece ao seu bebé, promovem interações e estimulações importantes para o bem-estar da criança, o seu desenvolvimento e crescimento e têm a importante função de protecção e de adaptação da criança ao meio onde vive. Mas, por

sua vez, são um reflexo das práticas e dos modos como a própria mãe foi cuidada na sua infância.

Relembrando o atrás referido, na subcategoria *Factores influenciadores na gravidez*, o afastamento da família alargada traduz uma redução na participação das jovens futuras mães nas práticas cuidativas às crianças, que por sua vez, parece não ser entendido como um obstáculo ou factor dificultador para o futuro desempenho da maternidade. Porém, os profissionais de saúde, quando se referem à percepção que têm dos saberes adquiridos pelas mães para o exercício da maternidade, dão a entender que, quando presentes, estes saberes transmitem segurança às mães, promovendo a adaptação às suas novas funções maternas. Deste modo, apesar de haver a percepção de uma mudança nas vivências e no modo como as jovens da nossa sociedade adquirem conhecimentos sobre os aspectos que envolvem a maternidade, parece que os saberes adquiridos são valorizados pelos intervenientes, manifestado pela preocupação em perceber se estão presentes, através do comportamento e pelas expressões utilizadas pelas mães, tal como descrevem:

- *“Mesmo nas primíparas (...) mulheres que só tenham tido contacto com irmãos mais novos, ou com sobrinhos, ou que tenham cuidado de outras crianças, normalmente apresentam uma segurança muito grande quando cuidam do seu bebé (...) Apesar de às vezes dizerem: «é o meu bebé, é diferente», (...) mas a forma como conseguem realizar os cuidados e os conhecimentos que já adquiriram dá-lhes outra segurança e elas manifestam isso (...) portanto é um aspecto positivo.” (A1,P2,L60-64)*

- *“Normalmente uma mãe pela segunda vez é uma mãe mais calma (...) tenho aqui uma senhora que é o segundo filho e ela agora vivencia as coisas de uma forma muito diferente (...) ela própria diz: «neste momento estou muito mais calma e tenho consciência disso, porque tenho menos medos, menos receios. Mas depois há o reverso da medalha, porque acho que como estou mais calma também não estou tão atenta». (...) Elas estão de uma forma diferente no segundo filho em relação ao primeiro filho (...) Normalmente uma primeira mãe que tenha cuidado de irmãos ou de primos, tem uma experiência completamente diferente do que uma mãe que nunca tenha lidado com nenhuma criança (...) uma mãe que diga, «eu tomava conta dos meus sobrinhos ou de irmãos mais novos» é completamente diferente de uma mãe pela primeira vez [sem essa experiência].” (A2,P2,L72-76; 78-79 e 81-82)*

Para a mãe, os cuidados de higiene, conforto, alimentação e protecção que vai realizando ao seu bebé de uma forma repetitiva e diária, são momentos em que esta expressa os seus sentimentos e emoções, contribuindo para a realização de todo um

processo construído ao longo da gravidez e da maternidade (Ramos, 2004). A experiência e vivência pessoal e única de cada mulher, assente numa cultura, numa família e nas expectativas sociais adquiridas e ambicionadas pela própria, entre outros aspectos já referidos no primeiro capítulo do enquadramento teórico deste estudo, determinam a complexidade psicológica e emocional do exercício da maternidade.

Conforme se pode verificar no relato de um dos intervenientes no estudo, todo este complexo e dinâmico quadro de elementos influenciadores na forma como cada mulher se prepara para a maternidade é examinado, no sentido de se compreender as capacidades e competências para assumir o seu papel materno:

- “As experiências pessoais anteriores determinam a forma como aquela mãe cuida ou não do bebé e a forma como o faz (...) Isto é, o nível de desenvolvimento que ela vai ter ao nível das competências cognitivo-motoras no cuidar ou afectivas e relacionais com aquele bebé, tem uma grande base sustentável naquilo que aquela mulher passou, naquilo que ela teve antes (...) A história passada está lá sempre. (...) E verifica-se isso nos cuidados com ela própria e nos cuidados com o bebé. (...) Uma mulher que tem como experiência passada maus-tratos, por exemplo, ou alguma falta de rede de suporte, tendencialmente é uma mãe que cuida menos, cuida menos dela própria, e o cuidar do recém-nascido é o que eu chamo o cuidar de rotina (...) Ela faz as acções, aquilo que é prático, mas fá-lo de uma forma menos afectiva (...) Ela faz na mesma, as competências cognitivo-motoras estão lá, ou se não estão, nós trabalhamos isso com ela, o dar banho, comida, mas fá-lo de uma forma diferente de uma mãe que venha de uma família estruturada. (...) Aquela mãe que nasceu numa frateria e que se habituou a cuidar dos irmãos, tendencialmente é melhor cuidadora daquele recém-nascido no sentido cognitivo-motor (...) Não significa que o seja afectivamente.” (A4,P2,L62-71 e 75-77)

Pelo exposto, pode-se considerar que os profissionais de saúde valorizam as experiências que as mulheres tiveram relativamente aos cuidados a ter com as crianças, expressando que este conhecimento e aprendizagem são satisfatórios por transmitirem segurança às mães, promovendo uma adequada adaptação aos primeiros tempos da maternidade. Por sua vez, também se manifestam em relação às experiências vividas pela própria mulher, sendo estas influenciadoras da qualidade dos cuidados prestados pelas mães aos seus filhos.

Crê-se, assim, que foram evidenciadas algumas das principais dimensões a se ter em linha de conta no exercício da maternidade, na tentativa de se afastar, cada vez mais, a visão de que as práticas cuidativas e de protecção que a mãe realiza à criança são banais e rotineiras. E, deste modo, particularizar o período da adaptação à maternidade,

pela envolvimento e influência de diversos factores no percurso que a mulher realiza até à maternidade.

Tradições culturais

As tradições culturais surgem na continuidade do que se tem vindo a salientar ao longo desta análise, isto é, no sentido de se garantir o bem-estar, o crescimento e desenvolvimento saudável de um novo ser desejado, planeado e por quem a mulher, casal e família investem, desde a sua concepção. De acordo com Ramos (2004, p.164), a qualidade, a coerência e a solidez dos primeiros cuidados prestados à criança, pela mãe ou por outro cuidador principal, constituem em conjunto com outros agentes, “...factores básicos de protecção, de desenvolvimento, de autonomia e de resiliência (...) elementos essenciais para a emergência da auto-estima, para o estabelecimento das relações significativas, para que a criança aceda às fases posteriores do seu desenvolvimento...” e de crescimento, de uma forma saudável e satisfatória. Com efeito e como já foi dado a perceber na subcategoria anterior, estes cuidados não são realizados apenas para a satisfação das necessidades de alimentação e de ordem física, mas sim, pela componente afectiva com que são realizados, conduzindo à satisfação primária de contacto e afecto, essenciais para ao desenvolvimento emocional e psíquico da criança.

Mas uma outra componente importante se evidencia após o nascimento da criança, como demonstram diversos estudos transculturais referidos por Ramos (2004), sendo esta componente a cultura familiar, ou melhor dito, “...as particularidades e determinantes culturais, os quais permitem às crianças uma melhor adaptação ao seu meio ambiente.” (p.169). De facto, há uma necessidade de integrar o novo elemento nas tradições culturais da família, tradições estas que se tornam identificadoras, transmitindo segurança e uma certeza de pertença à própria criança.

Com base nestes aspectos e associando-se a fragilidade física, emocional e psíquica com que a mulher se debate no período do puerpério, a segurança e qualidade na realização das primeiras práticas cuidativas à criança são, mais facilmente conseguidas junto da família alargada, conforme dão a perceber os profissionais de saúde entrevistados. Mas, se por um lado, o regresso às origens permite recordar e praticar as tradições familiares; por outro lado, por vezes, também se torna fonte de

confronto entre o que apreenderam, ao longo da gravidez, através das informações transmitidas pelos profissionais de saúde e pela pesquisa pessoal efectuada.

Assim, constata-se, mais uma vez, a percepção que os profissionais de saúde têm da ambivalência e confronto de ideias e costumes com que as actuais mães se deparam, face à informação e conhecimentos adquiridos pelos profissionais de saúde e outras fontes de pesquisa que realizam, e as tradições familiares que encontram quando procuram a ajuda dos familiares, como se expõe:

- *“Apesar de serem muito independentes (...) as mulheres, apesar de tudo, ainda pensam, desde que possam, ser ajudadas no primeiro mês pelas mães ou pelas sogras (...) aqui como é uma zona de passagem, algumas seguem aqui a gravidez porque vivem aqui, mas estão aqui porque os maridos são tropas ou assim, e depois no último mês vão para as terras delas, Bragança ou Viseu, por exemplo (...) para casa da mãe para terem lá o bebé e estarem lá o primeiro mês, para seguirem as tradições familiares.” (...) algumas trazem a mãe, que vem cá passar um mês ou dois (...)*” (B1,P2,L73-78 e P3,L99)

- *“(...) porque a família está mais próxima, em todos os momentos (...) Por muito que queiramos estar presentes, não estamos (...) A toda a hora têm a família junto delas e acabam por se deixar influenciar mais (...) Às vezes vêem e questionam, mas o primeiro recurso é a família que está mais perto.”* (A3,P3,L86-88)

Mantém-se a necessidade de protecção da criança, agora nascida, utilizando-se todos os recursos existentes, nomeadamente a protecção daquilo que se desconhece e onde os mitos transmitem alguma segurança e daquilo com se viu praticar em outras crianças, durante a infância e juventude, como se apercebem e transmitem os profissionais de saúde:

- *“Nas crianças nota-se mais (...) não mostrar a criança porque faz mal, as invejas (...) tapam as crianças por mal de inveja (...) mas cada vez há menos (...)*” (B2,P3,L96-97)

- *“(...) não ter a roupa do bebé estendida durante a noite porque fica com a lua e a influência da lua.”* (A5,P3,L118-119)

Torna-se interessante perceber a existência de uma opinião contrária e, quase unânime, sobre a influência das crenças e mitos familiares e culturais parecendo que, após o nascimento da criança, esta influência emerge de uma forma significativa. Manifesta-se não só pela insegurança materna mas, também, por fazer parte daquilo que a mãe reconhece e apreendeu, como exemplificam os intervenientes no estudo:

- “Eu acho que as crenças mais antigas já estão mais desmistificadas (...) Mas ainda há, ainda há aquela coisa de lavar a roupa toda do bebê à mão (...) porque não conseguem ouvir o bebê a chorar, porque o choro está associado à dor ou sofrimento (...) não se apercebem que muitas vezes o choro é a única forma de comunicar do bebê (...) há esses mitos, mas são tão banais que, por vezes, até nos esquecemos.” (B3,P3,L87 e 96-99)

- “Vem também nos cuidados de higiene ao recém-nascido, porque não é aquele gel, mas é aquele sabão que era o que se usava (...) Tudo isto está lá sempre, elas têm muita dificuldade em desligar-se disto.” (A4,P2,L82-83)

No entanto, o confronto entre as gerações, a influência dos familiares e as opiniões dos profissionais parecem conturbar, em algumas mulheres, este período inicial do exercício da maternidade, em vez de serem promotores da qualidade dos cuidados maternos, como se verifica na descrição de algumas das crenças com que os profissionais de saúde se debatem actualmente e que tentam desmistificar junto das mães, como relatam:

- “(...) não sei se são bem mitos, se são conceitos como apertar a maminha do bebê que está ingurgitada (...) a avó quer que aperte a maminha do bebê. (...) ou então usar faixa na zona do umbigo (...) de vez em quando ainda encontramos pessoas que trazem faixas nos bebês (...) Elas dizem que em casa querem que ponha ou uma moeda para fazer pressão (...) há uma pressão familiar para se continuar a ter este tipo de comportamentos (...) Por vezes vêm tirar dúvidas conosco, porque se a avó disse assim, será que ainda é, etc. (...) A mãe e o pai faz como dizemos (...) mas os avós vão por trás querem manter o comportamento que tiveram antes (...) porque muitas vezes são os avós que ficam com os netos (...) E nota-se muito e às vezes é complicado de gerir, quando vem a avó, ou seja as três gerações, a avó, a mãe e a criança, a pressão da avó que acha que sabe como é que se faz as coisas e a mãe que se sente um bocado traída porque tem menos experiência, apesar de às vezes ter mais conhecimentos (...) e às vezes é complicado as pessoas gerirem isto em casa.” (A2,P2,L62-64 e P3,L88; 90-93 e 98-103)

A amamentação foi considerada pelos profissionais de saúde, como uma das actividades maternas onde se encontra maior influência das tradições familiares, como exemplificam:

- “O leite materno... que não têm leite (...) eu acho que essa é a mais frequente (...) se o leite é de cor mais esbranquiçado, que o leite não presta, não alimenta o bebê (...) se o bebê quer mamar de duas em duas horas é porque o leite não presta (...) portanto esse é dos mitos que

está mais enraizado e que nós temos mais dificuldade em ultrapassar (...) E mesmo quando explicamos que pode dar de mamar, que não deve ter horários fixos, e que às vezes até corresponde aos picos de crescimento, são poucas as mães que conseguem depois utilizar a informação que lhes é dada e depois transpor esse tempo, que normalmente é de dois ou três dias (...) A maior parte não resiste e vai à lata de leite.” (A1,P2,L67-68)

- “(...) comer alguma coisa para aumentar a produção de leite, ou não comer outros alimentos (...) ainda há uma pressão familiar nesse sentido.” (A2,P3,L89-90)

- “Nós estimulamos a amamentação com o bebé ainda em útero, e elas também vão buscar as experiências das mães, porque muitas delas foram amamentadas.”

(B5,P2,L52-53).

Esta mesma influência é mantida quando se introduzem outros alimentos à criança, para além do leite, em que os profissionais de saúde se debatem com as tradições familiares e culturais e com a experiência materna adquirida com os outros filhos, como referem:

- “Outra coisa é a introdução a alimentos precocemente, continua a haver expressões como: «eu criei tantos filhos assim, todos bem e todos saudáveis, por isso este também pode comer» (...) há, muita introdução de novos alimentos [precocemente] por pressão das avós e das bisavós dos bebés.” (A2,P3,L93-96)

- “Vêm ao de cima na questão da alimentação (...) nós temos de andar sempre a controlar senão elas dão tudo e mais alguma coisa (...) e se elas não querem dar, lá vem a mãe ou a sogra dizer que no tempo delas faziam desta ou daquela maneira.” (A4,P2,L80-82)

O factor económico foi associado a esta questão da alimentação, visto tornar ainda mais complicada a intervenção dos profissionais de saúde neste âmbito, como se relata:

- “(...) em relação à introdução de novos alimentos, sim, isso é sempre «um cavalo de batalha» conosco (...) Temos vindo a conseguir que sigam o esquema até o bebé ter um ano, o que já é muito bom (...) mas depois temos aquelas famílias que, por dificuldades económicas, chegam aos seis ou sete meses e introduzem o leite de vaca e mãe e a avó que dizem que os filhos delas foram criados com leite de vaca e não morreram (...) E nós tentamos argumentar que hoje em dia as coisas já não são bem assim (...)” (A5,P3,L111-116)

Quanto à vigilância de saúde da criança, surge novamente a crença de que o médico mais diferenciado, neste caso o pediatra, é o que melhor poderá cuidar da

criança sendo solicitado, em simultâneo e sem coerência, com o médico de família, como relata um dos entrevistados:

- **[A Vigilância de saúde Infantil]** “(...)às vezes até procuram mas já foram ao pediatra (...) eu até lhes digo que elas devem fazer ao contrário porque se a criança tiver algum problema eu mando ao pediatra, para elas não ficarem preocupadas.” (B6P3,L122-124)

Relativamente aos cuidados após o parto, os profissionais de saúde têm a percepção de que já não existe a mesma influência das crenças e mitos, como acontece em relação à criança:

- “(...) em relação ao puerpério não há assim tantas crenças (...)”(B3,P3,L88)

Mantém-se a mesma ideia, referida durante a gravidez, de que a mulher, agora no papel de mãe, continua a ter como principal preocupação a criança. E que agora, estando a criança já fora do seu corpo, torna-se ainda mais negligente em relação à vigilância da sua própria saúde, nomeadamente durante a fase crítica do puerpério, como se expõe neste testemunho:

- “Depois a continuidade pós-parto já não é como devia ser **[a mulher não se preocupa com ela]** já é mais o bebé (...)” (B5,P1,L35-36)

Contudo, os profissionais de saúde, demonstram estar atentos à ajuda que a maior parte das mulheres recebe dos seus familiares no período pós-parto, como relata um dos intervenientes:

- “Elas como estão mais debilitadas e mais fragilizadas, no início da maternidade, existe sempre alguém em casa a dar algum apoio.” (A5,P3,L105-106)

Conclui-se esta subcategoria com a ideia de que as tradicionais culturais, nomeadamente na prática de costumes familiares e valorização de crenças e mitos, são percebidas pelos profissionais de saúde, como mais frequentes ou mais evidenciadas pelas mães junto dos mesmos, quando relacionadas com a protecção da criança. Esta influência e a utilização das tradições culturais são entendidas como uma forma de contornar ou compensar as inseguranças maternas no cuidar e proteger o seu filho de possíveis distúrbios que possam pôr em causa o seu bem-estar. Mas, também, são

demonstrativas de um conhecimento adquirido ao longo do processo de socialização da mulher no seu meio familiar, com tradições e valores que determinam os seus próprios padrões culturais e comportamentais. Porém, surge a ideia de que, nem sempre, o profissional de saúde efectua uma integração adequada desta aprendizagem cultural da mãe, durante a sua interacção com a mesma, no sentido da orientação/informação no desempenho do papel materno. Com efeito, parece que, com frequência, surge o confronto de ideias entre o aprendido no seio familiar e o que o profissional de saúde considera como o apropriado, perturbando, confundindo ou gerando conflitos na mulher e dificultando as suas decisões para o desempenho das suas funções maternas, especialmente nos primeiros tempos da maternidade.

O papel do pai

O apoio do parceiro ou companheiro é agora analisado perante o seu papel de pai, tendo em conta o acréscimo de novas responsabilidades e funções no contexto familiar. O termo papel, no âmbito das ciências sociais, pode ser definido, num sentido mais lato, como um conjunto de normas, direitos, deveres e expectativas que condicionam o comportamento dos indivíduos junto a um grupo ou dentro de uma instituição. Os papéis sociais, que podem ser atribuídos ou conquistados, surgem da interacção social, sendo sempre resultado de um processo de socialização (Infopédia, 2008).

O empenho ou comprometimento dos pais no desempenho das suas funções são fortemente influenciados pelas suas próprias experiências de socialização, onde cada cultura define as funções de pai, na responsabilidade e cuidados para com os seus filhos (Wong, 1999). Dando continuidade à abordagem que se tem vindo a fazer, ao longo deste trabalho, no que respeita ao envolvimento do pai, são notórias as grandes mudanças e avanços conseguidos, nas últimas décadas, através da fomentação da participação dos pais em todo o processo de gravidez e, em particular, no momento do parto, como por exemplo: ao serem incluídos nas consultas de vigilância pré-natais; na participação em cursos de preparação para o parto, e na estimulação e permissão da presença dos pais ao longo de todo o trabalho de parto. E, também, após o nascimento da criança, na valorização e estimulação da continuação da sua participação activa, quer nas consultas de vigilância da criança, quer na colaboração das actividades e rotinas diárias, e na educação da criança ao longo do seu crescimento e

desenvolvimento. Porém, verifica-se ainda que, e utilizando as palavras de Brazelton e Cramer (2001, p. 53), “(...) *as forças que excluíram os pais, em termos históricos, continuam a ser importantes. Baseiam-se no reconhecimento cultural da ambivalência natural, assim como nas fortes dúvidas destes sobre o facto de serem ou não capazes de funcionar como protectores e educadores*”, mantendo-se a persistência das definições das funções tradicionais.

Os profissionais de saúde entrevistados deram a conhecer nos seus discursos, as mudanças de comportamento de alguns dos pais, após o nascimento dos seus filhos, referenciando-se várias razões que parecem contribuir para essas mudanças. De uma forma, deveras interessante para o estudo, cada um dos intervenientes particulariza as suas percepções. Assim, para alguns, a mudança de comportamentos dos futuros pais é verificada logo durante a vigilância da gravidez, mantendo-se nos primeiros tempos da maternidade, como se descreve:

- *“Os que são assim durante a gravidez, mantêm depois esse tipo de comportamento, embora haja alguns que não são assim.” (A3,P3,L100-101)*

- *“Na primeira e na segunda consulta também vêem (...) Eu acho que hoje em dia, os pais estão muito mais despertos e tentam colaborar (...) Embora alguns tentem colaborar, não têm jeito, elas dizem: «ele bem quer, mas só consegue fazer isto» ” (B1,P3,L92-94)*

Para outros dos intervenientes, parece que existe uma certa relação entre a participação ou a não participação dos pais, com o estrato social dos mesmos, assim como em relação à faixa etária, como referem:

- *“Ainda há muita diferença (...) depende muito do estrato social, mais do que económico, ou pela formação académica há uma grande diferença (...) Os de estratos mais baixos têm muito pouco apoio, mesmo em relação a elas como nos cuidados da casa, ou em relação às coisas do bebé (...) felizmente a maioria das vezes já vem o casal (...) ainda há muita gente que vem sozinha (...) mas mais nas classes sociais mais baixas. E nas outras já vêm os dois. (...) Mas também há uma diferença, dependendo da faixa etária (...) Casais mais jovens, geralmente vêm os dois (...) Casais com faixa etária mais elevada, geralmente vem só a mulher.” (A2,P3,L113-114 e 105-113)*

- *“Nos estratos sociais mais altos, de uma maneira geral, já têm mais uma atitude de complementaridade enquanto casal, já têm uma atitude diferente.” (A3,P3,L111-112)*

Um dos entrevistados tem uma percepção diferente da anteriormente apresentada, dando a entender que concorda com a grande mudança no envolvimento dos pais, no entanto, esta mudança, é mais visível após o nascimento da criança, como se relata:

- *“Portanto eu acho que sim, que começa a haver uma diferença de mentalidade por parte dos pais e um interesse diferente. Mesmo no acompanhamento durante a maternidade (...) eu acho que há uma grande diferença entre o antes e o depois da gravidez, em que eles já estão muito presentes (...).”* (A1,P3,L100-103)

No seguimento do anteriormente referido, parece que existe uma conformidade nas opiniões dos profissionais de saúde relativamente à existência de uma maior visibilidade da presença e participação dos pais, nos primeiros tempos da maternidade, mas particularmente direccionada para os cuidados com a criança, como se pode verificar nos seguintes discursos:

- *“Nos cuidados à criança eu acho que sim, os pais estão muito participativos e interessados, porque vêm quase sempre às consultas, pelo menos nas primeiras consultas, são poucas as mulheres que vêm sozinhas (...) Estou a referir-me às consultas dos cuidados à criança (...) São participativos (...) Na altura nós apercebemo-nos que eles alternam os cuidados (...) são poucos os pais que ficam ali de plantão, como observadores (...) A maior parte tem necessidade de fazer alguma coisa, de ajudar, de intervir.”* (A1,P3,L95-100)

- *“(...) podem não vir à consulta da grávida, mas vêm às consultas dos filhos quando são os primeiros tempos (...) Eles acompanham-nas sempre e preocupam-se (...) Na consulta de saúde infantil já apanhamos mais pais do que apanhamos na gravidez e já tenho tido, depois dos quatro meses, serem só os pais a virem às consultas. E não vem a mãe (...) Porque o pai trabalha por turnos e já tem possibilidade de vir à consulta e não a mãe. Já há mães que não são donas de casa. (...) Já substituem sem problema nenhum. Despem e vestem os bebés, não criam conflito nenhum com as situações e levam as informações (...) Coisa que há uns anos atrás não se via, era sempre a mãe que acompanhava o bebé.”* (B6,P2,L138-145)

- *“São pais muito mais presentes nessa fase (...) Muito mais a ajudar (...) vêem, quando se faz o teste do pezinho [Diagnóstico precoce], quando se vem à vacina, quando se faz a vigilância do filho. De uma forma geral todas manifestam que o pai ajuda e que colabora nas tarefas (...) Não quer dizer que sejam todas, mas é mais frequente agora.”* (A5,P3,L123-126)

Um dos profissionais de saúde salienta que, o facto de os pais não comparecerem às consultas de vigilância de saúde infantil deve-se, muitas das vezes, a questões laborais dos mesmos. No entanto, têm a percepção da colaboração dos pais, como se relata:

- “Sim (...) o problema é que muitos deles têm aqueles dias e depois têm que trabalhar (...) Enquanto estão em casa eles preocupam-se. [Um exemplo] A bebé que estava ali na sala de espera, o pai é polícia, ela teve um problema e durante quinze dias, e ele cuidava da bebé, ele é que vinha com a bebé ao colo, ele chegou a vir sozinho pesar a bebé recém-nascida e ela ficava em casa (...) Já se nota uma participação maior dos pais.” (B5,P2,L76-80)

Outro dos intervenientes realça o distanciamento da família alargada, como uma das razões pela qual o pai é mais participativo, dizendo:

- “(...) a maioria não tem grandes ligações familiares [nesta cidade] a família está só (...) é uma terra muito nova e a maioria das pessoas vieram para aqui por acaso e não têm família aqui, e portanto depois de virem lá das suas terras (...) os pais ajudam muito” (B1,P3,L96-97)

Porém, apesar de os profissionais de saúde destacarem o envolvimento e a participação dos pais nos cuidados à criança e no acompanhamento da vigilância de saúde desta, também deram a perceber que, o oposto ainda acontece, justificando esta percepção pelo modo como observam o comportamento dos pais e do casal, durante as consultas de vigilância da criança, como se relata:

- “(...) pela minha experiência clínica vejo que há aquele pai muito presente e muito ausente ao mesmo tempo (...) Há aquele pai que está sempre nas consultas, mas se perguntar, e por vezes faço isso para ver, como é que anda o bebé a comer, ou assim ele vira-se para a mãe, e eu já sei que aquele pai está ali na fantochada, só é presente na consulta, mas ausente em casa (...) Às vezes, é a forma de apresentação de uma família de risco. (...) Muitas vezes já tem acontecido o contrário, eu pergunto à mãe e o pai é que responde, o que é engraçado (...) Isso é uma forma de verificar como é que há funcionalidade entre eles. (...) Acontece das duas maneiras. Acontece um pai extremamente ausente mas sabemos que está presente. Nem sempre um pai que está sempre presente em todas as consultas de saúde materna é um bom pai depois do nascimento. Portanto nós ali estamos às vezes de pé atrás.” (B3,P3,L101-108)

- “(...) não põem a «mão na massa», não cuidam do bebé, mas dizem muitas vezes: «estás a ver, não pões a fralda como deve ser, eu já te disse que não é assim, põe a chucha, tira a chucha, tira o cobertor, põe o cobertor» (...)” (A3,P3,L108-110)

Face aos pais menos participativos, esta ausência também é constatada ao nível das tarefas domésticas, verificando-se nos discursos dos intervenientes expressões das próprias mulheres, a reclamarem a falta de colaboração dos parceiros, como se expõe:

- “A minha ideia, e pelo que vejo aqui, o pai está e não está. (...) Na visita conjugal, há uma delas que diz sempre: «ajudaste-me em quê? Não me ajudaste a lavar a louça, nem a arrumar

a casa, nem a cuidar dos filhos ...» (...) e isto continua a ser assim, mesmo nas classe mais elevadas.” (A4,P3,L87 e L103-105)

Esta ausência também é referida, nomeadamente no que diz respeito ao controle da natalidade, como se continuasse a ser assunto da responsabilidade da mulher, tal como relata um dos intervenientes:

- “Aparece de tudo mas a maioria é assim, havia de haver menos (...) Ainda é mãe que faz tudo. É coisa de mulheres (...) e o planeamento também ainda é coisa de mulheres [a consulta de Planeamento Familiar]” (B2, P4,L133-134)

Assim poder-se-á concluir que apesar de os profissionais de saúde já se aperceberem de algumas mudanças no comportamento dos parceiros e futuros pais no que concerne aos aspectos que envolvem o exercício da maternidade, verifica-se que a tradição cultural e/ou os comportamentos mais tradicionais dos pais, ainda se evidenciam, de forma significativa, no que diz respeito: às tarefas domésticas; nos cuidados às crianças, excepto após o nascimento; no controle da natalidade e no que diz respeito à saúde da própria mulher. Particularmente, no que concerne a este último aspecto, muitas das vezes, até a própria mulher desvaloriza a sua vigilância de saúde, em prol da do seu filho.

O papel de promotor da saúde

Os Centros de Saúde e as Unidades de Saúde Familiar (USF) representam o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, pela possibilidade de uma assistência de saúde mais próxima possível do local de residência e do trabalho das pessoas. Nesta lógica, constituem-se como o primeiro elemento de um processo contínuo de cuidados de saúde, onde se destacam as funções de promoção de saúde, com implementação de estratégias interventivas adequadas aos diferentes problemas de saúde individuais, grupos e de comunidades sociais e aos problemas de saúde associados à família e no ciclo de vida, particularmente, no que diz respeito à promoção da saúde mental na gravidez e no primeiro ano pós-parto (Decreto-Lei N° 28/2008 de 22 de Fevereiro; DGS, 2004).

A promoção da saúde ao envolver as pessoas, os grupos e as organizações “...enquanto agentes que intervêm na definição e implementação de práticas de saúde e de políticas que conduzam ao bem-estar individual e colectivo (...) exige a utilização (...) de diferentes abordagens e métodos para analisar os factores e as condições que influenciam a saúde.” (Ramos, 2004, p.102). Neste sentido, considerou-se pertinente questionar os profissionais de saúde, intervenientes no estudo, sobre como orientam as suas intervenções junto da mulher da nossa sociedade, tendo em vista a promoção da saúde, ao longo da construção dos processos de gravidez e da maternidade e durante o exercício da maternidade.

Da análise dos discursos dos intervenientes, emergem: a organização e dinâmica da equipa multidisciplinar, a qualificação profissional para a prestação de cuidados neste âmbito; a articulação com a assistência de saúde privatizada; e algumas das estratégias que consideram relevantes e que utilizam, nomeadamente face à premente necessidade de orientação e aconselhamento das mulheres, durante a gravidez e a maternidade, como se descreve:

- “As nossas orientações. Nós aqui a nível dos CSP, as consultas têm a de enfermagem e a consulta médica (...) Elas absorvem toda esta informação logo muito de início e nós começamos logo no planeamento familiar (...) portanto, quando a mulher tenta engravidar, começamos logo com a ácido fólico (...) e a enfermeira começa logo a preparar e eu acho que elas absorvem muito os nossos ensinamentos (...) Nós temos aqui mulheres que já eram vigiadas no privado, e a mulher é livre de escolher, e quando vêm aqui a uma consulta, muitas delas ficam muito agradadas pela positiva, porque estão a receber muita informação (...) E a parte da enfermagem tem uma boa preparação nesta área da saúde materna (...) Nós temos enfermeiros especializados nesta área (...) E depois a preparação para o parto que elas têm com mais ensinamentos.” (B5,P2,L58-66)

- “(...)falo isso uma quantidade de vezes, porque continuamos a ver, especialmente aquelas que não fazem preparação [**Curso de Preparação para o Parto**]⁴ que isso não é abordado (...) falar da amamentação, prevenção de acidentes, os cuidados ao recém-nascido (...)”(A3,P2,L79 e P3,L80-81)

A disponibilidade dos profissionais de saúde para com a mulher e casal, durante a vigilância pré-natal e nos primeiros meses do exercício da maternidade, surge como

⁴O Curso de Preparação para o Parto pelo método psicoprofiláctico e é uma actividade desenvolvida nos Centros de Saúde da Sub-Região de Saúde de Santarém, por enfermeiros habilitados com este tipo de formação (Sub-Região de Saúde de Santarém, 2006)

uma das estratégias mais valorizadas e utilizadas pelos mesmos, tendo em vista a satisfação das necessidades de cada mulher em particular e a promoção da saúde tanto da mulher enquanto grávida, puérpera e durante o exercício da maternidade, como do bem-estar, desenvolvimento e crescimento do feto e da futura criança, como se relata:

- *“O que normalmente costumamos dizer é para colocarem à vontade todas as dúvidas (...) expô-las a mim ou ao enfermeiro que está comigo (...) eu digo às mães que prefiro tirar dúvidas do que tirar problemas.”* (B3,P3,L89-91)

- *“Em relação à minha consulta, eu perco um bocado tempo porque tento quando me pedem, ajudar o mais que posso, e isso tem funcionado mais ou menos bem (...) Há aquelas pequenas coisas que vão perguntando e que vamos tentando ensinar (...) Em relação à minha consulta e em relação às enfermeiras, eu penso que elas têm muita facilidade e vêm cá sempre perguntar coisas quando estão inseguras.”* (B4,P3,L97-99 e 89-92)

- *“Acho que a relação entre médico e doente já está muito simples e as pessoas não têm medo de nos fazer perguntas (...) se calhar é a nível das enfermeiras que aparecem as dúvidas maiores. Primeiro porque é a enfermeira que aborda e também porque a mulher pode estar mais à vontade.”* (B6,P2,L66-67 e 64-65)

A estimulação ao envolvimento de ambos os pais aparece como outra das principais estratégias de intervenções junto grávida/casal ao longo da gravidez e maternidade, surgindo nos discursos dos intervenientes algumas das justificações para este estímulo, bem como exemplos de estratégias institucionais de acessibilidade dos pais às consultas de vigilância de saúde, como se descreve:

- *“Eu acho que faz parte, é essencial porque a maternidade implica casal. Não implica só a mãe.”* (A1,P3,L90)

- *“Isto vai tudo da nossa insistência (...) Nós dizemos a elas para os maridos virem (...) Quer queiramos quer não, os CSP têm muita influência. Nós preocupamo-nos com as pessoas. Nós preocupamo-nos com a envolvimento familiar (...) Procuramos que eles venham também, e isso é que está a mudar as atitudes da família perante a gravidez.”* (B5,P2,L80-83)

- *“(...) como nós estamos abertos até às oito, perguntamos a que horas querem marcar a consulta, e para o pai poder vir marcamos depois das seis. (...) Tivemos aí dois ou três casais que, naquela fase em que o bebé vem todas as semanas à consulta de enfermagem, ele vinha porque já era a hora em que ele estava em casa, porque se eu marcasse para as duas da tarde, ela teria que vir com a sogra (...) Eu também percebo que faltar ao emprego se podia vir às seis e meia, porque é que havia de faltar? Às vezes nós dizemos: «porque é que o pai não vem?» (...) por vezes também não se facilita.”* (A6,P3,L104-110)

Termina-se esta exposição fazendo-se referência a uma das limitações apontadas por alguns dos profissionais de saúde, que no nosso ponto de vista, se revela como muito significativa, face ao encadeamento que se tem vindo a analisar relativamente ao comportamento do pai ao longo da gravidez e da maternidade. Evidencia-se uma certa ambivalência entre aquilo que os profissionais de saúde entrevistados consideram necessário e importante melhorar e aquilo a que se está realmente preparado para se efectuar, como se descreve:

-“Quero dizer que o pai socialmente nestes últimos tempos foi visto como que mediaticamente obrigado a participar em determinadas actividades, por exemplo no trabalho de parto (...) Isto é, quase que se passa a ideia que é mau pai, aquele que não acompanha as consultas, que não está no trabalho de parto, quando a maior parte deles não está preparado para isso (...) Eu tenho de cenas que a contar estava aqui o dia inteiro. (...) Nós ainda, e isto também é culpa nossa, não os trabalhamos devidamente e como não o fizemos, quando vem a grávida com o pai ao lado, nós tendencialmente (nós os profissionais de saúde), centralizamo-nos na mãe, não trabalhamos aquele pai, que necessidades tem, o que se alterou, que anseios e angústias tem, e desmistificar essas questões, e portanto ele acaba por estar e está mas imposto pela sociedade, não por ele. Ainda temos a ideia que é mau pai, aquele que não acompanha (...)” (A4,P3,L87-96)

-“Eu acho que nós não estamos preparados para dar apoio ao companheiro.” (A3,P3,L101)

Perante os testemunhos atrás referidos, poder-se-á concluir que:

- A consciente incapacidade actual de resposta dos profissionais de saúde às exigências paternas deve-se à falta de experiência em trabalhar com os pais, para o seu envolvimento em todo o processo da gravidez e da maternidade?

Ou poder-se-á considerar que:

- As crenças e tradições culturais com que os profissionais de saúde se debatem junto das famílias gestantes, são também as suas próprias crenças e tradições que, por si só, dificultam as intervenções adequadas para o envolvimento dos pais durante a gravidez e a maternidade?

Quadro nº 7 – Síntese da categoria *O exercício da maternidade*

Subcategorias	Síntese
Saberes adquiridos	<p>Os profissionais de saúde quando se referem à percepção que têm dos saberes adquiridos pelas mães para o exercício da maternidade, (nomeadamente as experiências que as mulheres tiveram relativamente aos cuidados a ter com as crianças), não só dão a entender que estes saberes transmitem segurança às mães, promovendo adaptação às suas novas funções maternas, como os valorizam, face à preocupação em perceber se estão presentes, através do comportamento e pelas expressões utilizadas pelas mães.</p> <p>A experiência e vivência pessoal e única de cada mulher, assente numa cultura, numa família e nas expectativas sociais adquiridas e ambicionadas pela própria, entre outros aspectos, determinam a complexidade psicológica e emocional do exercício da maternidade.</p> <p>Para estes profissionais de saúde, todo este conjunto e dinâmico quadro de elementos influenciadores na forma como cada mulher se prepara para a maternidade é tido em conta, no sentido de se compreender as capacidades e competências para assumir o seu papel materno.</p> <p>O modo como a mulher vivenciou a sua própria infância foi também referido como um factor marcante, pela influência significativa na qualidade dos cuidados prestados pelas mães aos seus filhos.</p>
Tradições culturais	<p>Partindo da ideia de que as tradições culturais se tornam identificadoras, transmitido segurança e uma certeza de pertença à própria criança, a integração do novo elemento nessas mesmas tradições culturais da família, surge como uma necessidade a ser satisfeita. Associando-se a este facto, a fragilidade física, emocional e psíquica com que a mulher se debate no período do puerpério, conclui-se que a segurança e qualidade na realização das primeiras práticas cuidativas à criança são, mais facilmente conseguidas junto da família alargada, conforme dão a perceber os profissionais de saúde entrevistados.</p> <p>No entanto, se por um lado, o regresso às origens permite recordar e praticar as tradições familiares, por outro lado, por vezes, também se torna fonte de confronto entre o que apreenderam, ao longo da gravidez, através das informações transmitidas pelos profissionais de saúde e pela pesquisa pessoal efectuada. Emerge aqui, a percepção que os profissionais de saúde têm da ambivalência e confronto de ideias e costumes com que as actuais mães se deparam.</p> <p>Após o nascimento da criança, a mãe continua a demonstrar a necessidade de proteger o seu filho utilizando-se, para isso, todos os recursos existentes, nomeadamente: na protecção daquilo que se desconhece e onde os mitos transmitem alguma segurança; e do que se viu praticar em outras crianças, durante a infância e juventude.</p> <p>Os intervenientes no estudo consideram que, após o nascimento da criança, a influência das crenças e mitos familiares e culturais emerge de uma forma significativa, manifestando-se não só pela insegurança materna mas, também, por fazer parte daquilo que a mãe reconhece e apreendeu, ao longo do seu crescimento e desenvolvimento.</p> <p>No entanto, o confronto entre as gerações, a influência dos familiares e as opiniões dos profissionais parecem conturbar, em algumas mulheres, este período inicial do exercício da maternidade, em vez de serem promotores da qualidade dos cuidados maternos, como se verifica na descrição de algumas das crenças com que os profissionais de saúde se</p>

<p>Tradições culturais</p>	<p>debatem actualmente, e que tentam desmistificar junto das mães.</p> <p>Entre as actividades maternas onde se encontra maior influência das tradições familiares, a amamentação foi considerada a que apresenta maior evidência. Esta mesma influência é mantida quando se introduzem outros alimentos à criança, para além do leite, onde os profissionais de saúde se debatem com as tradições familiares e culturais e com a experiência materna adquirida com os outros filhos. O factor económico foi evidenciado nesta questão, visto tornar ainda mais complicada a intervenção dos profissionais de saúde, no âmbito da qualidade da alimentação implementada à criança.</p> <p>Relativamente aos cuidados após o parto, os profissionais de saúde têm a percepção de que já não existe a mesma influência das crenças e mitos, como acontece em relação à criança.</p> <p>Apesar de a mulher, agora no papel de mãe, continuar a ter como principal preocupação a criança, o facto de esta já estar fora do seu corpo, parece aumentar a sua negligência em relação à vigilância da sua própria saúde, nomeadamente durante a fase crítica do puerpério. Todavia, os profissionais de saúde, demonstram estar atentos à ajuda que a maior parte das mulheres recebe dos seus familiares no período pós-parto, visto ser essencial para a sua recuperação física e psicológica, e reflectindo-se na qualidade do exercício da maternidade.</p>
<p>O papel do pai</p>	<p>O apoio do parceiro ou companheiro é agora analisado perante o seu papel de pai, tendo em conta o acréscimo de novas responsabilidades e funções no seio da família.</p> <p>No que respeita ao envolvimento do pai, parece existir mudanças de comportamento de alguns pais, após o nascimento dos seus filhos, referenciando-se várias razões que parecem contribuir para essas mudanças, nomeadamente: a mudança de comportamentos dos futuros pais é verificada logo durante a vigilância da gravidez, mantendo-se nos primeiros tempos da maternidade; para outros dos intervenientes, parece que existe uma certa relação entre a participação ou a não participação dos pais, com o estrato social dos mesmos, assim como em relação à faixa etária; um dos entrevistados concorda com a grande mudança no envolvimento dos pais, no entanto, considera que esta mudança é mais visível após o nascimento da criança; outro dos intervenientes salienta que, o facto de os pais não comparecerem às consultas de vigilância de saúde infantil deve-se, muitas das vezes, a questões laborais dos mesmos; e ainda a percepção de que o distanciamento da família alargada, torna-se uma das razões pela qual o pai é mais participativo.</p> <p>No seguimento do anteriormente referido, parece que existe uma conformidade nas opiniões dos profissionais de saúde, relativamente à existência de uma maior visibilidade da presença e participação dos pais, nos primeiros tempos da maternidade. Contudo, esta participação é particularmente direccionada para os cuidados com a criança.</p> <p>Acrescenta-se, ainda, que apesar de os profissionais de saúde destacarem o envolvimento e a participação dos pais nos cuidados à criança e no acompanhamento da vigilância de saúde desta, também deram a perceber que, o oposto ainda acontece, justificando esta percepção pelo modo como observam o comportamento dos pais e do casal, durante as consultas de vigilância da criança. Perante os pais menos participativos, esta ausência também é constatada ao nível das tarefas domésticas, verificando-se nos discursos dos intervenientes expressões das próprias mulheres, a reclamarem a falta de colaboração dos parceiros.</p> <p>Esta ausência também é referida, nomeadamente, no que diz respeito ao controle da natalidade, como se continuasse a ser assunto da responsabilidade da mulher.</p>

O papel de
promotor da
saúde

Da análise dos discursos dos profissionais de saúde sobre como orientam as suas intervenções junto da mulher da nossa sociedade, tendo em vista a promoção da saúde, ao longo da construção dos processos de gravidez e da maternidade e durante o exercício da própria maternidade, emergem os seguintes aspectos: a organização e dinâmica da equipa multidisciplinar, a qualificação profissional para a prestação de cuidados neste âmbito; a articulação com a assistência de saúde privatizada; e algumas das estratégias que consideram relevantes e que utilizam, nomeadamente face à premente necessidade de orientação e aconselhamento das mulheres, durante a gravidez e a maternidade.

A disponibilidade dos profissionais de saúde para com a mulher e casal, durante a vigilância pré-natal e nos primeiros meses do exercício da maternidade, surge como uma das estratégias mais valorizadas e utilizadas pelos mesmos, tendo em vista a satisfação das necessidades de cada mulher em particular e a promoção da saúde tanto da mulher enquanto grávida, puérpera e durante o exercício da maternidade, como do bem-estar, desenvolvimento e crescimento do feto e da futura criança.

A estimulação ao envolvimento de ambos os pais aparece como outra das principais estratégias de intervenções junto grávida/casal ao longo da gravidez e maternidade, surgindo nos discursos dos intervenientes algumas das justificações para este estímulo, bem como exemplos de estratégias institucionais de acessibilidade dos pais às consultas de vigilância de saúde. No entanto, na interacção que estabelecem junto do pai ou futuro pai, parece existir uma ambivalência entre aquilo que os profissionais de saúde entrevistados consideram necessário e importante melhorar e aquilo a que se está realmente preparado para se efectuar, sendo este aspecto, uma das limitações apontadas por alguns dos intervenientes no estudo.

Neste sentido, e perante os testemunhos sobre o exercício da maternidade e principais aspectos envolventes, poder-se-á interrogar sobre se: (1) A consciente incapacidade actual de resposta dos profissionais de saúde às exigências paternas deve-se à falta de experiência em trabalhar com os pais, para o seu envolvimento em todo o processo da gravidez e da maternidade? ou (2) se as crenças e tradições culturais com que os mesmos se debatem, junto das famílias gestantes, são também as suas próprias crenças e tradições que, por si só, dificultam as intervenções adequadas?

2- A MATERNIDADE EM CONTEXTO MIGRATÓRIO

A migração vista como um fenómeno multidimensional, propulsor de mudanças sustentadas, tanto numa perspectiva de globalização, como numa vertente centrada no grupo, família e indivíduo, exige no domínio da saúde, reorganização e implementação de políticas e medidas interventivas, conducentes à promoção da saúde física e mental dos indivíduos e de um modo particular, respostas às necessidades de saúde da mulher imigrante, durante a sua adaptação à maternidade, no país de acolhimento.

De acordo com a investigação de Ramos (2008), são particularmente as mães e as crianças, especialmente nos primeiros anos de vida, que vivenciam maiores dificuldades na adaptação social e psicológica à cultura de acolhimento, a uma nova língua e a um novo meio que lhes é desconhecido e, por vezes, hostil.

Com este fio condutor da problemática do estudo, os profissionais de saúde intervenientes foram questionados no sentido de se conhecer e perceber como percebem as vivências e as necessidades de saúde manifestadas pelas mulheres imigrantes, e como dão resposta a essas mesmas necessidades, neste período de reorganização física, psíquica e emocional da mulher, para o desempenho do papel de mãe, experienciado noutro país. Todos os aspectos anteriormente colocados, relativamente aos processos de gravidez e maternidade da mulher da nossa sociedade, são aqui integrados. Assim, pretende-se que os intervenientes enquadrem a reorganização, crescimento e adaptação gradual da mulher às alterações corporais (anatômicas e fisiológicas), familiares e sociais, que caracterizam o processo da gravidez; e a maternidade, como um processo que se consolida progressivamente, após o nascimento da criança, através dos cuidados e interações que a mãe estabelece com a criança; com o desempenho dos diferentes papéis socialmente prescritos e assumidos pela mulher e com as repercussões sociais que os mesmos papéis atribuídos à maternidade possam ter nas vidas das mulheres imigrantes.

Numa outra perspectiva, pretende-se, ainda, que os profissionais de saúde dêem a conhecer como percebem as suas próprias vivências e intervenções junto da mulher imigrante, e qual a influência e implicações do processo migratório nos cuidados que presta à mulher, durante a sua adaptação à maternidade.

Com base no atrás referido, partir-se-á para a análise dos discursos dos profissionais de saúde, relativamente ao segundo tema orientador deste estudo, onde emergiram três categorias, nomeadamente: A maternidade da mulher imigrante no contexto de saúde português; A vigilância pré-natal e revisão do puerpério em Cuidados de Saúde Primários; e A promoção da saúde da mulher imigrante. Cada uma destas categorias organizará um dos subcapítulos apresentados de seguida.

Quadro nº 8 – O tema *A Maternidade em Contexto Migratório* e as categorias que os integram

Tema	Categoria
A maternidade em contexto migratório	A maternidade da mulher imigrante no contexto de saúde português
	A vigilância peri-natal e revisão do puerpério em Cuidados de Saúde Primários
	A promoção da saúde da mulher imigrante

2.1 - A MATERNIDADE DA MULHER IMIGRANTE NO CONTEXTO DE SAÚDE PORTUGUÊS

Na análise da categoria surgiu uma subcategoria, descrita no quadro seguinte.

Quadro nº 9 – A categoria *A maternidade da mulher imigrante no contexto de saúde português* e a subcategoria emergente

Categoria	Subcategoria
A maternidade da mulher imigrante no contexto de saúde português	Comportamento cultural materno

Comportamento cultural materno

No enquadramento da maternidade da mulher imigrante, os intervenientes do estudo efectuaram um paralelismo com a mulher da nossa sociedade, identificando aspectos caracterizadores do comportamento cultural materno, à luz das questões abordadas no tema anteriormente analisado. No cômputo geral do *corpus em análise*, os profissionais de saúde, nos seus discursos, destacam determinadas culturas, dando a entender que a maior afluência de mulheres imigrantes, aos serviços de saúde, durante a vigilância pré-natal e na maternidade, se integram nessas culturas, sendo nestas que baseiam a suas experiências e percepções sobre a problemática abordada. Perante o referido, no sentido de facilitar a exposição em análise, considerou-se: a mulher imigrante em geral; a mulher brasileira; a mulher do leste da Europa; a mulher africana e a mulher chinesa.

Assim, surge a idade em que acontece a gravidez como um aspecto caracterizador da mulher imigrante de determinadas culturas. No entanto, este factor não surge isolado, mas contextualizado com outros factores, como: o contexto familiar; a altura em que acontece a gravidez durante o processo de imigração; as razões da imigração; e ainda a analogia com a mulher da nossa sociedade, como se verifica nos seguintes relatos:

A mulher imigrante em geral

Relativamente à mulher imigrante, a maioria dos profissionais de saúde intervenientes consideram não encontrar grande diferença nas idades em que acontece a gravidez, se em comparação com a mulher da nossa sociedade. E quando acontece percebem como situações pontuais:

- “(...) as mais frequentes são as brasileiras, as ucranianas, e as romenas (...) adolescentes acho que nunca tive nenhuma, andam ali à volta dos vinte e muitos (...) é mais ou menos como nós.” (A3,P3,L115 e P4,L121-122)
- “Mais ou menos a mesma [idade] das de cá.” (B4,P4,L135)
- “A experiência que eu tenho são de mulheres com gravidez não muito cedo. Tenho duas que vigiei, duas raparigas jovens [imigrantes do leste] um primeiro filho, outra já é segundo filho (...)” (B5,P3,L86-87)
- “De uma forma geral são mais velhas, a rondar os trinta (...) Algumas primeiro e outras já segundo ou até terceiro filho.” (A5,P4,L129 e 131)

No entanto, encontram-se testemunhos com outra percepção, valorizando a frequência das mulheres muito jovens e o contexto familiar em que surge a gravidez, como se expõe:

- *“Têm aparecido mulheres bastante novas, entre dezoito e vinte anos, são mais jovens do que as do meu ficheiro. As brasileiras também, mesmo as que já vêm em segundo casamento.”* (B6,P2,L54-55)

A mulher brasileira

Quanto à mulher brasileira, para a maioria dos profissionais de saúde, é na idade adulta que acontece a gravidez e aparentemente uma gravidez planeada pelo casal, como se pode verificar nos seguintes relatos:

- *“As brasileiras não são tão jovens (...) As brasileiras andam na casa dos trinta.”* (B1,P4,L148)
- *“Normalmente quem tenho aqui já são adultos.” (...) “Brasileiros já são adultos.”* (B2,P5,L148 e L181)
- *“As imigrantes brasileiras, neste momento as que eu tenho são um pouco mais jovens normalmente, podem não ter família construída mas é já uma decisão em conjunto com o parceiro.”* (A2,P4,L136-138)

A mulher do leste da Europa

Em relação à mulher oriunda do leste da Europa, parece haver uma convergência de opiniões, relativamente ao facto de a gravidez acontecer dentro de uma família já construída ou planeada, no país de origem, e no sentido do reagrupamento familiar. Fenómeno este, inerente à imigração e já evidenciado, (no enquadramento teórico no subcapítulo 2.1) nos estudos de Rocha-Trindade, (1995) como caracterizador da imigração em Portugal, nas últimas décadas:

- **[A mulher dos Países do Leste da Europa]** *“(...) eu nunca apanhei nenhuma grávida adolescente imigrante (...) Mas se calhar isso tem a ver com o facto de que quem vem para cá morar são os adultos, normalmente eles deixam lá as crianças.”* (A1,P5,L187-189)
- *“A maior parte dos ucranianos que estão aí já vieram para Portugal com vinte e tal anos e alguns já tinham filhos, são pessoas que primeiros vieram os namorados e eles depois*

chamaram-nas para cá. Também temos moldavos, tenho um caszinho novo aqui.”
(B2,P5,L182-184)

- *“Nas famílias ucranianas, ou dos países de leste, são normalmente pessoas com vinte e muitos, perto dos trinta quando engravidam. Normalmente até já estão com família construída.”* (A2,P4,L133-135)

No entanto, quando se reportam à mulher ucraniana, parece que existe uma determinada idade para se terem os filhos, sendo que em relação ao primeiro filho, este deverá acontecer numa idade inferior à referida para a mulher portuguesa, como se expõe:

- *“As ucranianas não querem ter filhos tarde, tem a ver com a idade (...) Às vezes dizem que estão cá mais dois ou três anos e depois vão para lá, e às vezes pergunto-lhes se não era melhor terem lá, e respondem que depois é a idade.”* (B1,P5,L194-196)

- *“(...) normalmente a mulher ucraniana, o primeiro filho tem mais cedo do que a mulher portuguesa. Isso é normal, por elas próprias, por causa da imigração, normalmente já trazem um filho e aqui acontece a segunda ou a terceira.”* (B3,P3,L114-116)

A mulher africana

A mulher africana é percepcionada como com tendência para engravidar muito cedo, nomeadamente durante a adolescência, como se expõe:

- *“(...) “Temos tido muitas mães solteiras e gravidez na adolescência em africanas (...) já cá tivemos duas ou três até com menos de dezassete anos.”* (B1,P4,L147-149)

- *“As PALOP são mais jovens (...)”*(A2,P4,L130)

Os motivos que levam as mulheres imigrantes a engravidar são considerados neste contexto de comportamento cultural materno, devido ao facto de os intervenientes no estudo enquadrarem os motivos que percepcionam, nas características culturais de origem, ou então evidenciam algumas das problemáticas com que se debatem as mulheres imigrantes no nosso país.

A mulher imigrante em geral

Quando os intervenientes no estudo não identificam a origem da grávida, o motivo da gravidez está integrado na continuidade da família, sendo por isso planeada. No entanto, entre outros motivos, também se reconhece a questão da residência ilegal da

mulher, utilizando a gravidez como um factor facilitador para a possibilidade de residência no país de acolhimento, indo ao encontro de anterior legislação portuguesa (Decreto-Lei n.º 154/2003, de 15 de Julho), como se verifica nos seguintes relatos:

- *“Há umas que engravidam para ficar cá, especialmente aquelas que não estão legalizadas, penso que ainda há muito disso.” (...) entretanto, tentam arranjar um português e são as tais que querem ficar com residência cá. (...) Outras porque como já trabalham, e como o marido já trabalha decidem ter filhos. Essas são mais.” (B4,P3,L115-116 e 117-118)*

- *“Às vezes porque trocaram de companheiro ou porque vieram ter com o marido e aconteceu. Estavam separados e conseguiram ter a família e surge um segundo filho.(...) Hoje de uma forma geral são planeados. É a sensação que nós temos. Eventualmente há um ou outro que não, mas em geral são planeados. E já aconteceu, agora não tanto, talvez há três, quatro anos para conseguirem obter o visto de permanência ficavam grávidas, tinham filhos portugueses e acabavam por conseguir.” (A5,P4,L133-134 e 136-139)*

- *“Eu tenho apanhado gravidez planeada. Não tenho apanhado mulheres que tenham engravidado porque calhou na altura. Tenho só famílias que já estão aqui com as suas casas e são famílias perfeitamente nucleares. Nem são famílias alargadas. Tenho um ficheiro muito jovem.” (B5,P3,L99-101)*

E, ainda, quando a migração tem por objectivo uma melhoria das condições económicas, não conseguidas no país de origem, a gravidez pode tornar-se num factor gerador de conflitos e stress para a mulher e casal, quer pelas diferentes dificuldades relacionadas com o processo de migração, como perante as alterações dos planos e/ou expectativas perspectivadas para o período da migração, como se relata:

- *“(...) quando se confrontam com uma gravidez, que não é assim tão planeada como as mulheres portuguesas, porque elas vieram na maioria delas por uma situação económica desfavorável, vieram para ganhar dinheiro, e depois surge uma gravidez que lhes complica a vida. E muitas vezes a gravidez é vista neste sentido. É uma complicação. É uma gravidez não planeada.” [Com a maternidade, a situação] “(...) mantêm-se complicada. (A4,P4,L139-143 e L145)*

A mulher brasileira

Perante a mulher brasileira, as opiniões divergem. São mencionadas as mulheres com gravidezes planeadas e desejadas, dentro de uma relação estável, como se verifica nos seguintes testemunhos:

- *“A maior parte dos brasileiros que tenho já são casados com portugueses, e têm uma vida estável.” (B2,P5,L181-182)*

- *[As gravidezes] “As que tenho tido têm sido planeadas.” (A3,P5,L190)*

No relato que se segue, é também identificada e realçada a situação de gravidez não desejada, apesar de se perceber que acontece com menos frequência:

- *“Depois temos já bastantes senhoras brasileiras, que aí depende, há primeiras gravidezes não desejadas, e depois há uma faixa etária um pouco mais acima de gravidezes desejadas e planeadas.” (A2,P3,L127-128)*

Outros dos profissionais de saúde dão a entender que para a mulher brasileira a gravidez acontece naturalmente, sem necessidade de planeamento. É especialmente percebida, na mulher brasileira, uma intenção de melhoria de vida num outro país, onde a maternidade poderá ou não acontecer, visto que esta experiência já foi vivenciada, pela maioria destas mulheres, no seu país de origem, em idades mais jovens:

- *“As brasileiras não se importam nada com a idade. As brasileiras engravidam com algum fim que não tem a ver com o bebé nem com a idade, para mim. Isto com exceções, claro.” (...)* *“Não tenho nenhuma brasileira a engravidar com vinte e tal anos, porque a maioria são segundas ou terceiras gravidezes de filhos que nascem aqui, os outros estão lá.” (B1,P5,L196-198 e L208-210)*

- *“As brasileiras (...) noto uma coisa que é assim, eu não sei como é que são as características da maternidade no Brasil mas dá a sensação que ter filhos é uma coisa assim muito normal, acontece e toda a gente fica muito contente, e cá ficam muito preocupadas por não estarem legalizadas.” (...)* *“Eu acho, que para as brasileiras, a razão de engravidar faz parte da forma como elas vivem a maternidade, é tudo de uma forma natural.” (A6,P3,L118-121 e P5,L176-177)*

- *“(...) embora duas delas [imigrantes brasileiras] fossem moças de angariação fácil de sustento, procura de parceiro, e dava a sensação que engravidavam de propósito.(...) Vejo nas brasileiras, se for no primeiro casamento, são moças que vieram à procura de uma profissão. Ou então é o segundo casamento, tenho duas ou três que já lá deixaram um ou dois filhos, e agora com um segundo casamento estão a iniciar a vida com um primeiro filho, acho um pouco esquisito porque elas não falam das vidas anteriores, é uma nova vida que vieram cá iniciar, completamente à parte da anterior.” [A gravidez] “muitas vezes acontece, penso*

que seja um pouco intencional, mas eu não tenho abordado muito essa questão.” (B6,P1,L4-5; 23-27 e 32-33)

A mulher do leste da Europa

Em relação à mulher do leste da Europa parece existir uma visualização de que o processo de imigração não afecta de uma forma negativa a maternidade. Em particular, a família imigrante ucraniana, parece conseguir planear adequadamente a gravidez, demonstrando uma boa aceitação da mesma, como se pode verificar nos seguintes discursos:

- *“Eu penso que a maior parte delas são programadas e normalmente muito bem aceites. As que eu tenho tido aqui (...) quase todas são programadas e extremamente bem aceites. Acho que eles são muito dedicados aos filhos e à família.”* (A1,P5,L192-194)

- *“As de países de leste, são moças que vieram porque o marido já está bem integrado na sociedade e então vieram ter com eles e estão a iniciar a vida, vão ter o seu filho, se puderem arranjar emprego arranjam, às vezes algumas nem têm emprego, vieram para estar com o marido. É um pouco diferente.(...) Já estão bem programadas. O marido veio, organizou a vida, chama a mulher têm os seus filhos, é diferente em relação aos brasileiros.”* (B6,P1,L27-30 e 33-35)

A mulher africana

Em relação à mulher africana parece que os profissionais de saúde, que se manifestam, não têm uma percepção tão exacta dos motivos da gravidez, excepto quando esta acontece, nas jovens imigrantes, durante o seu percurso de formação profissional:

- *“As africanas já é como calha (...) Mas elas, muito novas, gostam de ter filhos.”* (B1,P5,L201-202)

- *“(...)Depois temos imigrantes muitos mais jovens associados também aos politécnicos, que uma ou outra vez engravidam, normalmente mães solteiras. Aí há mais imigrantes dos países dos PALOP, e que pelo acordo que há temos muitos estudantes no politécnico que são especialmente de Cabo Verde. Aí, normalmente, vem uma gravidez não desejada.”* (A2,P3,L123-126)

A mulher chinesa

O mesmo se conclui relativamente aos breves testemunhos sobre a mulher chinesa, estando também relacionado com a reduzida afluência destas mulheres aos serviços de saúde, conforme se vai constatando ao longo da análise:

- *“As chinesas também é na casa dos trinta anos, também não é muito cedo. Porque também não vem para cá gente muito nova. As chinesas que cá estão é tudo gente casada, mas também é entre os vinte e cinco e trinta anos. Pelo menos as que tenho seguido são assim. Não tenho ninguém muito novo chinês (...) A maioria das chinesas já têm segundos filhos. Muito raramente é o primeiro.”* (B1,P5,L210-213 e L221)

No que concerne às principais preocupações da mulher imigrante, durante a gravidez, os profissionais de saúde evidenciam especialmente: a) a necessidade de informação; b) as questões de ordem económica e social; c) as relacionadas com o bebé; d) as preocupações com o parto; e) as relacionadas com a própria mulher; e, f) com a sexualidade, que irão ser analisadas separadamente, visando uma melhor compreensão da exposição dos dados.

a) As necessidades de informação são muito notórias nas jovens africanas, pela falta de conhecimentos e insegurança que manifestam, como descreve um dos profissionais de saúde:

- *“As outras mais jovens, por exemplo a dos PALOP, essas procuram muito a informação, porque não têm mesmo, não sabem. Não têm tantos conhecimentos à partida. E por causa da idade também são mais inseguras, acabam por querer saber mais informação, mas também têm mais receios. Depois não sei até que ponto isso não tem a ver com a idade, e não só com a instrução, até porque algumas delas andam a tirar cursos superiores, e falam português. Aí as dúvidas são muito básicas, querem saber tudo ao pormenor. Acho que é diferente.”* (A2,P4,L159-164)

Um dos profissionais de saúde entrevistados, por ter vivido na Ucrânia, percebe a afluência com que é abordada pelas gestantes ucranianas, pela necessidade que estas têm de saber se a informação que transmitiram aos profissionais de saúde que as assistem foi realmente entendida. Isto, não tanto pela dificuldade linguística, mas mais pela necessidade de serem compreendidas nas suas necessidades, dúvidas e preocupações, face à gravidez:

- “*Eu acho que é a falta de confiança no médico por não perceber as suas inquietudes (...) Falo da mulher ucraniana (...) sentem que não se conseguem explicar. A principal inquietude às vezes, é que elas procuram-me aqui no Centro de Saúde, não são minhas, são das listas dos meus colegas, e a pergunta delas é sempre a mesma, «eu acho que ele não me entendeu», muitas delas já falam correctamente porque aprendem rápido, mas não tem a ver só com a questão da língua: «ele não me compreendeu porque nós somos diferentes, e se calhar você que esteve lá sabe compreender». Procuram-me mais por isso, já foi mais a questão da língua, agora é mais essa questão. Lá está, porque eles vivem isolados.*” (B3,P5,L185-186 e 208-213)

Outros testemunhos salientam também esta necessidade de informação, por parte das imigrantes do leste da Europa, mas vista mais no sentido de cumprirem com as orientações de saúde que lhes são solicitadas pelos profissionais de saúde, no país de acolhimento:

- [As ucranianas e moldavas] “*Normalmente são grávidas que questionam muito, que têm muitas dúvidas, às vezes ficamos sem perceber se é por dificuldade da língua e querem confirmar e a partir daí introduzir aquilo que é o nosso hábito e como fazemos cá.*” (A5,P4,L156-158)

- [Mulher ucraniana, segundo filho no país de acolhimento] “*(...) uma mulher muito preocupada, ela perguntava tudo e mesmo com dificuldades na língua, fez preparação para o parto, veio de livrinho tirar todas as notas. Questionava tudo: «a enfermeira disse para fazer assim, é para fazer?» (...) Eu tinha que confirmar que era para fazer, era muito preocupada.*” (B5,P3,L87-90)

b) As questões de ordem económica e social influenciam e afectam as diversas áreas da vida da mulher imigrante. Os testemunhos detalhados sobre como os profissionais de saúde observam e se apercebem da influência destes factores, demonstram que estão atentos e sensibilizados para as dificuldades e necessidades com que as mulheres imigrantes se confrontam durante a gravidez e após o nascimento da criança, como se verifica na expressividade do seguinte testemunho:

A mulher imigrante em geral

- “*Sim, têm as mesmas preocupações, mas colocam-nas de uma maneira muito diferente. São pessoas que a sua situação socioeconómica não é muito favorável. Portanto as suas limitações também são diferentes da mulher portuguesa. Os constrangimentos também são*

diferentes, temos que ter uma abordagem mais contextualizada com a situação que elas têm, porque são mulheres que não fazem porque o trabalho não lhes permite fazer [como]: fraccionar tanto a alimentação; [cumprir o esquema de vigilância de saúde preconizado] porque o patrão não vai deixar, são mais exploradas e portanto as preocupações delas são um bocadinho diferentes das nossas, porque a realidade delas é diferente.”(...) em termos económicos, porque muitas vezes nós assistimos, elas ficam de baixa, ficam aquele espaço de tempo em casa e depois? Não há uma perspectiva de futuro e elas têm muitas limitações e por mais que queiram, pelo menos as minhas, têm grandes competências relacionais e afectivas com os bebés, a parte de conseguir atender as competências cuidativas é muito difícil porque elas não têm meios para isso. Muitas vezes temos de ser nós a dar-lhes leite, e temos de gerir um conjunto de coisas.” (A4,P3,L125-129; P4,L130-131;147-152)

A mulher brasileira

As carências económicas são percebidas pelos intervenientes como que associadas a um comportamento típico da mulher brasileira, durante a gravidez, que parece ter uma influência negativa no sector económico familiar, como se relata:

- “As brasileiras, é sempre a falta de dinheiro, porque as brasileiras têm muito o sistema de quando cá estão, vão trabalhar e assim que engravidavam, a gravidez é parar de trabalhar (...) A mulher brasileira diz que a gravidez é parar de trabalhar (...) Ou se despedem ou querem baixa desde o primeiro dia (...) A maioria é assim, e depois têm muita falta de dinheiro, mesmo no enxoval do bebé se vê muita falta de dinheiro.” (B1,P6,L225-228)

A mulher do leste da Europa

Nas mulheres do leste europeu, pelo próprio planeamento da gravidez já anteriormente referido, parece demonstrarem melhores condições económicas, nomeadamente na preparação para a maternidade e facilmente se orientam na aquisição de abonos financiados pelo estado Português, como referem os profissionais de saúde:

- As ucranianas e moldavas “A preocupação delas mesmo antes de engravidar é conseguirem estar juntos, terem a família reunida e ter condições a nível de habitação e de trabalho. Algumas não trabalham o que de certa forma facilita tudo o que vem a seguir, e as preocupações delas são semelhantes às nossas, ao nível do desenvolvimento da gravidez (...)”(A5,P4,L145-148)

- *“As ucranianas geralmente não referem isso, nem é falta de dinheiro, às vezes pergunto e dizem que têm e que têm enxoval.” (...) têm alguma dificuldade agora com estes abonos, mas se eu escrever num papel e lhes diga para ir à Segurança Social com esse papel elas perguntam e depois cumprem tudo. Às vezes escrevo com medo que não me compreendam e elas cumprem tudo. “(...) as ucranianas nem falam, nem falam que têm necessidades. Portanto eu penso que elas têm uma independência delas próprias para serem depois elas a tomar conta dos bebés.” (B1,P6,L229-230; 233-235 e P9,L411-412)*

c) Pelos diferentes pareceres dos intervenientes no estudo, verifica-se que as mulheres imigrantes, em geral, se preocupam com o bebé, tanto durante o período fetal, como após o nascimento da criança, como justifica um dos profissionais de saúde:

- *“Eu penso que sim, todas muito preocupadas em querer saber se está tudo bem ou não, se o bebé pode nascer com algum problema, depois ficam muito satisfeitas quando vão fazer a ecografia e em principio está tudo bem, eu penso que isto é a própria maternidade que faz.” (B4,P4,L160-165)*

Porém, associado a este “estar” perante a maternidade, encontra-se a imigração, que segundo a percepção dos profissionais de saúde, acentua a responsabilidade e a preocupação com o bem-estar da criança, e ainda, emerge um sentimento de culpa, face ao gerar uma criança num contexto social e cultural diferente, como se entende no seguinte testemunho:

- *“Independentemente de ser uma gravidez planeada ou não, a preocupação pela criança está muito mais acima. Porque elas vêm com espírito de sacrifício, e é assim que estão em Portugal, e na maioria das vezes foi mais uma coisa que lhes aconteceu, e portanto têm que gerir. E elas são muito queridas, a criança passa a ser o ponto central na vida delas, e como é que vai ser, como é que vão conseguir ter aquele bebé. E depois é a perspectiva de futuro, não é tanto a gravidez, é o que vai acontecer depois do nascimento daquela criança, a realidade daquele nascimento.” (A4,P4,L160-165)*

No sentido de se perceber a diferença dos comportamentos culturais maternos, serão de seguida evidenciadas as particularidades das principais preocupações das mulheres de uma determinada cultura, no entender dos profissionais de saúde.

A mulher brasileira

Assim e seguindo a mesma linha de exposição, a mulher brasileira apresenta diferentes comportamentos, quer durante a gravidez, como durante a maternidade.

Para alguns dos profissionais de saúde, a falta de solicitação da mulher brasileira, deve-se ao conhecimento adquirido nas suas vivências da maternidade, no seu país de origem:

- *“As brasileiras, há aquelas um pouco mais desenvolvidas, já sabem o que devem e não devem fazer, muitas vezes não era primeira gravidez, não há grandes dúvidas como se desenvolve a gravidez (...)”* (B6,P2,L70-72)

Para outros, surge mais uma vez, o “estar” perante a gravidez e maternidade, como acontecimento naturais que as torna, aparentemente desligadas, como se expõe:

- *“(...) as brasileiras que já não são tão cuidadosas. São muito diferentes (...) A brasileira, acho que é mais desligada, preocupa-se com o bebé [mas] A questão do bebé não é primeiro, é uma postura totalmente diferente. São mulheres muito desligadas dos filhos.”* (B5,P3,L92-96)

Contudo, após o nascimento da criança, as preocupações com os cuidados com a mesma já se evidenciam, notando-se a falta da família alargada:

- *“As brasileiras preocupam-se menos durante a gravidez e muito mais com o bebé (...) A grande preocupação das brasileiras é o cuidar do bebé, porque vão estar sozinhas.”* (A6,P5,L185 e 186-187)

A mulher do leste da Europa

Perante os discursos dos profissionais de saúde, as mulheres dos países do leste, são normalmente informadas sobre os aspectos que envolvem a gravidez e a maternidade, nomeadamente em termos da importância de uma vigilância de saúde adequada, e expõem as suas dúvidas com frequência:

- *“(...) as imigrantes de leste querem saber mais coisas porque já têm informação, querem saber sobre a alimentação, sobre os cuidados, elas são muito mais interessadas porque são gravidezes muito desejadas.”* (A2,P4,L164-166)

- [As ucranianas e moldavas preocupam-se] “(...) com desenvolvimento do bebé, cumprir tudo muito certinho.” (A5,P4,L149)

De acordo com um dos intervenientes, as ucranianas dão especial atenção à alimentação que devem ter durante a gravidez, estando este facto associado a questões de ordem genética, para o qual parece estarem despertas:

- “A maior preocupação das mulheres ucranianas durante a gravidez é o que podem comer. Tem lógica, porque realmente o que é banal para nós a banana e já não falo das outras frutas tropicais, para ela é alergogénica. É muito frequente isso acontecer e ela preocupa-se muito com a alimentação, em relação ao bem-estar da criança e dela própria (...) O que acontece, muito frequentemente nas mulheres ucranianas, é alergia alimentar (...) Geneticamente foram desenvolvendo poucas resistências.” (B3,P4,L164-168 e 162-164)

O comportamento materno da mulher do leste europeu, também se evidencia na forma como cuida da criança:

- “(...)A mulher de leste é uma mulher muito limpa e os bebés vêm impecáveis. “(...) é uma mulher que se preocupa muito com o bem-estar do filho. Uma delas, que me estou a lembrar, ainda antes de engravidar começou logo a perguntar o que devia fazer porque estava a pensar em engravidar. Fez até consulta de planeamento familiar.” (B5,P3,L92-93 e 103-106)

Porém, alguns dos profissionais de saúde, apercebem-se que apesar de serem mulheres que demonstram preocupação com o bem-estar da criança, mesmo assim, ainda se evidencia um comportamento específico destas mulheres, que é o facto de serem reservadas, mesmo quando expõem as suas inquietações:

- “Em relação ao bebé todas se preocupam, não são diferentes das nossas. Talvez elas [as dos países de leste] não sejam tão abertas como as portuguesas, talvez sejam um pouco mais fechadas (...) porque para elas é o maior bem que têm na vida.”

(B2,P6,L214-215 e 219)

A mulher africana

Em relação à mulher africana, emerge a ideia de que os problemas de saúde que surgem, durante a gravidez, podem ser fatais para o bebé, como se relata:

- “São muito diferentes, as africanas, já são mais sofredoras, muito pessimistas. Por exemplo, as africanas têm muita tendência em ter tensão alta na gravidez, e ficam muito apreensivas e dizem logo que o bebê vai morrer.” (B1,P10,L439-441)

d) No que diz respeito às preocupações relacionadas com o parto, mais uma vez se identificam diferentes formas de estar entre a mulher brasileira e a mulher do leste da Europa. Enquanto que, as primeiras estão especialmente direccionadas para partos por cesariana, mesmo que para isso tenha que voltar ao país de origem, as mulheres do leste europeu, procuram adquirir o máximo de informação sobre os recursos disponíveis na área de residência, para se preparem para o momento do parto, como relatam os profissionais de saúde:

- [As brasileiras] “ (...) o parto em si, a coisa já muda de figura. Se for cesariana está tudo bem. Por causa das dores (...) Eu tive uma que às trinta e seis semanas quis voltar para o Brasil porque queria fazer cesariana (...) cá se fosse cesariana tinha de pagar e achou que tinha de ir para o Brasil.” (A6,P5,L170-171 e 174-176)

- [Imigrantes dos países de leste] “Falamos sobre a preparação para o parto (...) quase todas aderem e quase todas fazem. Se podem fazer, para que serve, ouviram falar, gostavam muito de fazer.” (...) “(...) acaba por haver uma série de perguntas, depois, já relacionadas com o parto em si e com o pós parto. Como é que vai ser na maternidade [no internamento hospitalar] o que é que devem levar para a maternidade em termos de fazerem a mala, quando devem ir para a maternidade.”

(A1,P5,L220 ; P6,L221-222 e L224-225)

e) As preocupações da mulher imigrante, no que diz respeito a ela própria, ao seu bem-estar e à sua auto-imagem, perante as mudanças físicas que ocorrem ao longo da gravidez, é entendida pelos profissionais de saúde entrevistados, como um aspecto que se manifesta diferentemente nas várias culturas. Verifica-se, também, nos seus discursos, a necessidade de confrontarem as diferenças e as semelhanças de comportamentos da mulher imigrante com a mulher da nossa sociedade.

A mulher brasileira

Assim, em relação à mulher brasileira, surge a visão de uma mulher que se preocupa significativamente com a sua aparência, especialmente, com as possíveis consequências após o nascimento da criança:

- “*Eu vou dar um exemplo, que acho que tem muita piada. Eu tenho uma brasileira grávida que já fez uma plastia, muitas fazem plastias, e ela só fala da plastia. E na última consulta ela chegou lá e disse: «doutora, aquele abono que há para grávidas, eu já disse ao meu marido que é todo para mim. Trago aqui uma lista» e pôs-me em frente uma lista onde se faziam plastias em Portugal e o preço delas (...) o subsídio de maternidade seria para aquilo (...) De facto isto é o que eu penso delas. “(...) é o contrário da portuguesa (...) a brasileira é o corpo e como é que eu vou ficar depois (...) Isto não contando com algumas exceções, porque há algumas que não são assim, porque estão casadas normalmente e fazem tudo.”* (B1,P3,L122-127 e P4,L129-130)

- “*(...) preocupam-se com a figura delas, eu tenho algumas brasileiras que só se preocupam com a figura delas. Logo durante a gravidez, perguntam se vão ficar assim, etc. (...) é com ela e a imagem dela”* (B5,P3,L94-95 e 103)

Outros dos profissionais de saúde, não encontram grande diferença entre as preocupações da mulher brasileira e da mulher portuguesa, na ideia de que ambas não valorizam os cuidados com a sua imagem corporal, se comparado com a preocupação que demonstram pelo bebé.

- “*As portuguesas e as brasileiras preocupam-se da mesma maneira com o corpo (...)*” (B2,P6,L219)

- “*As brasileiras são mais descontraídas, arranjadas na mesma, com um ar mais descontraído (...) não há tanto aquela preocupação com a imagem.”* (A3,P4,L143-144 e 146-147)

- “*As brasileiras não se preocupam com isso. Não valorizam, têm noção que estão muito jeitosas assim gordinhas, como elas dizem, e depois logo se vê como vai ser.”* (A6,P5,L179-180)

A mulher do leste da Europa

Relativamente à mulher do leste da Europa, parece que já se manifesta uma certa preocupação pela mudança do corpo e pela sua aparência, mesmo ao longo da gravidez, como se relata:

- “*Tive há pouco uma ucraniana, muito bonita, e estava muito preocupada porque ficou muito gorda, um casal muito simpático, vinha sempre com o marido, falava bem português, estão os dois cá a trabalhar. Mas já não vêm cá há muito tempo.”* (B2,P6,L220-222)

- “*(...) as ucranianas manifestam uma preocupação maior na questão da imagem (...) Eu acho muito graça porque logo as primeiras consultas que as ucranianas vêm fazer, vêm arranjadas com a sua pintura e nota-se ali um certo cuidado.”* (A3,P4,L143-146)

- **[As ucranianas e moldavas]** “(...) são preocupadas com a imagem (uma diferença em relação às nossas), muito cuidadas (...)” (A5,P4,L148-149)

No entanto, a individualidade de cada mulher, independentemente do seu país origem ou cultura, é particularizada no sentido de se dar a perceber que estamos perante um assunto onde outros factores assumem grande influência, nomeadamente a vivência de cada mulher junto da família, amigos e grupos sociais, a sua formação académica e profissional, para além das características pessoais de personalidade, como se pode subentender neste testemunho:

- **[Imagem corporal]** “É um bocado difícil estarmos a dizer que aquela cultura tem mais cuidado, porque são diferentes. O que eu acho é que há pessoas que independentemente da etnia têm mais preocupações com o corpo e com elas do que outras. Acho que não consigo dizer, aquele grupo étnico tem mais, é pontual cada um preocupa-se mais ou menos que o outro.” (A2,P4,L171-174)

f) No que diz respeito às questões da sexualidade, os profissionais de saúde dão a perceber que as mulheres brasileiras parece que conseguem falar dos aspectos mais íntimos, com alguma abertura. Quanto às mulheres do leste europeu, apesar de manifestarem alguns dos mitos associados à gravidez, a sexualidade é um dos assuntos que não partilham com os profissionais de saúde:

- **[Imigrantes dos países de leste]** “(...) a nível sexual também, tem a ver com os tais mitos, e quase todas perguntam se podem ter relações sexuais.” (A1,P6,L231-232)

- **[As brasileiras]** “(...) em relação à parte sexual é uma coisa importante porque elas falam das alterações da actividade sexual, que foi bom e têm boas vivências.” **As dos países do leste** “Sobre a actividade sexual temos alguma dificuldade em falar com elas:” (A6,P5,L179-181 e 183)

Os desconfortos durante a gravidez, manifestados pelas mulheres imigrantes, são percebidos pelos profissionais de saúde na linha dos apresentados pela mulher portuguesa, integrando as particularidades de uma primigesta ou multigesta e das vivências familiares e socioeconómicas de cada grávida, como se expõe:

- **[As ucranianas]** “Por exemplo, em relação aqueles enjoos próprios da gravidez não acho que haja grande diferença. Há mulheres que têm como há outras que não têm. Têm as coisas típicas da gravidez.” (A2,P4,L157-158)

- “Sobre essas coisas pontuais, tinham uma dor cá por baixo, estavam com dificuldade em urinar e se isso era normal, ou o bebé não mexia (...) o normal, especialmente aquelas que eram mães pela primeira vez.” (B4,P6,L211-213)

No entanto, emergem discursos que dão significado a alguns dos aspectos anteriormente atribuídos às mulheres imigrantes brasileiras e às oriundas do leste europeu:

- “As brasileiras vomitam durante todo o tempo, têm dores, têm dores de cabeça (...) as brasileiras é sempre um drama, porque eu acho que tem a ver porque elas não querem os filhos, tem a ver com a forma como engravidam, são as que se queixam mais, com dores e com cansaço.

“As ucranianas têm muito medo de perder os filhos (...) alguns problemas que têm em casa e têm dores (...) Assim que têm dores ou alguma coisa [Recorrem aos serviços de saúde] com medo de perder os filhos. Vivem a maternidade de outra maneira. Tomam muito bem conta delas (...) as que vêm mais vezes sem consulta marcada são as ucranianas. Isto tem a ver com o quererem muito aquele filho e perceberem que alguma coisa pode correr mal (...) São as que procuram mais sem consulta marcada e são as mais preocupadas;” (B1,P6,L237-240; L244-245 e L260-262)

- “Com as brasileiras é tudo muito na desportiva (...) a gravidez para elas é vivida de uma forma muito desportiva. Lá no Brasil a gravidez deve ser vivida assim. Já tiveram irmãos mais velhos, as tias, é tudo assim.” (A6,P5,L168-170)

A mulher chinesa

Pelo discurso referido, pode-se considerar que a mulher chinesa não tem, por hábito, manifestar junto dos profissionais de saúde os desconfortos típicos da gravidez. No entanto, perante situações que possam comprometer o bem-estar do feto e da própria mulher, parece que recorrem aos serviços de saúde. Também, parece existir a percepção de que a mulher chinesa imigrante trabalha ao longo do período da gravidez. Porém, não fica explícito, se o fazem por necessidade económica, se por a gravidez ser vista como acontecimento natural, ou ambos:

- “Ontem estava aqui uma chinesa, no final da gravidez, já tinha sido referenciada ao Hospital de Torres Novas, e estava ali no corredor, e tem um ar que parece que vai desmaiar, elas têm aquele ar cansado e frágil mas elas continuam sempre a trabalhar, também não têm direito a baixa, porque quase todas são patroas delas próprias, mas têm uma anemia muito grande.”; “Mas não são muito queixosas, às vezes lá dizem que têm uma dor. “(...) quando

têm mais dores ou se têm uma hemorragia também nos procuram (...)”(B1,P6,L252-255; L259-260 e L265)

O comportamento da mulher, no período pós-parto, é fortemente influenciado pelos hábitos culturais. Assim, cada cultura desenvolve práticas satisfatórias e adequadas de cuidar das mulheres, durante esse mesmo período de mudança e reajuste físico e emocional. Mas, para além desta questão cultural, vista aqui numa dimensão mais familiar, os sistemas de saúde e a assistência de saúde dada à mulher durante o período pós-natal variam de país para país. Neste sentido, ao considerar-se a consulta de revisão do puerpério, por um lado, como um momento de avaliação da recuperação física da mulher após uma gestação e da sua adaptação à maternidade em todas as dimensões envolventes. É por outro lado, um momento de promoção da saúde da mulher, ajudando-a e orientando-a para o planeamento de futuras gravidezes e vigilância da sua saúde.

Apesar de, posteriormente, se focalizar mais em pormenor, as questões de vigilância de saúde e promoção da saúde da mulher imigrante, no país de acolhimento, pretende-se, nesta subcategoria, perceber qual a percepção do profissional de saúde do comportamento cultural da mulher imigrante, na adesão à consulta de revisão do puerpério.

Relativamente ao comportamento da mulher brasileira e da mulher africana, os intervenientes no estudo consideram que ambas se preocupam com o controle da natalidade, sendo esta a principal razão da adesão a esta consulta:

- *“As brasileiras preocupam-se muito com o planeamento familiar. Mais por causa do contraceptivo, depois nós dizemos e elas lá vêm à consulta da revisão, mas o cuidado delas em termos de cuidado de saúde não é muito importante para elas.”* (A6,P7,L284-286)

- *“As africanas fazem a revisão de parto ligado à contracepção. As africanas querem muita coisa para não engravidarem logo, sobre isso têm, um bocado, a noção.”* (B1,P7,L275-276)

As mulheres imigrantes do leste europeu, para além de se esforçarem por cumprirem o esquema de vigilância de saúde relativo ao período peri-natal, também demonstram conhecimentos sobre as mudanças que ocorrem no seu corpo durante o pós-parto e fazem referência ao modo como estão habituadas a actuar, para facilitar a sua recuperação física, como se expõe:

- *“As ucranianas no dia estão lá (...) fazem tudo muito direitinho (...) estão sempre preocupadas com as estrias (...) falam logo de uma coisa que as portuguesas nunca falam, que é o útero voltar ao lugar e algumas sabem fazer ginástica (...) eu percebi que na Ucrânia há escolas onde aprendem a fazer ginástica uterina logo na adolescência.” (B1,P7,L272-273 e 276-279)*

A mulher imigrante em geral

Surge, também, a mulher paquistanesa e a indiana, como cumpridoras da consulta de revisão do puerpério, com a particularidade de irem sempre acompanhadas com o parceiro, orientador da vigilância de saúde da mulher e, ao mesmo tempo, facilitando a comunicação entre a mulher, com dificuldades na compreensão da língua portuguesa, e o profissional de saúde. Mais uma vez, há a percepção de que o objectivo é o controle da natalidade, como se expõe:

- *“As paquistanesas e as indianas, os maridos iam sempre com elas às consultas, nunca as deixavam estar sozinhas conosco, porque ele é que manda, e por isso tem de estar presente. Nós até achávamos que elas não sabiam falar português porque elas nunca falavam. Depois nas consultas de puerpério, ele não entrava porque a sala era um pouco pequena. “(...) são preocupados com o planeamento familiar, cumprem rigorosamente a consulta de puerpério, tanto indianos como paquistaneses, inclusivamente exigindo o planeamento familiar. Sabiam que tinham direito e queriam logo usar o contraceptivo.” (A6,P4,L122-125 e L129-131)*

As práticas cuidativas à criança, tal como acontece com os cuidados pós-parto, são significativamente influenciadas pela cultura, pelas crenças e pelos mitos. De acordo com Ramos (2008), para além dos aspectos inerentes à mudança de país, e às alterações socioeconómicas, a mulher imigrante confronta-se com novos estilos de vida, novas formas de vigilância da gravidez e da maternidade e ainda novas formas de práticas de cuidados à criança.

Assim, perante a problemática em estudo, nomeadamente, de como se processa a adaptação à maternidade da mulher imigrante no nosso país, da análise dos dados, parece haver uma preocupação dos profissionais de saúde em conhecerem e compreenderem essas práticas cuidativas à criança, nomeadamente quando surgem como diferentes das que estão habituados, dando a perceber a existência de algumas delas nos seus discursos.

A mulher brasileira

Relativamente à mulher brasileira, não surgem discursos que permitam identificar algumas das práticas cuidativas à criança, que os profissionais de saúde as entendam como específicas da sua cultura de origem. O que se reforça, é o “estar” calmo, perante um acontecimento natural, já experienciado por muitas delas, no seu país e, poder-se-á deduzir, que aparentemente, a imigração para o nosso país não provoca alterações no exercício da maternidade. Que, por sua vez, poderá ser indicativo de que a mulher brasileira no exercício da maternidade tem, normalmente, um comportamento de semi-aculturação, optando por utilizar os seus modelos de referência:

- *“As brasileiras não ficam ansiosas, para elas tudo é normal.” (A6,P6,L217)*

A mulher do leste da Europa

Quanto à mulher do leste da Europa, os profissionais de saúde apesar de acharem que há, por parte das mães, uma certa aceitação das orientações que lhes transmitem, identificam várias práticas cuidativas às crianças, influenciadas por crenças e hábitos utilizados no seu país de origem, como se exemplifica de seguida. Perante o exposto, a semi-aculturação é percebida pelos profissionais de saúde, quando cuidam da mulher do leste europeu, no âmbito dos cuidados à criança:

- *“(…)acho que inclusivamente estão mais abertas à informação e a aceitarem a informação acompanhando, eu acho que aplicam mais e conseguem ultrapassar com mais facilidade (...)” “(...) Um das crenças que eles têm, nos países de leste, (nem sei explicar muito bem), é que eles usam sempre uma touquinha na cabeça, que têm que usar durante um certo tempo por um motivo qualquer, que é uma crença que em Portugal não existe.(...) Falam também muito sobre a alimentação, o que é que podem introduzir, falam também muito sobre as cólicas do bebé.”(A1,P2,L73-75; P4,L156-159 e P5,L219-220)*

- *“Estava a lembrar-me de uma tradição romena (...) quando o bebé nasce colocam uma moeda de prata no umbigo do bebé.” [Os ucranianos, como vestem o bebé] “(...) eles utilizam um pano rectangular, embrulham o bebé de uma maneira própria e não havia aquela coisa de ter de mudar de pano como nós mudamos de “babygrow” todos os meses. O pano, até o bebé ter nove meses servia sempre (...) Isso tem a ver com a tradição médica, ou seja com algum argumento médico e com algum argumento tradição. Eles não tinham roupa para bebé como nós temos. O bebé cresce muito rapidamente. Como eles são economicistas, era um desperdício comprar roupa para um mês, dois meses, etc. Então o que faziam era que o*

pano ia crescendo à medida que o bebê ia crescendo. (...) Depois também tem a ver com a prevenção (...) O bebê estava enrolado e portanto se houvesse qualquer problema ao nível da anca ou articulações ou até mesmo fractura de clavícula durante o parto, o bebê estava imobilizado. Também tem a ver com uma crença que nesses casos o bebê progredia mais depressa de peso porque estava mais tempo quieto.”

“A touca é porque é um clima bastante frio. E eles fundamentam isso em que o ser humano perde mais calor pela cabeça, portanto é a parte que deve estar sempre coberta. Eles todos vêm sempre com a touca. Isso tem a ver mais com o clima de lá.(...) E também é tradição deles, eles usam a roupa do bebê ao contrário, às avessas para as costuras não magoarem o bebê. “(...) eles têm a tradição de rapar o cabelo à criança recém-nascido. É normal, eles rapam o bebê, tanto rapaz como rapariga, e a razão é fortificar o cabelo. Fazem duas vezes seguidas e o bebê tem de ter menos de um ano.” (B3,P6,L242-243; 246-249; 250-259 e P7,L289-290)

- [As ucranianas] “(...) nos cuidados, a forma como elas lidam com o bebê recém-nascido tem diferenças, e tenho encontrado, também, algumas semelhanças no cuidar do bebê (...) a vestir ou a despir, ou quando o bebê está a chorar, fazem um som com a boca, para acalmar o bebê. Ao princípio achei aquilo engraçado mas depois comecei a reparar que é costume aquela maneira (...) O embrulhar muito o bebê, ficarem alguns tipo no casulo com aquelas mantinhas, sempre com gorros, há um cuidado extremo com os gorros, porque vêm de países frios e estão habituados ao gorro, nota-se que há influências dos hábitos delas.” (A3,P5,L163-170)

- “As romenas têm uma maneira de vestir as crianças com umas toucas como antigamente nos filmes, às vezes com roupas com rendas (...) as outras vestem normalmente como as nossas.“(...)têm um alfinetes com umas coisinhas penduradas, antigamente nós usávamos isso.”(...)“Depois na alimentação, quando começam a comer, é que os meninos de leste são todos muito grandes com Percentil 95 [curvas de crescimento], não só no peso mas também em estatura. Comem muito bem e comem as coisas que não deviam comer, porque é hábito elas lá comerem e elas dão-lhes essas coisas e aumentam muito e crescem muito. São crianças grandes e saudáveis. Aqui por exemplo, nas sopas, as mães não dão logo tomate e elas dão, porque lá elas usam tomate.” (B4,P5,L169-170; 173-174 e L185-190)

A amamentação, é uma das práticas cuidativas comum e aceite na maioria das culturas, tendo por base o seu valor biológico e, em particular, as suas propriedades imunológicas, muito importantes, por exemplo, na prevenção de doenças gastro-intestinais, nos primeiros anos de vida da criança. Neste contexto, é visível a adesão das imigrantes do leste da Europa à amamentação, sendo expresso pelos profissionais de saúde, algumas das práticas alimentares que estas mulheres realizam para a produção de leite:

- **[Imigrantes dos países de leste]** *“Falam sobre se irão amamentar ou não, perguntam se irão ter leite, se não tiverem como é que vão fazer, a questão do aleitamento é sempre uma preocupação grande durante a gravidez. “(...) é engraçado porque eu acho que elas não têm tanta dificuldade na amamentação como as portuguesas. As portuguesas, se calhar tem a ver com a nossa sociedade e com os mass media, com muita facilidade desistem, as imigrantes estão muito mais viradas para o aleitamento materno, elas não desistem com tanta facilidade, não põem tantos problemas, as portuguesas ao primeiro obstáculo facilmente desistem. “(...) o que é que podem comer, se estiverem a amamentar e durante a gravidez, a alimentação é uma das preocupações (...)”* (A1, P4,L159-163; P5,L216-217 e P6,L230-231)

- **[As ucranianas]** *“Para produzirem leite (...) mulher que pariu, tem por habito beber leite condensado e comer nozes. Todos os dias elas bebem umas colheradas de leite condensado e comem nozes, o que é altamente calórico (...) Outra coisa, quando querem secar o leite, elas não utilizam medicação, elas comem alho cru. É engraçado que isto entra na tradição delas. Elas não tomam medicamento nenhum para secar o leite (...) Às vezes até aplicam o próprio alho a nível da região mamária. Muitas vezes até vêm com queimaduras.”* (B4,P4,L173-176 e P5,L177-179)

- *“Às vezes têm suplementos que elas lá habitualmente fazem e perguntam se podem fazer durante a gravidez e já depois no puerpério. Habitualmente isto acontece mais com as ucranianas. Têm dois suplementos que, enquanto amamentam, fazem. Trazem para cá e pedem à família para mandar e o facto é que elas amamentam até querer. Eu penso que aquilo é composto à base de milho, já conseguimos perceber isso. Fazem isso durante a gravidez com a ideia de poderem amamentar depois durante mais tempo.”*(...) *“Por exemplo quase todas elas em duas semanas pós-parto vestem a sua própria roupa, e têm praticamente a forma readquirida. E esta era uma das nossas questões, como é que isto acontece, há alguma coisa cultural, como é que conseguem? Então fomos percebendo que em termos de hábito cultural delas, enquanto amamentam, para além desse suplemento que fazem, que parece que é proteico, fazem uma alimentação muito à base de chá, de sopa e pão, e pouco mais. E esse suplemento acaba por compensar, e o que é facto é que elas amamentam durante muito tempo, mesmo depois de já estarem a trabalhar sem qualquer tipo de problema. E depois adquirem a sua forma física normal **[rapidamente]** o que depois em termos de auto estima é muito bom.”* (A5,P4,L159-162; P5,L163-164 e 193-200)

A mulher imigrante em geral

Também surge a questão da circuncisão, que perante as dificuldades económicas e sanitárias com que muitos dos imigrantes vivem, especialmente nos primeiros tempos, esta prática deverá ser aceite e realizada com assistência médica, prevenindo-se complicações de saúde para a criança:

- “Em relação aos muçulmanos, a circuncisão dos rapazes é fundamental. É preferível sermos nós a fazê-la, em meio hospitalar, senão eles fazem na mesma em casa.” (B3,P7,L292-293)

O envolvimento do parceiro nos processos de gravidez e maternidade, é visto aqui, com a intenção de se perceber a influência do parceiro no comportamento cultural materno. Nesta perspectiva, evidenciam-se alguns aspectos que se poderão considerar como comportamentos caracterizadores da mulher daquela cultura. Outros aspectos, parece que apenas reflectem as limitações ou as consequências da imigração.

A mulher brasileira

Pelos discursos, parece que a maternidade é especialmente assunto da responsabilidade da mulher ou das mulheres da família, sendo referido, com frequência, a falta da rede de suporte familiar que existia no seu país, para cuidar da criança, como se relata nos seguintes discursos:

- “As brasileiras nunca vêm com companheiro, tirando alguma, por exemplo ainda há pouco estava ali uma a falar comigo que traz sempre o marido, mas esse é um casamento **[dentro dos padrões normais para a nossa sociedade]** “As brasileiras referem isso e dizem: «das outras gravidezes tinha a minha mãe, que me fazia as coisas» (...) As brasileiras falam um bocadinho dessa dificuldade «a minha mãe veio, ou tenho saudades da minha mãe» (...) As brasileiras soa um bocado como as portuguesas, são sentimentais (...)” (B1,P7,L285-286; P8,L320-326 e P9,L419-421)

- “Dos brasileiros, não vejo quase nada. Elas vivem muito a maternidade, elas próprias, eles não. (A6,P6,L209)

- “Esta brasileira dizia-me que lá no Brasil tinha sete pessoas da família para a ajudar e aqui tinha o marido só (...) Inclusivamente na maioria delas há um familiar que vem do Brasil para apoiar durante o início.” (A6,P5,L185-188)

Porém, também surge uma opinião contrária, dando a ideia que a mulher brasileira faz questão de envolver o parceiro na maternidade:

- “As brasileiras normalmente vêm acompanhadas, é muito raro, mesmo a uma consulta de saúde infantil, vir só a mãe, é raríssimo (...) obrigam mesmo, tem que ser tudo muito compartilhado. São pais que vestem e despem a criança, põem a criança na balança, mas manifestam interesse e são muito preocupados e perguntam, há mesmo pais que vêm sozinhos com os filhos e que perguntam como é que se faz isto ou aquilo e querem fazer, às vezes até mais certinho do que a mãe.” (A2,P5,L212-213 e P6,L231-235)

A mulher do leste da Europa

Em relação à mulher ucraniana, um dos intervenientes, dá a entender que o envolvimento e partilha do exercício da maternidade se devem a uma conquista da mulher, e que se tem vindo a transmitir de geração em geração. Se comparada com a mulher portuguesa, evidencia-se uma diferença significativa de comportamento, como se expõe:

- *“Eu acho que a mulher ucraniana soube-se impor, uma vez que também tinha tanto que fazer. Normalmente, é diferente o dia-a-dia da mulher ucraniana para a mulher portuguesa. A mulher ucraniana vai trabalhar quando chega a casa, ela não reserva para si as tarefas domésticas todas, são partilhadas, é completamente diferente, e isso é uma questão de hábito, é uma questão de cultura também, é uma questão de habituação. Nós não, chegamos a casa somos nós que fazemos as coisas e levamos as coisas para nós, e somos nós que queremos fazer, elas não, elas partem do princípio que trabalharam, chegaram a casa e agora as coisas são mesmo divididas, literalmente. Em relação aos miúdos, eles cuidam deles tal e qual como elas. Hoje és tu a dar banho, ontem fui eu. Muitas vezes, e isto acontece normalmente, ao contrário do que acontece com a mulher portuguesa, eles vêm ao médico, porque ele ontem viu uma coisa e eu vi outra, portanto vêm os dois trazer as duas informações (...) Cá as mães dizem: «ontem vi uma coisa e hoje parece-me outra», e eles não. Ontem que o pai cuidou dele, e hoje era a vez dela, e portanto cada um traz a sua informação.” (B3,P5,L216-223 e P6,L224-227)*

Talvez, por essa mesma razão, procuram o apoio do parceiro, sempre que a situação laboral do mesmo permita, como se depreende dos seguintes testemunhos:

- **[As ucranianas]** *“Elas procuram muito ter o apoio dos companheiros. Se calhar porque se sentem mais sozinhas e mais desamparadas e muitas vezes aparecem com os companheiros, salvo uma gravidez ou outra não planeada.” (...) eles preocupam-se, às vezes até vêm eles e elas não vêm. Põem as dúvidas, estou a falar dos ucranianos.” (A3,P4,L151-153 e P5,L186-187)*

- *“As ucranianas, algumas trazem, e outras não trazem porque eles estão a trabalhar e não podem vir. Porque eu às vezes digo para ouvir o bebé uma vez eu passo o papel e então elas trazem. Faço esse acordo com elas. Os ucranianos quando podem ou quando não estão a trabalhar, e às vezes tenho visto que se estão de baixa pelo seguro vêm sempre à consulta (...) Se não vêm são os que estão a contrato e não querem faltar.” (B1,P7,L288-292)*

No entanto, em relação à mulher romena, encontra-se uma opinião diferente do comportamento materno, como descreve um dos intervenientes:

- *“Os romenos já não é assim, é parecido com os ciganos, a mulher fica com a casa e com as tarefas para ela, antes e depois do bebé nascer.” (B3,P6,L227-229)*

A mulher africana

Para a mulher africana, mais uma vez se subentende, que a maternidade é assunto das mulheres. Mas parece que conseguem ter uma rede social de apoio, ao se fazerem acompanhar de amigas, apesar de não se perceber se as amigas pertencem ou não ao país de origem:

- *“As africanas não vêm com o companheiro mas trazem sempre umas amigas, com os companheiros raramente vejo.” (B1,P10,L441-442)*

A mulher imigrante em geral

Contudo, a maioria dos profissionais de saúde, não consegue ter a percepção do envolvimento do pai, visto que a falta de acompanhamento, que normalmente se verifica do parceiro, se deve às questões laborais associadas à imigração:

- *“Por acaso nos imigrantes, a verdade seja dita, nós conhecemos muito poucos pais. Penso que tem a ver com o trabalho. Às vezes o trabalho deles nem é aqui na cidade, é noutra local, normalmente trabalham em obras, na construção de estradas, por isso não conhecemos o pai, mesmo numa família que já seguimos há muitos meses. Há uma ou outra família que conheço o pai, mas vêm sempre sozinhas. Todas elas, mesmo ali as estudantes do politécnico, que é uma gravidez não desejada, e que o pai do bebé é português ou está cá, não vêm.”*

“Também são países muito diferentes, não é só um país. Estou a lembrar-me, são moldavas, ucranianas, romenas (...) Não quer dizer que seja mesmo assim. Acho que, por exemplo, os ucranianos apoiam mais em relação aos romenos, nestes acho que é mais a mulher que está presente.” (A2,P5,L207-212 e P6,L229-231)

Ou então, a presença dos mesmos é vista como uma forma de diminuir as dificuldades encontradas no novo país, por se estar fora do contexto familiar, em que a presença do companheiro funciona como um suporte quer na segurança, quer na comunicação, como se relata:

- “Tenho a impressão que vêm mais que os portugueses.(...)Eu acho que deve ser porque como estão num país estrangeiro, elas sentem-se mais frágeis em vir sozinhas, acho que deve ser mais por isso (...) A maior parte delas vêm com o marido.”(B2,P5,L195; L197-198 e 222)

-“Aí já temos dois pólos. Temos aqueles que tentam acompanhar na gravidez e no pós-parto. E que acompanha mesmo durante as consultas de vigilância de saúde materna, e está presente, às vezes até servem de tradutores porque estão cá há mais tempo, e vêm pela própria situação da língua. Depois há outro grupo que, pela situação laboral que às vezes é precária, não vem, não consegue acompanhar. Então elas às vezes, como têm o seu núcleo de amigos, vêm acompanhadas de uma amiga e têm a sua rede de suporte (...) De uma forma geral não vêm.” (A5,P5,L186-191)

Termina-se a categoria da maternidade da mulher imigrante no contexto de saúde português, com a ideia de que os profissionais de saúde intervenientes no estudo, procuram ter uma visão do comportamento cultural materno, nas diversas vertentes que possam influenciar a sua adaptação à maternidade, num contexto cultural e aparentemente diferente do seu.

A identificação que fazem de diversos comportamentos que as mulheres imigrantes, de diversas nacionalidades, apresentam ou manifestam, permite considerar que estão sensíveis e procuram entender esse mesmos comportamentos, no sentido de se “aproximarem” destas mulheres e intervir adequadamente junto das mesmas. Reforça-se esta ideia, com o facto, de permanentemente, enquadrarem estes comportamentos culturais maternos, no processo de imigração, demonstrando estarem despertos para as condicionantes, limitações e dificuldades sociais, económicas e de saúde a que estas mulheres estão sujeitas, neste período específico das suas vidas.

Quadro nº 10 – Síntese da categoria *A maternidade da mulher imigrante no contexto de saúde português*

Subcategorias	Síntese
	<p>No enquadramento da maternidade da mulher imigrante, os intervenientes do estudo efectuaram um paralelismo com a mulher da nossa sociedade, identificando aspectos caracterizadores do comportamento cultural materno, à luz das questões abordadas no tema anteriormente analisado. Nos seus discursos, destacam determinadas culturas, e sendo por aqui que baseiam a suas experiências e percepções sobre a problemática abordada.</p> <p>A idade em que acontece a gravidez, emerge como um aspecto</p>

<p>Comportamento cultural materno</p>	<p>caracterizador da mulher imigrante de determinadas culturas. No entanto, este factor não surge isolado, mas contextualizado com outros factores, como: o contexto familiar; a altura em que acontece a gravidez durante o processo de imigração; as razões da imigração; e ainda a analogia com a mulher da nossa sociedade.</p> <p>Quando se referem à <i>mulher imigrante em geral</i>, a maioria dos intervenientes consideram não encontrar grande diferença nas idades em que acontece a gravidez, se em comparação com a mulher da nossa sociedade. E quando acontece percebem como situações pontuais.</p> <p>Porém, quando identificam determinada cultura referem que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - a <i>mulher brasileira</i>, é na idade adulta que acontece a gravidez e aparentemente uma gravidez planeada pelo casal; - a <i>mulher leste da Europa</i>, parece haver uma convergência de opiniões, relativamente ao facto de a gravidez acontecer dentro de uma família já construída ou planeada, no país de origem, e no sentido do reagrupamento familiar. No entanto, quando se reportam à <i>mulher ucraniana</i>, parece que existe uma determinada idade para se terem os filhos, sendo que em relação ao primeiro filho, este deverá acontecer numa idade inferior à considerada para a mulher portuguesa; - a <i>mulher africana</i> é vista como com tendência para engravidar muito cedo, nomeadamente durante a adolescência. <p>Os <u>motivos que levam as mulheres imigrantes a engravidar</u>, quando enquadrados nas características culturais de origem, são percebidos do seguinte modo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - quando não identificam a origem da grávida, o motivo da gravidez está integrado na continuidade da família, sendo por isso planeada. No entanto, entre outros motivos, também se reconhece a questão da residência ilegal da mulher, utilizando a gravidez como um factor facilitador para a possibilidade de residência no país de acolhimento; - perante a <i>mulher brasileira</i>, as opiniões divergem. São mencionadas as mulheres com gravidezes planeadas e desejadas, dentro de uma relação estável, como também é identificada e realçada a situação de gravidez não desejada, apesar de se perceber que acontece com menos frequência. Outros dos profissionais de saúde, dão a entender que para a mulher brasileira a gravidez acontece naturalmente, sem necessidade de planeamento. De facto, transparece a ideia de uma intenção de melhoria de vida, num outro país, onde a maternidade poderá ou não acontecer, visto que esta experiência já foi vivenciada, pela maioria destas mulheres, no seu país de origem, em idades mais jovens; - em relação à <i>mulher do leste da Europa</i>, parece que o processo de imigração não afecta de uma forma negativa a maternidade. Em particular, a família imigrante <i>ucraniana</i>, parece conseguir planear adequadamente a gravidez, demonstrando uma boa aceitação da mesma; - quanto à <i>mulher africana</i>, perante os profissionais de saúde que se manifestam, parece que não têm uma percepção tão exacta dos motivos da gravidez, excepto quando esta acontece nas jovens imigrantes, durante o seu percurso de formação profissional realizado no nosso país; - o mesmo se conclui relativamente aos breves testemunhos sobre a <i>mulher chinesa</i>, estando também relacionado com a reduzida afluência destas mulheres aos serviços de saúde. <p>No que diz respeito às <u>principais preocupações da mulher imigrante</u>, durante a gravidez, os profissionais de saúde evidenciam especialmente, as seguintes:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) As necessidades de informação são muito notórias nas jovens <i>africanas</i>, pela falta de conhecimentos e insegurança que manifestam. Um dos profissionais de saúde entrevistados, por ter vivido na Ucrânia, percebe a afluência com que é abordada pelas gestantes <i>ucranianas</i>,
---------------------------------------	--

<p>Comportamento cultural materno</p>	<p>pela necessidade que estas têm de saber se a informação que transmitiram aos profissionais de saúde que as assistiram foi realmente entendida. Isto, não tanto pela dificuldade linguística, mas mais pela necessidade de serem compreendidas nas suas necessidades, dúvidas e preocupações, face à gravidez.</p> <p>Outros, salientam também esta necessidade de informação, por parte das imigrantes do <i>leste da Europa</i>, mas vista mais no sentido de cumprirem com as orientações de saúde que lhes são solicitadas pelos profissionais de saúde, no país de acolhimento.</p> <p>b) As questões de ordem económica e social, ao serem particularizadas nas diversas áreas da vida da mulher imigrante que são afectadas pelas dificuldades económicas, demonstram que os profissionais de saúde estão afectos às dificuldades e necessidades com que estas mulheres se confrontam durante a gravidez e após o nascimento da criança.</p> <p>As carências económicas são percebidas como que associadas a um comportamento típico da <i>mulher brasileira</i>, durante a gravidez, com repercussões no seio familiar.</p> <p>Nas mulheres do <i>leste europeu</i>, pelo próprio planeamento da gravidez já anteriormente referido, parece demonstrarem melhores condições económicas, nomeadamente na preparação para a maternidade, e parece que facilmente se orientam na aquisição de abonos financiados pelo estado Português.</p> <p>c) As mulheres imigrantes em geral, se preocupam com o bebé, tanto durante o período fetal, como após o nascimento da criança, e de acordo com a percepção dos profissionais de saúde, o contexto migratório, acentua a responsabilidade e a preocupação com o bem-estar da criança, e ainda, faz emergir um sentimento de culpa, face ao gerar uma criança num contexto social e cultural diferente.</p> <p>A <i>mulher brasileira</i> apresenta diferentes comportamentos, quer durante a gravidez, como durante a maternidade. Para alguns dos profissionais de saúde, a falta de solicitação da mulher brasileira, deve-se ao conhecimento adquirido nas suas vivências da maternidade, no seu país de origem.</p> <p>Para outros, surge mais uma vez, o “estar” perante a gravidez e maternidade, como acontecimentos naturais que as torna, aparentemente “desligadas”. Contudo, após o nascimento da criança, as preocupações com os cuidados com a mesma já se evidenciam, fazendo-se referência à falta da família alargada.</p> <p>As <i>mulheres dos países do leste</i>, são normalmente informadas sobre os aspectos que envolvem a gravidez e a maternidade, nomeadamente em termos da importância de uma vigilância de saúde adequada, e expõem as suas dúvidas com frequência. Nomeadamente, <i>as ucranianas</i>, dão especial atenção à alimentação que devem ter durante a gravidez, estando este facto associado a questões de ordem genética, para o qual parece estarem despertas.</p> <p>O comportamento materno da mulher do leste europeu, também se evidencia na forma como cuida da criança. Porém, apesar de serem mulheres que demonstram preocupação com o bem-estar da criança, mesmo assim, ainda se evidencia um outro comportamento específico nestas mulheres, que é o facto de serem reservadas, mesmo quando expõem as suas inquietações.</p> <p>Em relação à <i>mulher africana</i>, emerge a ideia de que quando os problemas de saúde surgem, durante a gravidez, podem ser fatais para o bebé, parecendo ter uma atitude pessimista, perante uma alteração do processo natural da gravidez.</p> <p>d) Relativamente às preocupações com o parto, mais uma vez se identificam diferentes formas de estar entre a <i>mulher brasileira</i> e a <i>mulher do leste da Europa</i>. Enquanto que as primeiras estão especialmente</p>
---------------------------------------	---

<p>Comportamento cultural materno</p>	<p>direccionadas para partos por cesariana, mesmo que para isso tenham que voltar ao país de origem, as mulheres do leste europeu, procuram adquirir o máximo de informação sobre os recursos disponíveis na área de residência, para se preparem para o momento do parto.</p> <p>e) As preocupações da mulher imigrante, no que diz respeito a ela própria, ao seu bem-estar e à sua auto-imagem, perante as mudanças físicas que ocorrem ao longo da gravidez, é entendida pelos profissionais de saúde entrevistados, como um aspecto que se manifesta diferentemente nas várias culturas.</p> <p>Em relação à <i>mulher brasileira</i>, surge a ideia de que é uma mulher que se preocupa significativamente com a sua aparência, especialmente, com as possíveis consequências após o nascimento da criança. No entanto, outros dos profissionais de saúde, não encontram grande diferença entre as preocupações da mulher brasileira e da mulher portuguesa, na ideia de que ambas não valorizam os cuidados com a sua imagem corporal, se comparado com a preocupação que demonstram pelo bebé.</p> <p>Quanto à <i>mulher do leste da Europa</i>, parece que já se manifesta uma certa preocupação pelas mudanças do corpo e pela sua aparência, evidenciando-se logo durante a gravidez.</p> <p>No entanto, os profissionais de saúde, consideram que a preocupação com a aparência física, é um assunto muito pessoal, onde outros factores assumem grande influência, nomeadamente a vivência de cada mulher junto da família, amigos e grupos sociais, a sua formação académica e profissional, e as características pessoais de personalidade, independentemente do seu país origem ou cultura.</p> <p>f) No que diz respeito às questões da sexualidade, os profissionais de saúde dão a perceber que as <i>mulheres brasileiras</i> parece que conseguem falar dos aspectos mais íntimos, com alguma abertura. Quanto às <i>mulheres do leste europeu</i>, apesar de manifestarem alguns dos mitos associados à gravidez, a sexualidade é um dos assuntos que não partilham com os profissionais de saúde.</p> <p>Os <u>desconfortos durante a gravidez</u>, manifestados pelas mulheres imigrantes são semelhantes aos apresentados pela mulher portuguesa, integrando as particularidades de uma primigesta ou multigesta e das vivências familiares e socioeconómicas de cada grávida. No entanto, emergem discursos que dão significado a alguns dos aspectos anteriormente atribuídos às mulheres imigrantes brasileiras e às oriundas do leste europeu</p> <p>Por sua vez, parece que a <i>mulher chinesa</i> não tem, por hábito, manifestar junto dos profissionais de saúde os desconfortos típicos da gravidez. Contudo, perante situações que possam comprometer o bem-estar do feto e da própria mulher, tem-se a percepção que recorrem aos serviços de saúde. Também, parece existir a opinião de que a mulher chinesa imigrante trabalha ao longo do período da gravidez. Porém não fica explícito, se o faz por necessidade económica ou se por a gravidez ser vista como acontecimento natural, ou ambas as razões em simultâneo.</p> <p>A percepção dos profissionais de saúde sobre o comportamento cultural da mulher imigrante, na <u>adesão à consulta de revisão do puerpério</u>, é de que tanto a <i>mulher brasileira</i> como a <i>mulher africana</i>, se preocupam com o controle da natalidade, sendo esta a principal razão da adesão a esta consulta.</p> <p>As <i>mulheres do leste europeu</i>, para além de se esforçarem por cumprir o esquema de vigilância de saúde relativo ao período peri-natal, também demonstram conhecimentos sobre as mudanças que ocorrem no seu corpo durante o pós-parto e fazem referência, junto dos profissionais de saúde, ao modo como estão habituadas a actuar, para facilitar a sua recuperação física.</p>
---------------------------------------	---

<p>Comportamento cultural materno</p>	<p>Surge, também, a <i>mulher paquistanesa e a indiana</i>, como cumpridoras da consulta de revisão do puerpério, com a particularidade de irem sempre acompanhadas com o parceiro, orientador da vigilância de saúde da mulher e, ao mesmo tempo, facilitador da comunicação entre a mulher, com dificuldades na compreensão da língua portuguesa, e o profissional de saúde. E, mais uma vez, há a percepção de que o objectivo é o controlo da natalidade.</p> <p>Perante o modo como se processa a adaptação à maternidade da mulher imigrante no nosso país, parece haver uma preocupação dos profissionais de saúde em conhecerem e compreenderem essas <u>práticas cuidativas à criança</u>, nomeadamente quando surgem como diferentes das que estão habituados, dando a perceber a existência de algumas delas nos seus discursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - em relação à <i>mulher brasileira</i>, não são identificadas práticas cuidativas à criança, que os profissionais de saúde as entendam como específicas da sua cultura de origem. O que se reforça, é o “estar” calmo, perante um acontecimento natural, já experienciado por muitas delas, no seu país e, que poderá ser indicativo de que a mulher brasileira no exercício da maternidade tem, normalmente, um comportamento de semi-aculturação, optando por utilizar os seus modelos de referência; - quanto à <i>mulher do leste da Europa</i>, apesar de acharem que há, por parte das mães, uma certa aceitação das orientações que lhes transmitem, identificam várias práticas cuidativas às crianças, influenciadas por crenças e hábitos utilizados no seu país de origem, estando mais uma vez e bem expresso, o modelo de semi-aculturação, nomeadamente na adesão à amamentação, com a identificação de algumas das práticas alimentares que estas mulheres realizam para a produção de leite; - a questão da circuncisão, emerge face às dificuldades económicas e sanitárias com que muitos dos imigrantes vivem, especialmente nos primeiros tempos, em que os profissionais de saúde consideram que esta prática deverá ser aceite e realizada com assistência médica, prevenindo-se complicações de saúde para a criança. <p>No que diz respeito ao <u>envolvimento do parceiro nos processos de gravidez e maternidade</u>, evidenciam-se alguns aspectos que se poderão considerar como comportamentos caracterizadores da mulher daquela cultura e outros aspectos, em que apenas se reflecte as limitações ou as consequências da imigração.</p> <p>Em relação à <i>mulher brasileira</i>, parece que a maternidade é especialmente assunto da responsabilidade da mulher ou das mulheres da família, sendo referido, com frequência, a falta da rede de suporte familiar que existia no seu país, para cuidar da criança. Porém, também surge uma opinião contrária, dando a ideia que a mulher brasileira faz questão de envolver o parceiro na maternidade.</p> <p>Quanto à <i>mulher ucraniana</i>, um dos intervenientes, dá a entender que o envolvimento e partilha do exercício da maternidade se devem a uma conquista da mulher, e que se tem vindo a transmitir de geração em geração e, se comparada com a mulher portuguesa, evidencia-se uma diferença significativa de comportamento. Talvez, por essa mesma razão, procuram o apoio do parceiro, sempre que a situação laboral do mesmo permita. No entanto, em relação à <i>mulher romena</i>, encontra-se uma opinião diferente do comportamento materno, sendo muito idêntico ao da etnia cigana.</p> <p>Da <i>mulher africana</i>, mais uma vez se subentende, que a maternidade é assunto das mulheres. Mas parece que conseguem ter uma rede social de apoio, ao se fazerem acompanhar de amigas, apesar de não se perceber se as amigas pertencem ou não ao país de origem.</p> <p>Conclui-se, no entanto, que na <i>mulher imigrante em geral</i>, a maioria dos</p>
---------------------------------------	--

Comportamento cultural materno	profissionais de saúde, não consegue ter a percepção do envolvimento do pai, visto que a falta de acompanhamento, que normalmente se verifica do parceiro, se deve às questões laborais associadas à imigração. Ou então, a presença dos mesmos é vista como uma forma de diminuir as dificuldades encontradas no novo país, por se estar fora do contexto familiar, em que a presença do companheiro funciona como um suporte quer na segurança, quer na comunicação.
--------------------------------	---

2.2 - A VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL E REVISÃO DO PUERPÉRIO EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Da análise da categoria derivaram duas subcategorias, descritas no quadro seguinte.

Quadro nº 11 – A categoria *A vigilância pré-natal e revisão do puerpério em Cuidados de Saúde Primários* e as subcategorias resultantes

Categoria	Subcategoria
A vigilância pré-natal e revisão do puerpério em Cuidados de Saúde Primários	Acessibilidade aos serviços de saúde
	Identificação/Reconhecimento de diferentes comportamentos de saúde

Acessibilidade aos serviços de saúde

Promover a acessibilidade aos serviços de saúde da população imigrante, tem sido uma das principais preocupações ao nível da Comunidade Europeia e, em particular do governo português. Conforme se constata, nas principais conclusões da Conferência Europeia, realizada em Outubro de 2007, com o tema “*Saúde e Migrações na UE: melhor saúde para todos numa sociedade inclusiva*”, o acesso aos cuidados de saúde é visto como um pré-requisito da saúde pública da UE e, em particular, as mulheres e as crianças migrantes, pela vulnerabilidade que os caracteriza, devem ser

consideradas uma prioridade e alcançadas, se necessário, através de programas de cuidados de proximidade, nomeadamente no acesso aos serviços de planeamento familiar, saúde sexual e reprodutiva, garantia de programas de vacinação e, prevenção da violência doméstica e do tráfico humano (Portal da Saúde, 2007).

Junto dos intervenientes do estudo, pretendeu-se compreender como avaliam a acessibilidade que é efectuada nos serviços onde prestam cuidados à mulher imigrante, durante a sua vigilância pré-natal e nos primeiros tempos da maternidade, nomeadamente na consulta de revisão do puerpério. Da análise verificou-se que os profissionais de saúde focalizaram esta subcategoria em dois aspectos, sendo estes: a visão que têm da organização do atendimento à mulher imigrante e a percepção que têm da afluência da mesma a este tipo de vigilância de saúde.

Relativamente, à organização do atendimento no acesso da mulher imigrante às consultas de vigilância pré-natal e revisão do puerpério, alguns dos entrevistados referem que no Centro de Saúde onde exercem funções todas as mulheres imigrantes têm acesso à vigilância de saúde. Nestas instituições ou não existe a “lista de espera” para este tipo de utentes, sendo incluídas nos ficheiros dos médicos de família (onde se encontra integrado na equipa o enfermeiro) ou então, as imigrantes grávidas sem médico de família atribuído, são assistidas por médicos e enfermeiros designados para estas actividades, como exemplificam os intervenientes no estudo:

- *“Elas aqui sempre tiveram um bom acolhimento. Sempre foi uma preocupação deste Centro de Saúde, a mulher grávida, independentemente da origem dela, que não tenha médico de família, nós atribuímos-lhe logo um médico para ficar com elas. Neste momento, nós não temos nenhuma grávida aqui na unidade sem médico de família. A nossa preocupação foi logo fazer o acompanhamento desde início.” (B5,P3,L110-114)*

- *“Não tenho muitas imigrantes no meu ficheiro, mas sou responsável pelas grávidas que não têm médico de família e aí é que tenho apanhado várias e tenho apanhado essencialmente dos países de leste, que por acaso não identifico nunca e brasileiras.(...) Eu já tive meses de fazer quinze grávidas extra o meu ficheiro (...) As grávidas têm sempre consultas garantidas.” (B6,P1,L1-3 e P4,L157-159)*

- *“Porque a nível de vigilância de saúde, aqui não têm problemas. Neste momento nem há lista de espera, todas estão incluídas no médico de família, portanto todas têm acesso à vigilância da saúde. (...) Eu só me estou a referir ao local onde trabalho e onde me posso reportar. Elas têm uma acessibilidade enorme, não há nenhuma grávida que chegue cá, que diga que vem ansiosa e que tenha problemas que não tenha logo uma consulta de enfermagem não programada, se for preciso encaminha-se logo para falar com o médico, acho que a acessibilidade é excelente, e portanto em termos de funcionamento, não é perfeito, porque não*

há nada perfeito, e há sempre handicaps de serviço, mas acho que no global funciona muito bem, nomeadamente em relação às grávidas, que é o que nós estamos a falar mais concretamente, grávidas ou crianças, porque acho que aqui as grávidas ou as crianças estão num patamar acima, é verdade.” (A1,P4,L149-151 e P7,L296-303)

Tendo-se presente as Orientações Técnicas estabelecidas pela Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários para a vigilância de saúde pré-natal, o esquema recomendado prevê um total de 10 consultas, em que da 8^a até à 36^a semana de gestação devem ocorrer mensalmente e seguidamente com consulta quinzenal até ao parto. No entanto, é previsto um número mínimo de 6 consultas, tendo em conta os períodos fundamentais para a avaliação do bem-estar materno e fetal, para se considerar uma vigilância adequada da gravidez (Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, 1991). Perante o atrás referido, alguns dos intervenientes reflectem sobre aspectos com que ainda se deparam, que em termos de organização do atendimento não são promotores do acesso à vigilância de saúde, nomeadamente a periodicidade das consultas de vigilância pré-natal a grávidas pertencentes à lista de espera não é, muitas vezes realizada de acordo com esquema preconizado, pondo-se em causa a qualidade da vigilância da gravidez, como se expõe:

- “Há uma grande diferença entre as utentes que já têm médico de família e enfermeiro de família e os que não têm. Uma pessoa imigrante que, em principio não vai recorrer ao privado, se não consegue ter técnicos de saúde nos cuidados de saúde primários é muito complicado. Às vezes nós aqui apercebemo-nos, apesar de não termos utentes sem médico de família, ainda há pouco tempo uma adolescente imigrante de um país africano veio cá, marcou consulta no nome de outra utente que era minha utente para conseguir ter uma consulta, porque como não tinha médico de família não estava a conseguir ser acompanhada. (...)E depois só fazem aquelas consultas esporádicas e não se sentem seguras. E como não há resposta é complicado, as pessoas se não se sentem seguras, sentem-se completamente perdidas. Porque a pessoa que é do nosso país não tem resposta nos cuidados de saúde primários mas sabe como orientar-se, [a imigrante] perceber como é que o sistema funciona quando não há ninguém que explique como é que funciona, é muito complicado, e isso é uma grande dificuldade. (...) a nível social é muito complicado. Os serviços quando respondem demoram a responder. Nós, apesar de tudo somos um serviço de mais fácil acessibilidade, é mais fácil entrar e vir falar com o enfermeiro do que ir falar com a assistente social.” (A2,P5,L177-183; 185-189 e P8,L307-309)

A articulação entre os profissionais de saúde, tendo em vista o encaminhamento da mulher imigrante de modo a ter acesso à vigilância de saúde dos diferentes profissionais, parece que nem sempre é efectuado da melhor forma. Sabendo que os médicos e enfermeiros, ao nível dos CSP exercem as suas actividades em complemento, a restrição a um deles não permite uma orientação adequada para as diferentes necessidades de saúde que a mulher possa demonstrar ao longo da gravidez e maternidade, como se coloca neste testemunho:

“Porque à partida, quando engravidam procuram o médico e inscrevem-se no Centro de Saúde e vão para os ficheiros que estão mais disponíveis. E nem sempre os ficheiros que estão mais disponíveis são os ideais para fazer vigilância de gravidez. E acaba por não haver uma grande orientação depois para os cuidados de enfermagem. Tenho aí uma moça que teve bebé, e durante a gravidez teve poucas consultas, mas não foi porque ela não quisesse, foi porque simplesmente foi mal orientada e o médico nunca a orientou para os cuidados de enfermagem. A enfermagem não sabia que havia aquela grávida e só soubemos que ela existia quando apareceu para fazer o teste de pezinho [diagnóstico precoce] Durante a gravidez não a conhecíamos, ela dizia que esteve aqui, mas não foi aqui (no Centro de Saúde). Não a encaminharam para aqui, portanto havia uma má orientação e depois isto tem consequências a nível da fase final da gravidez, para irem fazer a vigilância no hospital, e não vão e depois aparecem aqui já com o bebé, sem ser culpa delas.” (A3,P5,L196-199 e P6,L200-206)

Poder-se-á considerar que, nem sempre, os Centros de Saúde/UFS se encontram organizados ou dotados de instrumentos de gestão para responder, adequadamente, aos problemas, necessidades e expectativas da sua comunidade, em particular da comunidade migrante. São exemplos disso: (1) os circuitos de encaminhamento inadequados às mulheres imigrantes, muitas vezes, iniciado logo na entrada no sistema de cuidados, pela deficiente comunicação e esclarecimento administrativo, onde a língua estrangeira é o principal obstáculo; (2) o ineficiente agendamento das consultas de vigilância de saúde pré-natal, e dificuldade no cumprimento dos horários acordados; (3) uma inadequada monitorização da vigilância de saúde, nomeadamente da periodicidade das mesmas, necessidade de visita domiciliária, articulação com os serviços de Acção Social local e outros recursos da comunidade; (4) uma, pouco frequente, existência de equipas multiprofissionais, organizadas em rede, com missões específicas, inter-cooperantes e complementares e (5) a pouca visibilidade no

cumprimento de um registo efectivo no Boletim de Saúde da Grávida⁵, que facilite a continuidade dos cuidados, nomeadamente na articulação com outros serviços, como é o caso dos serviços hospitalares, maternidades e instituições privadas.

De facto, para que haja acessibilidade de cuidados parece que ainda se avizinha um longo percurso a percorrer, onde a falta os circuitos institucionalizados, manuais de boas práticas, monitorização de cuidados e a continuidade de cuidados são essenciais, no sentido, de cada mulher imigrante poder ter, pelo menos, o número mínimo aconselhado de consultas de vigilância pré-natal e a de revisão de puerpério e deste modo garantir-se uma assistência de saúde qualificada.

O acesso às consultas de referência, fora do âmbito dos CSP, noutras locais e, por vezes, noutras localidades, num contexto de imigração, também é visto pelos profissionais de saúde como dificultador para uma adequada vigilância da gravidez, quando se tem em linha de conta outros factores como as complicações na deslocação, quer pelo desconhecimento como pelas precárias condições económicas e, ainda, a necessidade de acompanhamento do parceiro, para servir de intérprete e, que por questões de contrato de trabalho não está facilmente disponível, como se depreende neste testemunho, em concordância com todos os aspectos já destacados noutras assuntos anteriormente abordados:

- “Na gravidez tem a ver com o acesso aos cuidados de saúde, às consultas, não tanto às consultas dos cuidados de saúde primários, mas depois quando nós referenciamos para as consultas mais diferenciadas, o que às vezes é dificultador porque elas muitas vezes não têm transportes, este conjunto de exames complementares, como ir fazer ecografia, análises, elas perdem-se um bocadinho (...) Aqui facilmente chegam, depois as grandes dificuldades delas é quando chegam ao hospital, porque também é fora daqui, têm de se deslocar para Abrantes e perdem um bocadinho o norte. Elas aqui, é engraçado, que sabem que o médico e o enfermeiro de família delas são estes, elas estão lá e é um porto seguro. Quando vão para outro sítio, quando chegam ao hospital aquilo é outro mundo, sentem-se perdidas.”
(A4,P4,L133-136 e P5,L201-205)

Cada cultura tem os seus próprios recursos e modos de interpretar e de actuar perante as diferentes situações com que os indivíduos se deparam, nomeadamente em

⁵ “O Boletim de Saúde da Grávida (BSG) é um instrumento fundamental de transmissão dos dados relativos à saúde da grávida e do feto. Assegura a circulação da informação clínica relevante, contribuindo para a articulação e interligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares (...) O BSG deve ser *distribuído a todas as grávidas na primeira consulta*, independentemente do nível assistencial onde a mesma se realize e deve ser actualizado em cada consulta subsequente.” (Direcção Geral de Saúde, 2007)

relação a como lidar com a saúde e com a doença (Ramos, 2008). Por outro lado, associa-se a influência das contingências provocadas pelos primeiros tempos da imigração, evidenciadas como nefastas, para a maioria da população imigrante que recorre aos CSP. Com estas duas componentes, os profissionais de saúde consideram que a afluência da mulher imigrante às consultas de vigilância, especialmente quando se encontram em lista de espera, muitas vezes, é precária, visto que a vigilância da pré-natal tem um início tardio, relativamente ao esquema recomendado no sistema de saúde português, como se expõe:

- *“A lista de espera tem muito má qualidade de captação, estão quase todas no segundo e terceiro trimestre. É a pior de todas.” (B1,P4,L174-175)*

Em relação à mulher brasileira, parece que este atraso na vigilância da gravidez está muitas vezes associado às questões da legalização. No entanto, há uma tentativa de tentarem torner essa situação, no sentido de obterem o abono que o estado Português garante para a maternidade e de acordo com situação económica do agregado familiar:

- *“(...) as brasileiras, eu já me apercebi com algumas, não estão legalizadas, para o abono da maternidade que agora têm (...) ainda um dia destes passei um papel e ela disse que não estava ainda legalizada, não têm problema nenhum. (...) já trazem também muitas amigas, que nem estão cá legalizadas nem são residentes, mas pedem-me porque têm uma amiga grávida. Eu digo que têm que se inscrever. Eu já me apercebi que algumas dão direcções mas nem moram cá, mas confiam que a gente as segue. Estão em Lisboa e nem moram cá e vão e vêm, mas eu não sou fiscal.” (B1,P4,L166-168 e P8,L330-333)*

As questões da legalização são também as identificadas para a mulher chinesa e para a mulher africana, como se relata:

- **[As chinesas]** *“Elas não vêm no primeiro trimestre por questão de legalização. (...) por vezes dizem que têm os documentos todos iguais porque os nomes também são iguais (...) mas também não tenho nada a ver com isso (...) É uma questão administrativa, mas eu acho que não há grandes fugas nem grandes aldrabices.” (B1,P4,L172 e P8,L333-335)*

- *“As africanas também nunca vêm legalizadas e adiam um bocado, às vezes. E as mais novas aparecem, às vezes, quase no terceiro trimestre.” (B1,P4,L173-174)*

Perante a mulher do leste da Europa, em particular a mulher ucraniana, parece que facilmente se orientam com as questões de legalização e tentam cumprir o esquema

de vigilância preconizado no país de acolhimento. Tal como se tem vindo a comprovar, pelos relatos dos intervenientes no estudo, este “estar” identifica hábitos de vigilância de saúde que estas mulheres tinham no seu país de origem e que pretendem manter no país de acolhimento:

- *“As ucranianas não, quando vêm é muito inicialmente, e têm tudo legalizado.”*

(B1,P4,L172-173)

A mulher paquistanesa, quando pertencente a um nível social mais diferenciado, parece conhecedora do tipo de assistência preconizado no nosso país, bem como dos seus direitos. Demonstra, também, valorização da vigilância pré-natal, no entanto, a presença do companheiro nas consultas parece não ter apenas a ver com a comunicação mais facilitada, mas sim, por ser um costume praticado no seu país de origem, como se relata:

- **[Os paquistaneses]** *“(...) muito informadas sobre o nosso serviço de saúde, muito informadas sobre aquilo a que tinham direito (...) iam e cumpriam e naquele dia. Mas iam se o marido pudesse ir, porque se ele não pudesse ir, elas faltavam. Mas depois iam lá dizer que queriam novamente consulta. E diziam que eles não puderam estar e que queriam novamente a consulta. Não perdiam a consulta. (...) Cá não tinham emprego diferenciado. De qualquer forma, reclamavam um pouco, eu lembro-me que um deles queria vir à consulta ginecológica, e ele morava muito longe do [Centro de Saúde], aí uns 6 ou 7 Km, e ele queixava-se a nós da distância, como se nós é que tivéssemos culpa, e por isso a sensação que eu tinha é que lá no país deles até tinha um outro tipo de condições em termos habitacionais e se calhar até tinha uma formação diferenciada. Mas cá não tinha, trabalhava no campo. A mulher ia ficar em casa a tomar conta dos filhos, já tinham mais filhos.”* **(A6,P4,L133-134 e 141-143)**

Identificação/Reconhecimento de diferentes comportamentos de saúde

Da análise que se tem vindo a realizar, nas diferentes categorias e subcategorias relativas ao tema *A maternidade em contexto migratório*, tem-se verificado que o comportamento cultural da mulher imigrante tem vindo a manifestar-se nos diversos discursos dos profissionais de saúde. Esta manifestação tem acontecido como uma identificação e aceitação justificativa de determinadas atitudes, crenças e mitos, ou práticas relativas à gravidez e ao exercício da maternidade.

Partindo-se agora, para os cuidados que os profissionais de saúde intervenientes no estudo realizam, durante a vigilância pré-natal e nos primeiros tempos da maternidade, considerou-se importante compreender melhor, qual o reconhecimento que têm desses comportamentos de saúde, face às diferentes origens das mulheres imigrantes que cuidam. Neste sentido, pretende-se caminhar da identificação e do reconhecimento para uma posterior integração desses mesmos comportamentos culturais da mulher imigrante, nos cuidados interculturais realizados durante a vigilância de saúde.

Assim, perante a reflexão que cada um dos intervenientes efectuou sobre a percepção que, em termos globais, têm do comportamento de saúde da mulher imigrante, destacaram-se, novamente, aquelas que assistem com mais frequência.

A mulher brasileira

No comportamento de saúde da mulher brasileira, perante a gravidez e a maternidade, salientam-se os motivos relacionados com a imigração, como por exemplo a necessidade da legalização, e um modo mais “despreocupado” de encarar a gravidez, como se expõe:

-“As mulheres brasileiras engravidam para terem nacionalidade (...) Não sabem quem é o pai, a maioria das vezes, e vêm à primeira consulta com um parceiro e acabam com outro (...) E não fazem nada do que a gente diz (...) Isto é a maioria delas. Não quer dizer que não haja excepções (...) Não conseguem fazer a ecografia, não conseguem fazer análises, faltam às consultas (...) portanto tenho a ideia que a mulher brasileira, a gravidez dela é só o fim, para maioria.(...) Eu acho que elas têm um perfil de não ligarem nem à saúde, nem à gravidez (...) A maioria das mulheres brasileiras que tenho aqui, que vêm, já têm dois ou três filhos no Brasil e que ficaram lá. E vieram tentar melhorar a vida cá (...) E depois, ou pelo facto de que gostam de alguém, ou para manterem alguma coisa, engravidam (...) E a partir daí aquela gravidez não é uma gravidez desejada e por isso eu acho que elas cumprem o menos possível. (...) as brasileiras, que querem cuidar-se, mas não querem pôr creme nenhum porque dizem que não têm dinheiro (...); “(...) a brasileira, o médico é que tem que fazer e deve fazer, elas não, e conseguem perceber muito bem onde é que se vai fazer o registo [registo cardiotocógrafo para avaliação do bem-estar fetal e dinâmica uterina] e tudo isso.” [Ao Curso de Preparação para o Parto] “As brasileiras, algumas vêm, mas muitas não querem vir. (...) As brasileiras, às vezes, estão com hemorragias e nós mandamo-las estar quietas e elas dizem que não conseguem estar. (...) A brasileira é de um povo muito

alegre e gosta muito de mimos (...)” (B1,P3,L111-115; L118-122;P4,L140-141; L144-145; P6,L231;L248-249 e P10,L439)

- *“As brasileiras são mais descontraídas.”* (A3,P4,L135)

- *“Eu acho que é cultural. O brasileiro é simpático, mas é «meia bola e força».”* (B5,P3,L108)

Como se tem vindo a constatar, a gravidez é um acontecimento natural para a mulher brasileira e que já foi experienciado, pela maioria delas, no país de origem quer como mães, quer na colaboração da maternidade de outras mulheres da família. Mais uma vez, se fica com a ideia de que a vigilância “tecnicista” destes dois momentos da vida das mulheres, não é valorizada, desde que não haja intercorrências que não possam ser resolvidas com as suas práticas cuidativas.

Outros profissionais de saúde, consideram que as mulheres brasileiras são mães cuidadas, quer no cumprimento do esquema de vigilância preconizado no nosso país, quer na prevenção de determinadas doenças na criança, para as quais estavam despertas no seu país de origem:

- [As brasileiras] *“São muito cuidadas, querem fazer tudo e mais alguma coisa, querem muitas consultas e depois como lá no Brasil há outras patologias que não há cá, ficam muito admiradas. Estão sempre a perguntar se não têm de fazer isto ou aquilo e tenho de explicar que cá não há aqueles “bicharocos” todos. Também são cuidadas. Há as que vêm para cá e depois arranjam portugueses para casar e ficar cá, há as que vêm com um tempo determinado, mas se estiverem grávidas depois não vão, tentam ficar o máximo tempo para resolver a situação. Mas eu penso que elas são cuidadas e vêm cá às consultas. Pelo menos enquanto são pequeninos e depois quando são mais crescidos perdemos o contacto e já não dá para ver, mas enquanto pequenos, casadas ou não casadas, grávidas por querer ou sem querer, são cuidadas.”* (B4,P4,L147-154)

A mulher do leste da Europa

Entre as mulheres do leste europeu, os profissionais de saúde caracterizam o comportamento de saúde da mulher ucraniana, da moldava e da romena. Perante a mulher ucraniana e a moldava consideram que aparentemente apresentam comportamentos de saúde semelhantes porém é, especialmente, sobre a mulher ucraniana que incidem os seus relatos.

Verifica-se uma consonância de opiniões sobre a existência de um comportamento de saúde direccionado para uma assistência de saúde orientada pela medicina, onde a

população demonstra um bom nível de informação sobre qual o tipo de vigilância e de assistência que deverá ser realizada, durante o período pré-natal, após o parto e com a criança. A procura desta assistência de saúde, no país de acolhimento, parece ser planeada e organizada, verificando-se também, um cumprimento disciplinado dos horários e das orientações que lhe são transmitidas pelos profissionais de saúde. Contudo, tal como já foi referido anteriormente, mais uma vez parece estar implícita uma semi-aculturação, visto esta orientação ser utilizada no sentido de dar resposta às necessidades de saúde já culturalmente assimiladas, no seu país de origem, como se pode concluir dos seguintes testemunhos. Há novamente uma necessidade de se confrontar com a mulher portuguesa, como que para marcar as diferenças encontradas:

- *“As ucranianas estão a anos-luz das portuguesas. Sabem cuidar da sua saúde (...) as ucranianas quando vêm é porque querem engravidar, e querem ter aquele bebé, e tomam conta direitinho de tudo (...) Podem ter dificuldades económicas, mas elas fazem as coisas direitinhas (...) Posso dar o exemplo, que a primeira ecografia é muito difícil em tempo útil, às ucranianas eu digo-lhes para fazerem, elas não me perguntam onde arranjam o dinheiro, e mesmo que seja no particular, elas fazem. (...) Eu tenho ideia que o povo ucraniano, ou daquela zona, tem um grande perfil de cidadania e tomam conta da sua saúde, porque com os portugueses não é assim. (...) Outra coisa que me impressiona é que elas são muito bonitas e cuidam muito do seu corpo (...) Na primeira consulta as ucranianas perguntam que creme é que devem pôr para as estrias (...) Eu acho que têm um perfil perfeitamente diferente (...) As ucranianas têm uma vivência e uma educação de cidadania delas próprias. Elas sabem que a saúde é delas e elas é que vêm pedir ajuda para cuidar. (...) As ucranianas gostam de vir à preparação para o parto.”* **[Em relação ao tipo de assistência de saúde que procuram]**
“(...) se houver algum problema como hemorragias, ou urinar sangue, o Hospital de Abrantes tem Urgência Obstétrica (...) e as ucranianas vão muito à urgência de Abrantes.”
(B1,P4,L132-136; L137-143; P6,L230 e L243-244)

- *“Normalmente, são pessoas muito activas, trabalham até muito tarde, e isso é uma diferença enorme em relação às mulheres portuguesas. As mulheres portuguesas a partir de uma certa fase decidem que não podem trabalhar e pedem baixa. Estas fazem o que outros imigrantes também não fazem, trabalham mesmo até ao final da gravidez, e com vontade. São pessoas que têm bastantes conhecimentos, e que procuram a informação dos países de onde vêm, alguém que lhes manda algum livro.”* **(A2,P4,L141-145)**

- *“Especialmente as ucranianas, elas têm um nível cultural alto, e as questões que elas colocam exigem de nós pareceres mais técnicos e uma observação mais técnica, do que as nossas. Também pela barreira da língua elas estão mais concisas em relação àquilo que querem, e nós temos que ser muito objectivos em relação àquilo que dizemos. (...) elas buscam a informação e tentam tornar-se independentes. (...) Muitas vezes consigo que elas*

falem das dificuldades delas mas, quando chegam não vêm com uma postura de quem vem para desabafar ou para falar. (...) Elas preservam muito a intimidade delas e o que se passa lá em casa é lá em casa, podem procurar e perguntar, mas não vêm com esse objectivo.” (...) porque mexe muito com a intimidade delas e não se expõem muito. Aliás, umas das coisas complicadas e difíceis para elas é por exemplo é a remoção dos pontos, [sutura no períneo] porque o facto de terem de se expor, não é fácil para elas, nós percebemos que não é fácil. A intimidade delas, a nível emocional e a nível físico, é muito reservada.” (A3,P4,L127-130; P6,L206-207; P7,L271-274 e L276-280)

Também se exemplifica a comparação que as imigrantes do leste europeu fazem entre o sistema de saúde português e o existente no seu país, manifestando junto dos profissionais de saúde, as vantagens e as desvantagens encontradas:

- “Elas manifestam, habitualmente, comparando sobretudo os cuidados de saúde que têm lá e os que nós prestamos aqui. Às vezes perguntam: «no meu país faz-se assim e porque é que aqui não se faz?» (...) Para elas é impensável porque é aqui que não se faz uma ecografia participada. Porque é que tenho que fazer noutro lado ou têm de pagar. São coisas que até a nós nos transcendem. (...) Aqui acham que é melhor em algumas coisas, acham muito importante o apoio da enfermeira e o facto de terem alguém de referência a quem venham sempre que precisam de alguma coisa. Por outro lado, sempre que comparam e lá era hábito terem alguns cuidados e aqui já não é assim, comparam sobretudo os cuidados de saúde durante a vigilância da gravidez e também no pós-parto. Elas lá trabalham por áreas, por pólos. Têm o pólo da saúde da mulher, onde estão incluídos os cuidados da saúde materna e depois têm o pólo da saúde infantil. Nós aqui acabamos por dar o acompanhamento transversal nas duas áreas. Por exemplo, elas acham muito importante que tenham as consultas da gravidez que vêm e fazem tudo mas depois a questão da ecografia é uma questão que não entendem porque no país delas fazem tudo ali e não têm que se dirigir a outro lado, longe para fazer um exame.” (A5,P5,L167-170 e L170-179)

É interessante verificar a semelhança da percepção dos profissionais de saúde com a de um interveniente no estudo, que para além de cuidar da mulher imigrante do leste europeu, também viveu na Ucrânia. Ao manifestar a sua opinião sobre o comportamento da mulher ucraniana, fá-lo comparando com o comportamento da mulher portuguesa, em vários aspectos que envolvem a maternidade, para além do comportamento face à saúde:

- [A mulher ucraniana] “É uma mulher muito mais liberal que nós, é uma mulher que normalmente, se o companheiro não for um companheiro que esteja à altura dela ou que ela não se dê bem, o divórcio é muito banal, para nós não.(...) foi educada numa cultura em que depois da segunda guerra mundial morreram muitos homens, e elas é que levantaram o país, e souberam levantá-lo. Nesse aspecto, como também são activas, também são activas na decisão delas próprias. A mulher ucraniana não pergunta ao marido se vai ou não abortar o filho que tem, mesmo estando casadas e numa boa relação, o corpo é dela, ela é que decide. Enquanto que a mulher grávida, não, vem já com a opinião do marido, é uma decisão diferente. É uma decisão em comum acordo. (...) Em relação à gravidez, elas têm muitos mais conhecimentos porque são mais diferenciadas, normalmente. Elas têm um grande conhecimento de saúde, o cidadão ucraniano banal já tem um grande conhecimento de saúde. Elas só vêm normalmente quando as coisas correm mal e já não podem resolver com os métodos tradicionais. Isto já tem a ver com os costumes e tradições, é a educação. (...) São organizados, têm uma grande organização de CSP, bastante acessíveis, até aqui era, agora está a haver outra geração. Esta é a geração do meu tempo.”

“Elas são formadas para virem ao médico e porem uma questão médica mas não uma situação pessoal. Não estão formadas para isso. Não entra nos hábitos culturais delas ir ao médico por uma questão pessoal. Se vão ao médico é porque têm uma questão médica. Aliás se começar a investigar isso ela fica de pé atrás a tentar ver o que quero saber da vida delas. Temos que lhes explicar que nós trabalhamos dessa maneira, não somos “cuscas”, não estamos a investigar a vida delas, mas que normalmente isso tem influência e é por isso que investigamos essa parte, porque elas não são formadas e não estão habituadas a que investiguem a sua vida pessoal. Muitas não falam e não dizem.”;

- [Os ucranianos]“(...) eles vivem em comunidades deles porque são hábitos completamente diferentes, não se conseguem integrar logo à primeira. Eles casam entre eles, são poucos os que se casam com portugueses. E há outra coisa, propagam as informações de uma maneira (...) Se eu der uma informação a um, no outro dia já me aparecem três com a mesma informação, é porque vivem realmente em comunidades fechadas. Mas eu acho que no geral têm uma boa relação com o povo português. Adaptam-se bem e recebem as nossas normas e regras com facilidade porque foram educados para isso. Eles são educados para obedecer, enquanto que o povo português, não. O povo português não foi educado para obedecer, é educado para ter direitos. Os deveres ficaram em segundo plano. (...)É um povo frio e calculista como o povo alemão. Temos dificuldade em chegar perto deles e são muito cumpridores. Se eu lhes disser para estarem aqui às nove horas, elas estão às nove horas, porque sabem que às nove e cinco eu posso já não as atender, e elas aceitam isso porque é um povo que cumpre regras. Eu diria com formação militarista. Mas é próprio deles o não mostrar sentimentos. “(...) tenho moldavos também, mas não há diferença [dos ucranianos]”
(B3,P3,L116-124 e L124-129; P4,L130-131; P5,L201-207; P4,L133-140 ; P5,L190-193 e P4,L150)

Em relação ao comportamento de saúde da mulher romena, constata-se que tanto se encontram as que têm comportamentos idênticos às ucranianas e moldavas, como também é encontrado um comportamento mais parecido com a etnia cigana. Perante este último, parece estar evidenciado um comportamento estereotipado⁶ do povo romeno, como se percebe nos seguintes testemunhos:

- *“Tenho poucas romenas, tenho só uma ou duas (...) Elas funcionam como as ucranianas. Também são muito certinhas (...) Eu sei que em Lisboa, na zona das romenas, algumas são ciganas, mas aqui não.” (B1,P5,L181-182 P5,L182-183)*

- *“Os romenos são diferentes. O povo romeno é um bocado mais virado para a etnia cigana, há quem diga que os ciganos descendem dos romenos, porque eles têm ali um traço muito parecido. Normalmente encaramo-los nesse aspecto. Enquanto que o ucraniano é um povo que sabe e obedece, o romeno, não, só pede, pedincha como os ciganos, quer tudo de graça, não se preocupa muito com o bem-estar do bebé, o importante é ter o bebé para ir pedir, o bebé é mais um, às vezes eles até trocam bebés para andar a pedir. É um costume deles. Eu normalmente tenho isso em conta em relação a eles porque já sei que são um pouco parecidos com a etnia cigana.” (B3,P4,L150-156)*

- *“(...) As romenas têm um nível cultural mais baixo (...) têm características muito próprias. As romenas que conheço, são um pouco menos obedientes, um pouco mais austeras, têm um comportamento muitas vezes semelhantes aos nossos ciganos. Não tem nada a ver com a maneira de estar das ucranianas nem das moldavas, e grávidas nunca tive nenhuma. São pessoas de mais difícil trato, são mais austeras, mais arrogantes, respondem mal muitas vezes.” (A3,P4,L132-133 e P6,L233-237)*

A mulher africana

Quando descrito o comportamento de saúde da mulher africana, fica bem visível que o cumprimento da vigilância de saúde não faz parte das suas práticas de saúde. Contudo, é realçado que este “estar” não é sinónimo de desleixo ou de negligência nos cuidados à criança, mas sim, mais um comportamento cultural, com alguma dificuldade em ser alterado no país de acolhimento, como se compreende no seguinte relato:

⁶ O termo estereótipo representa uma imagem preconcebida de determinada pessoa, coisa ou situação, frequentemente utilizado para definir e limitar pessoas ou grupo de pessoas na sociedade (Infopédia, 2008)

- “A mulher africana é um bocadinho como a brasileira. Se puder falta à consulta [por exemplo] a consulta é às duas e ela vem às quatro da tarde porque dormiu a sesta. (...) Também são doces, dizem que sim mas metade não fazem (...) Eu tenho a ideia que elas mesmo com a medicação não se preocupam. (...) Gostam do bebé e depois são umas mães extremosas para o bebé, mas não se preocupam muito em termos de saúde, nem delas nem dos bebés. “(...) as africanas também não querem vir [Curso de Preparação para o Parto] mas não é por causa da preparação, mas vir a horas é muito complicado para elas. Não gostam de cumprir horários.(...) As africanas não, apesar de falarem português são as que me entendem menos, ou não percebem ou não ligam (...) Às vezes dá a impressão que aquelas mais novas, mentalmente não querem saber (...) Eu tenho essa ideia.” (B1,P4,L145-147; L149-150 e L150-152; P6,L231-232 e L262-264)

A mulher chinesa

Em relação à mulher chinesa, parece que a dificuldade na comunicação entre o profissional de saúde a mulher se torna um grande obstáculo, nomeadamente na identificação do comportamento cultural de saúde. Evidencia-se o estilo de vida que normalmente apresentam no nosso país, por não ser promotor de uma vigilância de saúde adequada durante a gravidez e a maternidade. Parece haver um certo consenso, que com frequência as crianças são enviadas para a China, para junto dos familiares, e só alguns anos depois é que voltam para junto dos pais. Contudo, não ficou perceptível qual a razão deste comportamento, no entender dos profissionais de saúde:

- “As chinesas é assim, é um bocadinho difícil, porque não percebem (...) Está a ver o que é explicar a uma chinesa, que não percebe português, a data da última menstruação? (...) É difícil, mas eu acho que, apesar de tudo, tem sido uma ótima vivência e gosto muito de fazer esta consulta. Embora seja uma consulta muito complicada em termos psicológicos, porque é gente que tem padrões de vida muito complicados, e não têm parceiros, e às vezes é muito difícil. (...) As chinesas tentam sempre vir com alguém que saiba alguma coisa de português, tentam sempre fazer as suas coisas, por exemplo, as chinesas não vêm muito no início, vêm quase sempre no segundo trimestre, mas conseguem fazer as ecografias e vão fazer no particular, e são muito cumpridoras. Tenho alguma dificuldade às vezes é que elas tomem ferro porque não gostam de tomar os medicamentos portugueses. Não ligam muito à parte estética delas, porque em relação aos cremes dizem que não é preciso, e que a pele estica (lá fazem os gestos) mas são cuidadosas acerca do bebé que trazem, acho eu. “(...) tenho alguns primeiros filhos, e alguns de segundo, e depois é assim, quando é meninos eles vão pô-los na China, criam-se lá (...) Eles não criam cá os filhos, as raparigas criam-se cá e os rapazes são

*criados na tradição chinesa lá. E depois é que voltam (...) Eu já tive alguns que estiveram três ou quatro anos lá e depois voltaram, elas depois vão buscá-los (...) Às vezes tentamos perceber alguma coisa mas também não podemos insistir porque elas acham que podemos estar a criticar (...) Algumas vêm cá com o segundo filho e o primeiro está na China lá com os pais e não o conhecemos. São criados com a família.” **Em relação ao tipo de assistência de saúde que procuram** “(...) é engraçado porque as chinesas vêm a nós [CSP], não vão à urgência a Abrantes.” (B1,P4,L152-157 e L157-162; P5,L215-220 e P6,L265-266)*

*- **As chinesas** “ (...) faltam imenso às consultas, recordo-me de uma que deu números de telefone errados, depois [soube-se do nascimento do bebé] mas não houve diagnóstico precoce, não houve consultas, não houve nada, chegámos lá não estava ninguém [na visita domiciliária] são fugidios (...) eu acho que de certa forma eles até evitam os cuidados de saúde. Só vão quando precisam mesmo.” (A1,P4,L168-173)*

- “Com as chinesas é muito complicado porque é muito difícil o contacto com elas, porque elas não aprendem a falar português de maneira nenhuma e é muito difícil saber às vezes se há algum problema. Depois, também são muito cuidadosas, fazem as consultas de vigilância e tudo. Quando nasce a criança, amamentam durante um mês, ao fim de um mês deixam de mamar, depois a criança vai à consulta até quatro ou cinco meses e a partir daí as crianças vão para a China. É quase sempre assim, não ficam cá com nenhuma. Depois vêm mais velhos, quando vão para a escola. Não explicam porquê, é costume. Fazem pouca vigilância porque os bebés não ficam cá, nem para fazer as vacinas.” (B4,P3,L122-129)

Conclui-se a análise desta categoria, com a ideia de que os profissionais de saúde percebem que a acessibilidade da mulher imigrante à vigilância pré-natal e após o parto, tendo em atenção os primeiros tempos da maternidade, não acontece da forma mais adequada. Por um lado, pesa a própria organização do atendimento dos serviços de saúde a esta população. Por outro lado, há uma consciência das dificuldades socioeconómicas e linguísticas a que os imigrantes estão sujeitos que impedem a afluência adequada à vigilância de saúde preconizada no nosso país; e ainda, o reconhecimento de diferentes comportamentos culturais de saúde, se comparados com o habitualmente assumido pela mulher portuguesa, salvo os grupos culturais mais específicos, como é o caso da etnia cigana.

Quadro nº 12 – Síntese da categoria *A vigilância pré-natal e revisão do puerpério em Cuidados de Saúde Primários*

Subcategorias	Síntese
<p>Acessibilidade aos serviços de saúde</p>	<p>O entendimento dos intervenientes no estudo, acerca da acessibilidade que é efectuada nos serviços onde prestam cuidados à mulher imigrante, durante a sua vigilância pré-natal e nos primeiros tempos da maternidade, nomeadamente na consulta de revisão do puerpério, foi direccionada para dois aspectos, sendo estes: a visão que têm da organização do atendimento à mulher imigrante e a percepção que têm da afluência da mesma a este tipo de vigilância de saúde.</p> <p>Relativamente à <u>organização do atendimento</u>, tendo em vista o acesso às consultas de vigilância pré-natal e revisão do puerpério, alguns dos entrevistados referem que, no Centro de Saúde onde exercem funções todas as mulheres imigrantes têm acesso à vigilância de saúde, nomeadamente pela classe médica. Nestas instituições ou não existe a “lista de espera” para este tipo de utentes, sendo incluídas nos ficheiros dos médicos de família (onde se encontra integrado na equipa o enfermeiro) ou então, as imigrantes grávidas sem médico de família atribuído, são assistidas por médicos e enfermeiros designados para estas actividades. Contudo, alguns dos intervenientes reflectem sobre aspectos com que ainda se deparam, que em termos de organização do atendimento não são promotores do acesso à vigilância de saúde, nomeadamente a periodicidade das consultas de vigilância pré-natal a grávidas pertencentes à lista de espera não é, muitas vezes, realizada de acordo com o esquema de vigilância preconizado pela DGS. Com efeito, perante a acessibilidade de cuidados referidos, parece que ainda se avizinha um longo percurso a percorrer, onde a falta os circuitos institucionalizados, manuais de boas práticas, monitorização de cuidados e a continuidade de cuidados são essenciais, no sentido de cada mulher imigrante poder ter, pelo menos, o número mínimo aconselhado de consultas de vigilância pré-natal e a de revisão de puerpério e, deste modo, garantir-se uma assistência de saúde qualificada.</p> <p>A articulação entre os profissionais de saúde, da mesma instituição, nomeadamente no encaminhamento da mulher imigrante para os diferentes profissionais, que em complementaridade realizam a vigilância de saúde pré-natal e no pós-parto, parece que nem sempre é efectuada da melhor forma, não permitindo, na opinião dos mesmos, uma adequada resposta às diferentes necessidades de saúde que a mulher imigrante possa demonstrar, ao longo da gravidez e maternidade.</p> <p>No que diz respeito ao acesso às consultas de referência hospitalar, realização de ecografias, noutros locais e, por vezes noutras localidades, num contexto de imigração, também é visto pelos profissionais de saúde como dificultador para uma adequada vigilância da gravidez, quando se tem em linha de conta outros factores como as complicações na deslocação, quer pelo desconhecimento como pelas precárias condições económicas, e ainda, a necessidade de acompanhamento do parceiro, para servir de intérprete, e que por questões de contrato de trabalho não está facilmente disponível.</p> <p>No que concerne à percepção que os profissionais de saúde têm da <u>afluência da mulher imigrante à vigilância pré-natal e no pós-parto</u> parece que, muitas das vezes é precária, especialmente quando se encontram em lista de espera, visto que a vigilância da pré-natal tem um início tardio, relativamente ao esquema recomendado.</p>

<p>Acessibilidade aos serviços de saúde</p>	<p>Quando se reportam à <i>mulher brasileira</i>, parece que este atraso na vigilância da gravidez está muitas vezes associado às questões da legalização. No entanto, há uma tentativa de tentarem tornar essa situação, no sentido de obterem o abono que o estado Português garante para a maternidade e de acordo com situação económica do agregado familiar. As questões da legalização são também apontadas como razões para o atraso na vigilância da gravidez da <i>mulher chinesa</i> e da <i>mulher africana</i>.</p> <p>Perante a <i>mulher do leste da Europa</i>, em particular a mulher ucraniana, parece que facilmente se orientam com as questões de legalização e tentam cumprir o esquema de vigilância preconizado no país de acolhimento. Tal como se tem vindo a comprovar pelos relatos dos intervenientes no estudo, este “estar” identifica hábitos de vigilância de saúde a que estas mulheres tinham no seu país de origem e que pretendem manter no país de acolhimento.</p> <p>A <i>mulher paquistanesa</i>, quando pertencente a um nível social mais diferenciado, parece conhecedora do tipo de assistência preconizado no nosso país, bem como dos seus direitos. Demonstra, também, valorização da vigilância pré-natal, no entanto, a presença do companheiro nas consultas parece não ter apenas a ver com a comunicação mais facilitada, mas sim, por ser um costume praticado no seu país de origem.</p>
<p>Identificação/ Reconhecimento de diferentes comportamentos de saúde</p>	<p>Na tentativa de se caminhar da identificação e do reconhecimento para uma posterior integração dos comportamentos culturais da mulher imigrante, nos cuidados interculturais realizados durante a vigilância de saúde pré-natal, pós-parto e maternidade, perante a reflexão que cada um dos intervenientes efectuou sobre a percepção, em termos globais, que têm do comportamento de saúde da mulher imigrante, destacaram-se, novamente, aquelas que assistem com mais frequência.</p> <p>Assim, no comportamento de saúde da <i>mulher brasileira</i>, durante a gravidez e a maternidade, salientam-se os motivos relacionados com a imigração, como por exemplo a necessidade da legalização, e um modo mais “despreocupado” de encarar a gravidez. Como se tem vindo a constatar, a gravidez é um acontecimento natural para a mulher brasileira e que já foi experienciado, pela maioria delas, no país de origem quer como mães, quer na colaboração da maternidade de outras mulheres da família. Mais uma vez, fica-se com a ideia de que a vigilância “tecnicista” destes dois momentos da vida das mulheres, não é valorizada, desde que não haja intercorrências que não possam ser resolvidas com as suas práticas cuidativas. Outros profissionais de saúde, consideram que as mulheres brasileiras são mães cuidadosas, quer no cumprimento do esquema de vigilância preconizado no nosso país, quer na prevenção de determinadas doenças na criança, para as quais estavam despertas no seu país de origem.</p> <p>Entre as <i>mulheres do leste europeu</i>, os profissionais de saúde caracterizam o comportamento de saúde da mulher ucraniana, da moldava e da romena. Perante a <i>mulher ucraniana</i> e a <i>moldava</i> consideram que aparentemente apresentam comportamentos de saúde semelhantes porém, é especialmente sobre a mulher ucraniana que incidem os seus relatos. Verifica-se uma consonância de opiniões sobre a existência de um comportamento de saúde direccionado para uma assistência de saúde orientada pela medicina, onde a população demonstra um bom nível de informação sobre qual o tipo de vigilância e de assistência que deverá ser realizada, durante o período pré-natal, após o parto e com a criança. A procura desta assistência de saúde, no país de acolhimento, parece ser planeada e organizada, verificando-se também, um cumprimento disciplinado perante as orientações que lhe são transmitidas pelos</p>

<p>Identificação/ Reconhecimento de diferentes comportamentos de saúde</p>	<p>profissionais de saúde. Contudo, tal como já foi referido anteriormente, mais uma vez parece estar implícita uma semi-aculturação, visto esta orientação ser utilizada para dar resposta às necessidades de saúde já culturalmente assimiladas, no seu país de origem. Há novamente uma necessidade de se confrontar com a mulher portuguesa, como que para marcar as diferenças encontradas. A comparação que as imigrantes do leste europeu fazem entre o sistema de saúde português e o existente no seu país, manifestando-a junto dos profissionais de saúde, como por exemplo em relação às vantagens e desvantagens encontradas.</p> <p>Foi interessante verificar a semelhança da percepção dos profissionais de saúde com a de um interveniente no estudo, que para além de cuidar da mulher imigrante do leste europeu, também viveu na Ucrânia. Ao manifestar a sua opinião sobre o comportamento da mulher ucraniana, fá-lo comparando com o comportamento da mulher portuguesa, em vários aspectos que envolvem a maternidade, para além do comportamento face à saúde. No comportamento de saúde da <i>mulher romena</i>, constata-se que tanto se encontram as com comportamentos idênticos às ucranianas e moldavas, como também é encontrado um comportamento mais parecido com a etnia cigana. Na <i>mulher africana</i>, fica bem visível que o cumprimento da vigilância de saúde não faz parte das suas práticas de saúde. Contudo, é dado a entender que este “estar” não é sinónimo de desleixo ou de negligência nos cuidados ao feto e à futura criança, mas sim, mais um comportamento cultural, com alguma dificuldade em ser alterado no país de acolhimento. Em relação à <i>mulher chinesa</i>, parece que a dificuldade na comunicação entre o profissional de saúde e a mulher se torna um grande obstáculo, nomeadamente na identificação do comportamento cultural de saúde. Contudo, é evidenciado o estilo de vida que normalmente apresentam no nosso país, por não ser promotor de uma vigilância de saúde adequada durante a gravidez e a maternidade. Parece haver um certo consenso que, com frequência as crianças são enviadas para a China, para junto dos familiares, e só alguns anos depois é que voltam para junto dos pais. Contudo, não ficou perceptível qual a razão deste comportamento, no entender dos profissionais de saúde.</p> <p>Conclui-se a análise desta categoria com a ideia de que os profissionais de saúde percebem que a acessibilidade da mulher imigrante à vigilância pré-natal e após o parto, tendo em atenção os primeiros tempos da maternidade, não acontece da forma mais adequada. Por um lado, pesa a própria organização do atendimento dos serviços de saúde a esta população. Por outro, há uma consciência das dificuldades socioeconómicas e linguísticas a que os imigrantes estão sujeitos e ainda o reconhecimento de diferentes comportamentos culturais de saúde, se comparados com o habitualmente assumido pela mulher portuguesa, salvo os grupos culturais mais específicos, como é o caso da etnia cigana.</p>
--	--

2.3 - A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER IMIGRANTE

As mulheres imigrantes nos primeiros anos de migração, confrontam-se com dificuldades psicossociais, emocionais adaptativas e culturais que, muitas vezes, os níveis de stress e angústia a que estão sujeitas conduzem ao isolamento e a desequilíbrios psíquicos. Quando associado a este período inicial da imigração se

encontra a fragilidade física e emocional própria do período da adaptação à maternidade, assiste-se a diferentes formas de aculturação e de vivência da maternidade da mulher migrante no país de acolhimento, que irão influenciar a dinâmica familiar e a saúde de todos os seus membros, em particular a saúde e bem-estar da própria mulher migrante. Esta situação torna-se ainda mais evidente, nas mães menos experientes no processo da maternidade e/ou com menos apoios por parte da família ou comunidade étnica a que pertencem (Ramos, 2004). Neste sentido, a promoção da saúde da mulher imigrante, surge como uma prioridade justificada, visando prevenir ou reduzir situações que ponham em risco o seu bem-estar e de uma forma particular, as suas competências e funções no âmbito da maternidade.

Os problemas comunicacionais e linguísticos manifestados pela mulher imigrante, ao não conseguir exteriorizar as suas necessidades, os seus hábitos e práticas culturais utilizados durante a gravidez, no pós-parto e no exercício da maternidade e os manifestados pelos profissionais de saúde, face à dificuldade em compreenderem os diferentes comportamentos culturais maternos provocam erros tanto na avaliação como no diagnóstico das necessidades de saúde da mulher imigrante. Este confronto entre profissional de saúde e a mulher imigrante, quando não existe uma adequada competência intercultural, por parte dos primeiros, conduzem a percepções e juízos etnocêntricos, preconceitos e modelos estereotipados (Ramos, 2008).

Pelo exposto, pretende-se compreender como os profissionais de saúde avaliam os cuidados que prestam à mulher imigrante, durante a sua adaptação à maternidade, tendo em vista a promoção da saúde da mesma, estando a análise desta categoria orientada pelas subcategorias que emergiram das opiniões dos intervenientes no estudo, como se descreve no quadro nº 13.

Quadro nº 13 – A categoria *A promoção da saúde da mulher imigrante* e as subcategorias resultantes

Categoria	Subcategoria
A promoção da saúde da mulher imigrante	Comunicação Intercultural
	Cuidados Interculturais

Comunicação Intercultural

Os profissionais de saúde quando questionados sobre como avaliam a comunicação que estabelecem com a mulher imigrante dão a conhecer os diversos aspectos que caracterizam essa mesma comunicação, as dificuldades mais prementes com que se confrontam e algumas das estratégias que utilizam para resolver essas dificuldades. A referência que fazem das particularidades na comunicação que estabelecem com as mulheres de diferentes culturas permite, mais uma vez, identificar os diferentes comportamentos culturais de origem.

A língua é encarada como um obstáculo importante na comunicação intercultural, especialmente quando a mulher imigrante não fala nem compreende a língua portuguesa, não vem acompanhada de alguém que possa facilitar a comunicação e, ainda, quando o profissional de saúde ou na instituição, ninguém fala a língua da mulher imigrante, como acontece com alguma frequência com a mulher chinesa:

- *“(...) em termos da comunidade chinesa, a barreira da linguagem é terrível, muito mais do que com as outras. Uma das coisas é que elas dizem quase sempre que sim, e depois faz-se a pergunta ao contrário e elas continuam a dizer que sim, ou seja, dizem que sim a tudo. Portanto é muito difícil de perceber e de atender. É uma cultura muito fechada.” (A1,P6,L245-248)*

- *“Normalmente os imigrantes percebem mais ou menos a nossa língua, pelo menos aqueles que eu tenho contactado, o caso mais complicado foi uma grávida chinesa que eu tive que não percebia quase nada, e isso é caótico, é muito complicado fazer uma consulta com uma pessoa que não percebe aquilo que estamos a dizer, e que não nos consegue responder às coisas mais mínimas (...) Lembro-me só de uma consulta que fiz que a senhora não entendia nada do que eu dizia, foi horrível, porque não conseguimos fazer nada e não conseguimos perceber nada do que a pessoa precisa, é muito complicado. A língua pode ser uma barreira em que não conseguimos fazer nada, e essa vinha sozinha, uma pessoa que não conseguia falar, e veio sozinha, como é que se consegue, e como é que ela chegou aqui, é muito complicado.” (A2,P5,L190-193 e 198-202)*

A questão linguística também é enfatizada pelos profissionais de saúde, no sentido de se sentirem seguros na avaliação das necessidades de saúde manifestadas pela mulher imigrante e, ainda, na necessidade de se certificarem de que as suas intervenções foram compreendidas pela mesma. O questionamento de diferentes maneiras, a visualização de comportamentos e a utilização de intérpretes são estratégias utilizadas para mediar estas

inseguranças ou dificuldades na comunicação oral estabelecida entre o profissional de saúde e a mulher imigrante:

- “*Eu e os colegas fazemos um grande esforço para as tratarmos como às portuguesas. E tentamos esforçarmo-nos ainda mais (...) Eu às vezes saio muito cansada desta consulta, porque quase que falo com elas como se fossem surdas-mudas e olho e explico muitas vezes, o que me cansa muito (...) Mas tento explicar e perguntar se perceberam e peço para repetirem.*” (B1,P7,L311-314)

- [A maior dificuldade] “*É mesmo a comunicação, é a língua. A comunicação verbal. Quando se estabelece essa comunicação facilita tudo. Elas às vezes têm dúvidas que nós não estamos a entender, o que é que elas querem fazer, ou elas não conseguem colocar a pergunta, e nós respondemos e não era aquilo que elas queriam saber. Portanto, enquanto não se consegue mesmo estabelecer uma comunicação eficaz, às vezes é difícil. Nós percebemos que não era isso que ela queria saber mas ainda não percebemos o que é que ela quer. Às vezes não é muito fácil. (...) O que acontece normalmente é que, se numa primeira consulta as coisas não resultam muito, nós dizemos mesmo para trazerem alguém para ajudar. E quando é assim facilita imenso.*” (A1,P7,L276-283)

Ou ainda, utilizando a comunicação não verbal nas suas diferentes possibilidades, com criatividade e de acordo com a situação que se apresenta, como estratégia para se ultrapassar a barreira da língua, como se relata neste testemunho:

- “*As estratégias, nós vamos ter de as arranjar em cada situação. Se há aquelas em que conseguimos chegar lindamente sem problema, como conseguimos chegar a qualquer grávida nossa, também já aconteceu a situação do panfleto [perante o que é necessário] levar para a maternidade, ter que fazer o desenho de cada uma das situações para que a pessoa perceba. Até mesmo uma primeira consulta de gravidez, até a pessoa conseguir dizer como é que sabe que está grávida, data da última menstruação, como é que se diz menstruação em ucraniano. Em termos de estratégia, caso a caso, vamos tentando adequar e puxando pela nossa criatividade dar resposta.*” (A5,P7,L264-270)

A comunicação como processo interactivo e pluridireccional, que possibilita a troca de ideias, sentimentos e experiências é referido pelos intervenientes no estudo, nomeadamente quando valorizam o estar “calmo” junto da mulher imigrante, para que possam entender a informação transmitida e a “doçura”, como forma de demonstrar o acolhimento da mulher no país de imigração e a preocupação do profissional de saúde pela pessoa, como ser individual e com as suas singularidades:

- *“Eu acho que é assim, se tivermos uma comunicação para elas calma, elas gostam de ser atendidas com alguma calma para nos entenderem, e também com alguma doçura.”*
(B1,P7,L298-299)

O tom e a cadência da voz, como aspectos a ter em conta e que devem ser interpretados pelo profissional de saúde durante a comunicação intercultural que estabelece com a mulher imigrante, são evidenciados pelos intervenientes no estudo em relação à percepção e interpretação que a mulher imigrante efectua do modo como o profissional de saúde comunica com elas e, do modo como reage, sendo este último aspecto visto num contexto cultural específico da mulher brasileira:

- *“(…)quando eu falo mais alto e estou mais cansada, e as brasileiras são muito engraçadas, porque se pegam muito a nós, elas dizem logo: «a doutora hoje não está bem disposta» (…)*
Ou às vezes eu ralho cá fora por qualquer coisa, e elas gostam que a gente as atenda com calma e com carinho (…)
Mas esta consulta é muito gratificante para mim, porque elas entendem muito isto.(…)As brasileiras gostam muito de cá estar. Eu às vezes comento com elas se têm saudades do Brasil e do Carnaval e elas respondem que aquilo lá é uma grande confusão. As brasileiras podem ter piores condições de vida mas têm um ar mais feliz, e estão mais gratas por estarem cá.” (B1,P7,L299-303 e L308-310)

A percepção que os intervenientes do estudo têm do modo como cada cultura partilha e demonstra os seus sentimentos e pensamentos, sendo este o modo como expressam os hábitos tradicionais da sua própria cultura, é evidenciada nas interações que estabelecem com a mulher imigrante. De facto, na comunicação manifesta-se o resultado de um processo de aprendizagem adquirido ao longo dos anos, num contexto social e cultural determinante e específico, que cada pessoa integra e desenvolve em função das suas características pessoais, necessidades e desejos, como se verifica nestes testemunhos:

- *“Elas também não se abrem muito, sobre os problemas que têm, eu penso que elas têm problemas, porque às vezes não podem trabalhar, perdem o trabalho, às vezes o marido também não trabalha, algumas até nos vêm pedir ajuda para o leite, e mandamos para a nossa assistente social, algumas têm dificuldades mas também não dizem. Não se manifestam, aqui na consulta não, com o enfermeiro não sei. É difícil chegar a elas, e é difícil ajudar nesses aspectos, porque sem dinheiro para viver, sem dinheiro para tudo, e se não têm trabalho não ganham dinheiro. No entanto há outras que trabalham, conseguem ganhar dinheiro, vão fazer férias aos países deles e estão mais estáveis.”* (B4,P7,L261-267)

- “As brasileiras, acho-lhes graça e como são mais descontraídas eu acabo também por me sentir mais descontraída no falar com elas.” (B1,P7,L262-263)

- “As ucranianas são mais frias, não revelam nada disso, nunca demonstram muito a emoção delas. Quando acontece que uma delas aborte, ficam com um sentimento de revolta contra nós todos (...) Dá-me a sensação que elas estão ali só mesmo por necessidade (...) As coisas delas não nos contam (...) Por exemplo, quando abortam tentam demonstrar que é por falha nossa ou dos serviços. Estão cá mas estão muito revoltadas.” (B1,P7,L304-308)

- “As chinesas são muito engraçadas, dizem muitas vezes obrigada. Eu às vezes digo-lhes: «da próxima vez tens que aprender a dizer o meu nome e a dizer obrigada» (...) E a primeira coisas que fazem quando chegam com o marido, que falam um pouco melhor que elas, é fazer logo o que peço. Elas treinam muito e fazem isto por agradecimento (...)” (B1,P7,L311-314)

A continuidade da assistência de saúde à mesma mulher, promove a empatia e o à vontade entre o profissional de saúde e a mulher imigrante, tendo sido mencionado como um aspecto facilitador na comunicação intercultural, visando a resposta adequada às necessidades de saúde da mulher imigrante, como se expõe:

- “Se eu conseguir manter essa linha [**consultas de vigilância durante a gravidez até ao pós-parto**] é fácil, porque por umas vai-se tirando outras e a coisa vai funcionando. Agora aquelas mulheres que só aparecem de vez em quando e que eu só as atendo duas ou três vezes é muito difícil comunicar com elas. Principalmente porque as ucranianas não têm hábito de perguntar nada. Nós dizemos para fazer assim e daquela forma e elas não perguntam nada. Nunca sabemos se aquilo “entrou” ou não e às vezes quando questionamos chegamos à conclusão que não (...) Umhas vezes porque não percebem, outras vezes porque têm uma forma muito própria de fazer as coisas. Por exemplo, medir a temperatura. Por mais que lhes digamos que é importante usar o termómetro, elas fazem com a mão, não é importante usar o termómetro.” (A6,P6,L233-237 e 239-241)

Perante este último testemunho constata-se uma necessidade do profissional de saúde em estabelecer um contacto periódico com a mulher imigrante, de forma a conseguir estabelecer uma interacção que lhe possibilite conhecer o seu contexto cultural, (isto é, o conjunto de práticas e crenças utilizados numa família ou grupo social), tomar consciência do mesmo e aceitá-lo, de modo, a integrar os padrões culturais da mulher migrante na sua prestação de cuidados. De facto, quando a prática de cuidados não é orientada pelo relativismo cultural, o confronto do profissional de saúde com a diversidade cultural da utente imigrante, conduz a uma comunicação com

base em percepções e juízos etnocêntricos, preconceitos e modelos estereotipados (Perry, 2006; Ramos, 2008).

Porém, também se verifica o constrangimento do próprio profissional em não conseguir estabelecer uma comunicação intercultural eficaz, que lhe permita identificar e integrar as crenças e as práticas cuidativas utilizadas pela mulher imigrante no país de origem, tendo em vista, por um lado, a adesão da mulher imigrante aos comportamentos preventivos e de promoção da saúde determinados no país de acolhimento. E, por outro lado, fazê-la sentir-se segura e aceite junto do profissional de saúde e com maior facilidade apropriar-se das novas orientações de saúde e assim, desenvolver adequadamente o exercício da maternidade e os cuidados de saúde a ter consigo própria, como se revela:

- “A barreira linguística, estou sempre com medo que elas não percebam o que lhes estou a dizer. Vou procurando aferir com elas se perceberam, peço que repitam o que lhes disse, porque tenho muito medo que não tenham percebido. Quando sei que são pessoas com culturas diferentes, tenho algum receio de estar a entrar às vezes em determinados campos que não me dava conta, às crenças delas aos conhecimentos delas, e que por isso, ou se afastem dos cuidados de saúde ou que as confundam.” (A3,P7,L241-245)

A necessidade de se conhecer melhor os hábitos culturais de determinados imigrantes, nomeadamente sobre os cuidados de saúde promotores da saúde da mulher e da criança são manifestados pelos profissionais de saúde, através da exemplificação de estratégias facilitadoras da comunicação e adequação das informações/orientações de saúde utilizadas no país de acolhimento às existentes no país de origem, como se expõe:

- “Porque não criar uma brochura de apoio ao imigrante com essas informações úteis, com o PNV [Plano Nacional de Vacinação] em vigor na Ucrânia, na Moldávia, na Roménia, introdução de novos alimentos. Nós assim podíamos adequar da melhor forma ou então dizer que está tudo bem, pode fazer como faria no seu país.” (A5,P7,L271-274)

Perante os exemplos estratégicos referidos neste último testemunho, parece que a preocupação do profissional de saúde está centrada no conhecimento da vigilância de saúde realizada pelos profissionais de saúde dos países a que pertencem as mulheres migrantes e, não tanto, na aprendizagem dos costumes e crenças culturais da mulher imigrante para as adequar às suas orientações/informações promotoras da saúde. Verifica-se, mais uma vez, um percurso ainda pouco assertivo para uma boa prática no

cuidado intercultural da população imigrante, nomeadamente na dificuldade em se mobilizar os diferentes recursos informativos/apoio nacionais no âmbito população imigrante, quer de forma individual, pelo profissional de saúde, quer pela própria instituição de saúde (por exemplo: os Programas de Saúde implementados no nosso país já se encontram traduzidos em diferentes línguas; as Instituições de apoio ao imigrante, como ACIDI, que se encontram cada vez mais próximas das populações imigrantes, sites na Internet de esclarecimento/apoio ao imigrante, entre outros).

Pelo exposto, conclui-se que a comunicação intercultural estabelecida entre os profissionais de saúde e a mulher imigrante é percebida pelos profissionais de saúde como um aspecto importante para se compreender a mulher perante os seus costumes, crenças, práticas cuidativas e as suas necessidades e expectativas de saúde.

A barreira linguística parece ser a maior dificuldade da comunicação intercultural, em que a comunicação não verbal nem sempre consegue colmatar. O profissional de saúde, com frequência, sente uma certa angústia face aos cuidados que presta à mulher imigrante, quer por não estar ciente de ter compreendido as reais necessidades da mulher, quer na assertividade da sua intervenção. Isto é, no ter a certeza que as suas orientações de saúde fazem sentido para a mulher imigrante, não contrariam ou menosprezem os seus comportamentos de saúde, de modo a que consigam cuidar de si e dos seus filhos com segurança e com a estabilidade emocional necessárias para um adequado desenvolvimento da criança e a bem-estar materno.

A percepção de características comunicacionais específicas de determinadas grupos de mulheres imigrantes, são reveladoras da sensibilidade que os profissionais de saúde intervenientes no estudo apresentam para o relativismo cultural, referido por Presswalla (2004). Porém, também, dão a perceber nos seus discursos que nem sempre se sentem com a competência necessária para intervir optando-se, por vezes, por impor o seu modelo de referência nos cuidados de saúde que prestam à mulher imigrante.

Nesta lógica, os cuidados interculturais surgem então como outro ponto de análise face aos diferentes aspectos mencionados pelos profissionais de saúde e será abordado de seguida.

Cuidados Interculturais

Perante a diversidade cultural com que se depara actualmente a sociedade portuguesa, os profissionais de saúde devem compreender e agir com competências culturais, partindo-se do princípio de que não são os imigrantes que se têm que adaptar

a nós, conforme refere Presswala (2004), e pelo reconhecimento de que o etnocentrismo funciona como uma barreira para identificação e intervenção face às necessidades de saúde, no domínio sociocultural da mulher imigrante.

De acordo com Liladar e Novais (1998) ao citarem Campinha-Bacote, competência cultural é um processo para o qual o profissional de saúde vai adquirindo determinadas habilidades, conhecimentos e atitudes através: da “consciência cultural”, pelo reconhecimento da sua própria cultura e da influência que esta poderá ter na relação cultural que estabelece com a pessoa, para que possa então, apreender a dimensão cultural do outro; pelo “conhecimento cultural” que lhe permitirá obter informação sobre os principais elementos organizadores das culturas, elementos estes facilitadores da comunicação cultural e da compreensão dos diferentes factores influenciadores dos comportamentos de saúde e das diferentes crenças e práticas cuidativas, adoptadas em cada cultura ou subgrupos culturais; pela “capacidade cultural”, sendo esta conseguida quando as duas etapas anteriores são integradas nos cuidados prestados, no sentido de satisfazer as reais necessidades de saúde do imigrante e potenciar os seus recursos de referência, capacitando-o para actuar eficazmente no país de acolhimento, especialmente quando os comportamentos de saúde se distanciam dos de origem, por último, surgem os “encontros culturais” estabelecidos entre os profissionais de saúde e os imigrantes, encontros estes promotores da competência cultural, quer pela proximidade cultural, quer pela repetição de experiências no cuidar da pessoa, famílias, dos grupos ou comunidades, com um contexto cultural diferente do seu.

Os profissionais de saúde, intervenientes no estudo, quando enquadrados nos cuidados interculturais, reflectem sobre como identificam os seus sentimentos e atitudes, sobre a consciência que têm dos seus preconceitos e posturas etnocêntricas e egocêntricas, e ainda sobre o significado que dão à aceitação cultural nos cuidados que prestam à mulher imigrante, durante a sua adaptação à maternidade. E demonstram, que apesar de tentarem aceitar essa diferença de comportamento cultural de saúde, nem sempre é fácil pô-lo em prática, especialmente quando a diferença é significativa e não há adesão da mulher imigrante às orientações sugeridas no país de acolhimento, originando um sentimento de impotência em lidar com a situação, como se verifica neste testemunho de extrema clareza:

-“Hoje em dia como a nossa sociedade é uma sociedade mista, elas [as mulheres imigrantes] fazem parte do nosso dia-a-dia. (...) Acho que os profissionais de saúde, e eu

inclusive, ainda temos alguma dificuldade em aceitar a individualidade da cultura dos outros. Ou seja, as culturas que as pessoas têm, as tais características próprias que chocam com a nossa (...) Às vezes não é fácil aceitarmos que aquela mulher tem uma cultura diferente. “(...) às vezes aquilo que nós lhes estamos a transmitir tem para nós todo o sentido, pode não ter assim tanto sentido para ela ou ela achar que não é assim que vai fazer porque vai fazê-lo de acordo com a sua cultura. Isso para nós já é difícil de aceitar, porque estamos aqui a ensinar e depois não fazem aquilo que nós dizemos. Nesse aspecto, não é muito fácil. (...) Sem dúvida, essa é a nossa mentalidade. “Em Roma sê como os Romanos”. É a minha opinião, eu própria tenho plena consciência disso, tento não fazer mas nem sempre consigo, e digo-o aqui abertamente, porque nem sempre é fácil. Às vezes há coisas que achamos que nem é de valorizar muito, e passam com facilidade, mas às vezes há outras (...) Eu estou a lembrar-me de uma que tenho muita dificuldade em aceitar e que me faz muita confusão, que é por exemplo na cultura dos chineses, porque também temos cá alguns, darem camarão aos seis meses às crianças, isso a mim choca-me muito. Eu tenho dificuldade em aceitar essa parte da cultura deles.(...) Depois às vezes penso assim: «mas o que é que eles cá vêm fazer se não utilizam a informação?» (...) Então porque é que vêm cá, porque parto do princípio que se vêm cá é porque estariam receptivos, portanto há este choque e não é fácil de gerir.(...) Mas eu acho que devido à multiculturalidade, nós cada vez somos mais uma sociedade multicultural e vamos continuar a ser cada vez mais, nós vamos ter todos que nos adaptar uns aos outros, e sem dúvida nenhuma vamos todos ter que ultrapassar isso, nesse sentido.”(A1,P2,L69-70; P3,L110-117 e 120-131)

Outros dos intervenientes, revelam a importância de uma aceitação recíproca entre o profissional de saúde e a mulher imigrante, quando existem divergências entre crenças e comportamentos contextuais e profissionais, ou como define Leininger, (1995) a negociação cultural de cuidados de saúde adequados com a utente, como se revela nestes testemunhos:

- “Acho que isso tem de ser feito de parte a parte, todos temos a lucrar com isso. É lógico que eles estão cá e tentam adaptar-se mas eu acho que é saudável manterem os seus hábitos, as suas coisas, e isso é muito importante até para a estabilidade deles. Eu digo muitas vezes às mães: «ensine-lhes a vossa língua, faça questão dele aprender a vossa língua, se puder vá lá de vez em quando para não perder os costumes». Eles só têm a lucrar se tiverem em contacto com as duas culturas. Eu acho que a maior parte dos estrangeiros adaptam-se bem cá.”
(B2,P4,L139-144)

- “Eles vêm para cá e têm de se adaptar às nossas regras e às nossas maneiras, tal e qual como nós teríamos de fazer se fôssemos para lá (...) Mas tem de haver um jogo de parte a parte, porque nós enquanto profissionais temos um papel a cumprir e se eles recorrem aos

nossos cuidados temos que ter isso em atenção e não podemos simplesmente impor os nossos conhecimentos.” (A3,P7,L254-255 e 258-260)

Uma intervenção mais humanizada, através de uma relação compreensiva, empática, afectiva, em vez de uma atitude técnica e impessoal com a mulher imigrante é vista, como essencial, para ajudar a ultrapassar as dificuldades na comunicação oral, como se revela:

- *“Aqui, reportando-me [ao local onde trabalha] se calhar esta comunidade tem características muito específicas, eu avalio da melhor forma, seja enfermeiros, seja médicos (...) porque tanto os enfermeiros como os médicos são pessoas com características humanas que lhes permite fazer isso. Não são apenas profissionais, eu acho que eles são muito humanos também, que eu acho que é essencial aqui, porque se formos só ver a parte tecnicista é totalmente diferente. (...) Uma pessoa que está à minha frente, que é de outro país e que não está a conseguir comunicar comigo, é mais fácil eu avaliar os dados antropométricos e pronto, e está feito, e escuso de fazer o resto. Aqui não, toda a gente tem preocupação em tentar comunicar e estabelecer qualquer tipo de comunicação, para tentar perceber, e para tentar ensinar, portanto acho que a nível humano e profissional, os profissionais aqui são excelentes.” (A1,P7,L263-264 e 267-274)*

As características do povo português são também evidenciadas como facilitadoras na aceitação das diferenças culturais, com que os profissionais de saúde se confrontam nos dias de hoje. Porém, parece que é mais uma opinião pessoal, onde a aceitação cultural se reflecte nos cuidados de saúde que efectua à mulher imigrante:

- *“Eu acho que o povo português é um povo aberto em relação a novas culturas. Exceptuando uma ou duas pessoas, a excepção é necessária para que exista a regra, acho que somos abertos e que aceitamos bem os novos costumes e as novas tradições.“(...) acho que nós também nos adaptamos muito a eles. Eu estou a pensar, mesmo a nível administrativo, por exemplo o cigano não espera pelo médico, ele vem, é sempre urgente e tem de ser atendido logo, programação de consulta não há, e se programamos coincide sempre com a feira, e nós é que temos que programar quando eles não têm a feira.” (B3,P6,L261-263 e P7,L266-269)*

A ambivalência entre a aceitação dos cuidados culturais de origem ou uma maior tendência para a imposição da cultura do país de acolhimento, quando pouco se conhece da cultura e práticas de saúde do país de origem da mulher imigrante, transparece nos seguintes testemunhos, sendo indicativo da necessidade de conhecimentos culturais e de

formação dos profissionais saúde, nomeadamente sobre modelos conceptuais, holísticos e sistémicos que possibilitem cuidados culturais adequados:

-“Até que ponto é que nós podemos interferir nos hábitos e nas culturas de facto tão característicos das pessoas. Se nós tivéssemos conhecimento de como eram os hábitos das pessoas era mais fácil. Nós não podemos impor, não é uma questão de imposição, é de negociação, e como não conhecemos o lado de lá, é muito difícil negociar.” (A2,P7,L275-278)

- “Falando com outras colegas, nós temos muitas dificuldades em lidar com elas. Muitas vezes temos de perguntar como é lá no país delas e elas começam a contar. E ficamos assim, a pensar agora como é que faço perante isto? E depois é muito difícil adaptar. Se eu aprendi assim, e que é correcto, e agora, vou dizer a elas que assim é que é bem feito? Nós não temos conhecimentos que nos dêem suporte para fazermos esta transição. Se ela faz de outra maneira também está bem. Por exemplo, uma coisa que se passa com as nossas mulheres, em relação à amamentação. Uma mulher que já tem três ou quatro filhos, e eu aprendi que deve dar mama, desta forma e desta posição, e explico tudo àquela mulher. Mas ela nos outros três filhos amamentou até aos dois anos cada um deles e não fez nada assim, ela vai mudar? Não vai, vai continuar a fazer como fez até aí. É isto que nos falta. Se já nas nossas eu tenho dificuldade em fazer isto, nas outras com outras culturas, mais dificuldades temos.” (A6,P7,L264-273)

Tendo em vista a promoção da saúde da mulher imigrante na sua adaptação à maternidade, o profissional de saúde em conjunto com a mulher, deverá explorar e identificar hábitos culturais de origem, no cuidar da criança e da sua própria saúde, e negociar um processo de modificação, reeducação ou orientação adequada, como se poderá deduzir do seguinte relato:

- “É uma problemática nova e se pensarmos que estas pessoas têm necessidades diferentes porque os hábitos delas também eram diferentes, e que estão a sofrer um processo de aculturação, não se fala, e acaba-se por se dirigir a consulta, não tendo em conta estas particularidades, da mesma forma que se conduz qualquer outra consulta médica. Acaba por ser assim. (...) Ao nível de enfermagem é um bocadinho diferente. Se aquela mãe traz crenças que são do país dela, acaba por desconstruir connosco, ao longo da gestação, essas mesmas crenças, e nós vamos trabalhando com ela. E também lhe vamos passando o que é nosso. Mas lá na Ucrânia, ou na Bulgária, é assim, e nós temos que ir explicando que cá fazemos de outra forma, há um conjunto de coisas que se têm que ir trabalhando ao longo do tempo.” (A4,P3,L112-119)

Caminhando agora, para como os profissionais de saúde perspectivam a aquisição de competências culturais, comunicacionais e relacionais para prestarem cuidados interculturais de qualidade e com ganhos em saúde para a mulher imigrante, vários aspectos foram partilhados pelos intervenientes do estudo, sendo estes: a) a satisfação pessoal; b) conhecimentos/informação cultural existente; c) necessidades formativas; d) utilização de recursos disponíveis; e, e) necessidade de redes de apoio social, mais próximas das comunidades imigrantes. De acordo com os mesmos, todos estes aspectos se encontram interligados, influenciam-se mutuamente e se trabalhados em conjunto, serão promotores da competência cultural.

a) A satisfação pessoal

A satisfação pessoal perante os cuidados interculturais realizados foi referida como importante tanto para o profissional de saúde, quando se sente gratificado pelas suas intervenções; como promotora da saúde da mulher, quando a satisfação pessoal do profissional influencia positivamente a comunicação e relação cultural que estabelece com a mulher imigrante.

Assim, poder-se-á considerar que os profissionais de saúde quando se confrontam com as diferenças, não estão a menosprezar a importância de se saber identificar e realçar as semelhanças entre as pessoas, nomeadamente o facto de todos nós, seres humanos que somos, desejamos o bem-estar e saúde para nós próprios e para os nossos familiares:

- “Mas eu estou a fazer isto, embora nem tenha horas para isso, por dois motivos, porque acho que isto é muito gratificante porque estas mulheres precisam muito de nós. Nesta altura não havia nenhuma colega com disponibilidade Outra coisa é, como já falei com a enfermeira chefe, é ter uma enfermeira que me ajude nesta consulta (...) Nem toda a gente tem perfil para isto (...) Não podemos fazer juízo de valores porque isto é muito difícil, e para esta gente temos de ter o dobro da paciência porque nem sempre têm papéis, etc (...) Tenho muito gosto em fazer isto [com o apoio da enfermagem] Sozinha não consigo.” (B1,P7,L319 e P8,L320-326)

- “(...) eu acho que tínhamos tanto a aprender com eles, se tivéssemos um pouco mais de atenção às vezes, eu gosto de conversar com eles, porque eles sabem tantas coisas. Eles às vezes contam histórias que me fascinam e acho que tínhamos tanto a aprender com eles se estivéssemos mais despertos para isso.” (A3,P7,L255-258)

b) Conhecimentos/Informação cultural existente

Os depoimentos que se seguem são ilustrativos de particularidades genéticas que mulheres de determinadas origens apresentam e que exercem uma influência significativa na saúde da mulher durante a gravidez e maternidade. Se a estas particularidades for associado uma situação de imigração, com todas as implicações socioeconômicas, comunicacionais, reajustes a novos estilos de vidas, regras de comportamento e afastamento familiar e da rede de apoio social habitual, facilmente se torna evidente a importância dada às necessidades de informação cultural, para a promoção da saúde da mulher imigrante nestes dois momentos da sua vida, como se revela nos seguintes testemunhos:

- *“As chinesas têm uma coisa, que depois aprendi com um colega meu, eu tenho um colega que é chinês e um dia destes a conversar desta vivência e a pedir alguma ajuda, percebi que elas têm umas anemias muito marcadas durante a gravidez. Ficam com um ar de prostrado (...) percebi, com o meu colega, que os glóbulos vermelhos fazem uma hemólise na gravidez dos chineses, portanto têm uma anemia própria da gravidez deles, mas estudei na altura que não era uma coisa marcada, que fazem sempre, e eu tinha ideia que era da alimentação, mas depois percebi que não, elas fazem um bocado disso. Tem a ver com as características dos próprios glóbulos delas.” (B1,P6,L249-252 e 256-259)*

- *“A mulher imigrante muitas das vezes, se falar a nível da mulher ucraniana, eles têm muita doença de raquitismo, ao nível das crianças, devido ao tempo, à fraca exposição solar durante o ano, e também têm muita carência de algumas vitaminas, mas isso com aquelas que vieram recentemente. Tem a ver com a alimentação em conserva durante o Inverno, que é fraca em vitaminas, nomeadamente a vitamina C, D, porque não têm peixe. (...) Nós temos pele mais escura, eles têm pele mais clara, tem a ver com a foto-sensibilidade, é um bom tema para investigar que se calhar não estamos assim muito virados para essas questões. Se calhar temos que encarar normas para eles e normas para nós, em relação às carências deles. A mulher grávida ucraniana tem muitas vezes um défice de cálcio. A suplementação de cálcio na mulher ucraniana é muito importante porque tem a ver com a carência de vitamina D associada. Porque é que vemos muitas delas com dentes em ouro? Porque têm dentes péssimos devido à falta de cálcio. Eles não tinham as cerâmicas que nós temos e por isso utilizavam o ouro. Isto está também associado a estratos sociais porque, os mais baixos, usavam prata. Portanto deve-se ponderar sempre associar o cálcio e a vitamina D na grávida e ter uma especial atenção à criança. Nós não temos formação nem estamos a pensar muito nestas coisas.” (B3,P7,L272-288)*

O conhecimento cultural nomeadamente sobre os quadros de referência de outras culturas, os seus códigos culturais específicos, as práticas e os comportamentos de saúde e de vigilância da saúde característicos de uma cultura, são aspectos considerados pelos intervenientes no estudo, como essenciais para uma visão holística das pessoas de quem se cuida e para uma intervenção direccionada às necessidades de saúde particulares da mulher:

- *“Depois também é complicado porque também não conhecemos os hábitos culturais, também não sabemos se são hábitos culturais ou se naquele país as normas indicam mesmo outra coisa. Nós também não temos esses conhecimentos todos. Nós sabemos o que é que as nossas normas nos indicam, mas não sabemos se naquele país mesmo isso se recomenda. (...) Acho que nós temos limitações graves. Por exemplo, nós não temos acesso a informações de como é que naquele país se segue uma grávida, há noções que são básicas que nós temos que são iguais, mas outras nós não conhecemos. Acho que é complicado para nós estarmos a perguntar como é que fazem, se no país é diferente ou não, e depois perceber. Uma coisa é a opinião daquela pessoa, mas eu sei aquilo que nós fazemos e o que é correcto, mas as pessoas não estão erradas, fazem de outro modo. Quando nós não temos o conhecimento de como é efectivamente aquela cultura, porque nós não podemos dizer que aquilo está errado, é uma maneira de fazer diferente.” (A2,P4,L148-151; P6,L260-262 e P7,L263-266)*

E ainda, porque são profissionais de saúde a cuidarem das pessoas e suas famílias num contexto comunitário, emerge a necessidade de um conhecimento sobre a família alargada, círculo de amigos ou comunidade cultural próxima daquela mulher que se cuida, visto a influência que estas dimensões têm na mulher, durante a gravidez e o início da maternidade, como se expõe:

- *“Eu acho que devemos tentar estudar o ambiente familiar delas, eu não percebo se os ucranianos vêm os primos, os tios ou os cunhados, por exemplo, acho que deveria ser estudado o agrupamento familiar, se eles vêm por amizade ou por laços de parentesco. (...) Porque eu tenho cá uma amiga, as brasileiras dizem muito isso, as ucranianas quase sempre vêm porque o marido está cá. Mas eu não entendo se cá está a irmã, a tia ou a cunhada. Geralmente não vêm com a família e eu penso que isso é muito importante. (...) Eu acho que na maternidade e na gravidez, é muito preciso um grande apoio, e eu não sei estes grupos de imigrantes que apoio é que cá têm, se têm familiares ou se têm apoio de outros imigrantes. (...) porque eu acho que a maternidade é feita em casal e com a família, e eu ali encontro muitas mulheres sozinhas.” (B1,P10,L445-452 e L427-428)*

c) Necessidades formativas

As necessidades formativas são identificadas pelos intervenientes no estudo, nomeadamente as enfermeiras, consideram que esta formação para a interculturalidade deveria ser iniciada na formação profissional de base, possibilitando o conhecimento de quadros de referência e estratégias interventivas adequadas aos cuidados interculturais. Esta necessidade formativa torna-se ainda mais evidente quando o profissional de saúde se depara com a maternidade, onde a cultura assume uma forte influência pelas suas prescrições, interdições e costumes enraizados e utilizados de geração em geração, no seio de cada família:

-“Eu acho que há alguma falta de formação, e isso também cria barreiras no processo de cuidar. Já há alguma falta de formação em termos de saúde materna, e estamos a falar em termos de enfermagem, não é uma área fácil, é uma área muito difícil e há colegas que não gostam. Não é uma área fácil numa situação normal. Numa situação dessas as coisas ainda são piores quando esses conceitos não são abordados numa formação de base. Portanto uma pessoa que acaba a licenciatura e é mandada para uma consulta sozinha em que tem que gerir a consulta e a vigilância da gravidez sozinha, porque o que se passa é que muitas delas nem fazem vigilância nos cuidados essenciais, só lá vão fazer exames complementares, e ainda é pior. Há muita falta de formação.” (A4,P6,L216-223)

- “Nós [enfermeiros] não estamos preparados para isto, para esta multiculturalidade. Basta dizer que no curso base não aprendemos determinadas coisas. (...) Começando pelo princípio, os cursos de base, que não sei como se faz agora, no meu nem sei se a multiculturalidade era abordada, é importante não só conhecer as culturas mas também fazer a adaptação daquilo que nós fazemos, como é que nós podemos trabalhar com estas mulheres. Não é importante eu saber se elas durante a gravidez lavam ou não a cabeça, não é tão importante isso. É importante eu saber como é que eu vou conseguir chegar até elas de forma a desconstruir isto. Se é muito importante elas lavarem a cabeça no dia a seguir, elas ficam bem.” (A6,P7,L255 e 275-280)

De facto, ao ter-se em linha de conta que a competência cultural exige uma aprendizagem, que se for iniciada durante a formação profissional, proporciona uma sensibilização para as questões da multiculturalidade e um fio condutor para os cuidados interculturais. Porém, ao ser encarada como processo, significa que impõe uma continuidade formativa, em particular, na utilização de modelos orientadores que valorizem as diferentes dimensões culturais, que se encontram inter-relacionadas e que têm implicações para a saúde. Como por exemplo, o *Modelo de Competência Cultural*

de Purnell e Paulanka (1998), referido por Presswalla (2004), no âmbito da enfermagem, em que uma das dimensões culturais definidas centra-se nas práticas relacionadas com a gravidez e parto. Ou o *Modelo Psico-cultural* desenvolvido por Whiting (1975, 1978) que valoriza, entre outros aspectos, a história social e cultural, a estrutura económico-social e política, as crenças mágico-religiosas e os rituais, envolvidos nos cuidados e educação prestados às crianças pelos pais, família ou grupos sociais, (Ramos, 2004).

Outras formas de formação poderiam ser: uma melhor articulação entre os profissionais de saúde, de diferentes instituições, e que se debatem com as mesmas dificuldades e experiências e até um maior sensibilização e articulação entre os países, no sentido de facilitar o esclarecimento de dúvidas vivenciadas pelos profissionais de saúde nos contextos da prática de cuidados, sobre orientações técnicas implementadas nos países de origem e que possam ser diferentes das preconizadas no país de acolhimento, como relatam:

- *“O básico nós sabemos, o básico em qualquer parte do mundo é sempre igual em termos da vigilância da gravidez, ou de saúde infantil. Provavelmente nós deveríamos conhecer a maneira de ser dessas famílias nos seus países de origem. Nós podemos estar a ser demasiadamente intervencionistas nas famílias, nas famílias de leste, são pessoas que se retraem um pouco mas isso é cultural. Nós tratamo-los como se fossem portugueses e eu acho que deveríamos ter alguma informação sobre como é que são as famílias nesses países, como são tratadas, como é o seu sistema de saúde. A nível do Brasil há a facilidade da linguagem. Devia haver alguma articulação com outros colegas, poder haver um intercâmbio. Nós já tivemos colegas de outros países que se integram perfeitamente.” (B5,P4,L147-154)*

- *“Nós vamos aprendendo com o dia-a-dia mas era importante nós termos alguma informação, nós também podemos procurá-la é certo, mas se calhar pelas vias oficiais mais direccionadas para isto. Como é que seria no país de origem, o que é mais habitual, por exemplo os planos nacionais de vacinação são sempre uma dor de cabeça, ou porque a tradução não vem bem, ou não sabemos se fez bem ou não fez, a via oficial devia estar um pouco mais preocupada sobre estas situações. Nós vamos aprendendo com o nosso dia-a-dia, penso que faz falta termos informação mais específica. (...) Mas penso que a via oficial devia dar-nos informação mais específica.” (A5,P7,L259-264 e 270-271)*

d) Utilização de recursos disponíveis

A utilização dos recursos disponíveis é perspectivado pelos profissionais de saúde em diferentes tipos de necessidades que as mulheres imigrantes possam

apresentar. Assim, perante precárias capacidades económicas das mulheres utilizam-se medidas de apoio implementadas pelo próprio estado português, ou recorre-se a apoios de solidariedade social comunitárias ou até particulares, como referem os intervenientes no estudo:

- *“Em termos de medicamentos, acho que não há grandes problemas, temos aquelas em risco social grave mas conseguimos sempre uns comprimidos de ferro. (...) Em termos de enxoval, como temos umas parcerias com o SER e algumas instituições (...) depois referencio-as sempre para a preparação para o parto (...) lá conseguimos arranjar alguma coisa para o enxoval.” (B1,P9,L387-391)*

Quando se perspectivam comportamentos de saúde de risco, tanto para a mulher imigrante como dos elementos do seu agregado familiar, a visita domiciliária é utilizada como estratégia para uma visualização mais integrada, dos problemas de saúde prioritários da família e de cada um dos seus membros. Com efeito, esta abordagem centrada na família permite que o profissional de saúde observe e analise as condições habitacionais, estrutura e funções dos diferentes elementos e ainda, os recursos da família para a sua subsistência económica, redes de apoio existentes e capacitação para a aquisição de um bom nível de saúde física e mental dos seus constituintes:

- *“Também há umas de maior risco, lembro-me de algumas africanas em que tivemos alguma dificuldade, mas também se fazem visitas domiciliárias (...) Também temos um bom apoio nisso, porque há algumas que vivem em quartos alugados, e que não têm condições nenhuma para ter a criança. E as brasileiras às vezes também temos que averiguar bem porque aquilo é complicado, estão com a amiga, ou prima (...) Depois também há as outras que dizem que está tudo bem e quase na última consulta dizem que não têm nada. Aparentam que está tudo bem e de repente, ou à enfermeira ou a mim, descaem-se.” (B1,P9,L391-397);*

- **[Casal hindu]** *“Encaminhei para a enfermeira para lhes dar o apoio e fazer visita domiciliária e acabei por não saber a evolução, mas as enfermeiras devem saber porque elas fizeram visitas domiciliárias. Era um primeiro filho e eles estavam completamente isolados sem família e sem nada.” (B6,P2,L50-52)*

Com efeito, cada vez mais se torna visível ao nível das políticas de saúde nacionais e internacionais, que uma abordagem centrada nas famílias e no ciclo de vida, com a priorização dos problemas de saúde específicos de cada grupo etário, como por exemplo, momentos especiais como o nascimento e os primeiros meses da maternidade. Estes momentos, pelas suas particularidades largamente referidas ao longo deste estudo,

constituem oportunidades privilegiadas para ajudar a mulher imigrante no exercício da maternidade, promovendo comportamentos de saúde maternos adequados às novas exigências ou diferenças, com que se depara no país de acolhimento.

A reorganização dos momentos de contacto com as mulheres imigrantes de nacionalidades e costumes diferentes dos existentes no país, são reconhecidos pelos intervenientes no estudo, visando-se a criação de um espaço temporal para o profissional de saúde ouvir a mulher, para apreender as diferenças e reajustar as suas intervenções, como se expõe:

- *“É evidente que para a multiculturalidade temos de estar atento a elas. Nós também não conhecemos a cultura delas, e quando elas nos chegam é muito difícil nós conhecermos o que elas têm por trás. Não conseguimos, em pouco tempo de consulta não se consegue. Eu acho que daqui para a frente temos que mudar a nossa actuação, que temos com as nossas, em vez de dizer faz isto, e aquilo, e dizer como é, ver como ela está a fazer e depois adequarmos, com estas, para além disto temos que perceber como é que elas fariam e tentar pormenorizar como elas fariam.” (A6,P7,L255-261)*

- *“Eu acho que uma das coisas é nós tentarmos perceber e tentarmos ouvir a pessoa. E a pessoa é que nos vai ter que dizer qual é a perspectiva dela, mas nós estamos habituados muitas vezes a não negociar tanto. Nós fazemos assim e é difícil andar para trás. Perguntar como é que fazem, como costumam fazer, tentar perceber e tentar ver pelo que as pessoas nos dizem e com os nossos conhecimentos tentar arranjar um consenso (...) Ao fim ao cabo é um ajuste, uma negociação.” (A2,P7,L281-284 e 288)*

Sem dúvida que este tipo de organização do contacto cultural entre o profissional de saúde e a mulher imigrante, para além de contribuir para o sucesso do desempenho do papel materno, permite identificar com maior facilidade e brevidade, comportamentos de saúde de risco subjacentes ao processo de imigração ou relacionados com outros factores, extremamente importantes para a saúde da mulher e para o desenvolvimento e crescimento da criança, durante os primeiros meses da maternidade.

Nesta linha, tal como identificam os profissionais de saúde envolvidos no estudo, os enfermeiros pelas suas funções e formas de intervenção, são os que se encontram mais próximos da mulher e da sua família, conseguindo ter um conhecimento mais global da pessoa e assim identificar as necessidades de saúde da mulher nas diferentes dimensões em que possam surgir e não apenas na vertente física, como se relata:

- **[Percepção sobre crenças, tabus, mitos]** *“Se calhar a Enfermeira ajudava-a um bocado mais nisso. Ela sabe mais coisas de pormenores. Ela às vezes falava mais com elas.”*
(B1,P7,L295-296)

- *“Sabe que nós falamos mais do aspecto técnico, talvez a enfermeira esteja mais habilitada a isso, o nosso tempo é mais limitado, limitamo-nos mais às partes técnicas (...) Os doentes ligam-se muito mais com a enfermeira. A base é a enfermeira. A nível do rastreio do cancro do colo do útero, a nível de consulta de planeamento, quando tenho a enfermeira permanente tenho muito mais gente, ela capta [as utentes do ficheiro] Elas, mesmo durante a vigilância, falam muito mais com a enfermeira do que comigo. E põe muito mais desses problemas à enfermeira.”* (B2,P6,L227-228 e 231-234)

O recurso às instituições parceiras do sistema de saúde português é outro dos meios utilizados e mencionados pelos profissionais de saúde. Porém, parece que os recursos existentes ainda não são suficientes, face aos diferentes tipos de dificuldades a que a mulher imigrante se depara durante a maternidade. O recurso a particulares tem funcionado para soluções pontuais, que não transmitem segurança ao profissional de saúde, perante o crescente número de situações com que se tem confrontando actualmente:

- *“(...) termos mais parcerias em que se conseguisse dar os recursos necessários a essas mulheres. Mais concretamente, preparar um biberão, em que ela é treinada a preparar um biberão, mas se calhar tenho que lhe dar um ou dois biberões e se calhar também um desinfectante porque na casa dela têm algumas dificuldades. Tem que haver alguns ajustes para ela depois conseguir. Em termos do aleitamento materno, se ela é obrigada a trabalhar, então eu tenho de pedir ao laboratório dos sacos para ela retirar o leite com uma bomba de extracção, retira aqui, guarda, congela em casa, e isso depois isso permite-lhe pagar a uma ama social para dar o leite ao bebé. São estes conjuntos de coisas que se têm que ir gerindo, mas estas parcerias são parcerias pessoais, porque nós conhecemos a pessoa X e a pessoa Y e vamos vivendo assim, por favor e vamos vivendo dos favores porque não há uma parceria pública.”* (A4,P6,L236-244)

e) Necessidade de redes de apoio social, mais próximas das comunidades imigrantes

As redes de apoio social constituem uma das formas de ajudar as famílias imigrantes a manterem o seu equilíbrio perante desafios com que se deparam, estando estes relacionados com as mudanças e necessidades de adaptação e adesão aos novos elementos socializantes. Quando as famílias ou grupos sociais imigrantes apresentam

comportamentos mais fechados, mais dependentes dos seus modelos de origem, parece que sentimentos como a incerteza, a falta de segurança e a discriminação social, dificultam a adesão às mudanças que o meio social envolvente provocam nos seus modos de vida, como se retrata no seguinte testemunho:

- *“Acho que isto fazia perder muito os medos, por exemplo, das ucranianas, de desconfiar, ou de não serem bem tratadas, nas grávidas, se houvesse por aqui uma associação de apoio à grávida imigrante, em que, tirando o profissional de saúde ou da segurança social, serem voluntários que lhes explicassem o que havia como os seguros e outras coisas, mais para ajudar e não para as “tramar” porque eu acho que elas têm um bocadinho essa ideia. E as brasileiras também para as ajudar um bocadinho. Dizer-lhes que têm que trabalhar e que a gravidez não é uma doença.” (B1,P10,L450-452)*

Surgem assim, as principais dificuldades que os intervenientes no estudo encontram na vigilância de saúde pré-natal, puerpério e saúde infantil, comprometendo a qualidade da assistência de saúde realizada à mulher e às crianças imigrantes.

As precárias condições económicas das famílias nos primeiros tempos da imigração e os recursos oferecidos pelo sistema de saúde português, nem sempre são compatíveis ou alcançáveis nos momentos adequados, como mais uma vez referem os intervenientes no estudo:

- *“A questão económica e a grande dificuldade das gravidezes em termos médicos (...) não temos ecografia obstétrica no Serviço Nacional de Saúde, em tempo útil. A primeira eco deve fazer-se entre as dez e as doze semanas, mas muitas vezes as mulheres vêm na oitava semana, não temos hipótese de a fazer passadas duas semanas. Porque por exemplo, aqui na nossa zona só fazem em Tomar e está sobrecarregado. “(...) algumas têm de pagar e outras fazem a primeira eco às dezoito semanas (...) o nosso grande problema em termos médicos, e também para elas porque elas percebem, e elas vêm dizer-me: «doutora fui a dois lado mas custa noventa euros e eu não tenho dinheiro» (...) Isto também não é por culpa delas, porque às vezes é assim, fazem o teste, e já têm quatro semanas, depois marcamos passado uma semana, e quando as vamos atender, às vezes já são sete semanas ou oito, não é muito fora do normal, mas depois não conseguimos eco para a semana a seguir.” (B1,P8,L370-373 e P9,L375 e 382-3846)*

A dificuldade que as famílias imigrantes encontram com as entidades patronais, no sentido que conseguirem usufruir dos direitos à assistência de saúde que o nosso país dispõe à população, durante o período peri-natal:

- “Uma das dificuldades que eu acho que elas referem com frequência, tem a ver com o conciliar do trabalho com a gravidez (...) quando elas trabalham, é sempre um dos aspectos preocupantes em que há uma certa discriminação, e acho que é uma das dificuldades que elas têm (...) Quase todas dizem que vão ser despedidas, e que vão ficar sem emprego (...) depende muito do local onde trabalham. Uma das coisas que me tenho apercebido é que, as que trabalham para pessoas mais diferenciadas são pessoas mais acessíveis e compreendem e incentivam mais a elas a virem às consultas para que tudo corra normalmente, do que aquelas que trabalham em trabalhos menos qualificados, domésticas (...) Vou dar um exemplo, tivemos uma que é empregada doméstica de um pediatra, foi fantástico com ela, a família dele foi fantástica desde o ensinar a incentivar, essa senhora ela própria dizia que não podia faltar às consultas, nem se atrevia porque eles não permitiam (...) Outras que trabalham como domésticas na casa de algumas pessoas, ou que trabalham em fábricas têm mais dificuldade, até porque já têm aquela perspectiva de que o contrato já não vai ser renovado, ou que depois se vêem embora. ”(...) se já com as portuguesas, às vezes, a gravidez não é bem vista perante as entidades patronais, nas pessoas imigrantes acho que é pior.” (A1,P4,L134-138; 141-149)

- **[Entidades patronais são um obstáculo]** “(...) elas são escravizadas ao máximo, é o maior número de horas que trabalham com menor salário e não há direito a consultas. Porque quando elas têm de vir a consultas, e nós estamos das oito às oito temos que gerir muito bem o horário, temos que as pôr numa consulta de saúde de adultos porque não podem vir no dia da consulta de saúde infantil, porque não podem vir no horário certo.” (A4,P6,L247-250)

E, em particular, a dificuldade que as mulheres imigrantes têm em participar em actividades implementadas nos CSP, como por exemplo no curso de preparação para o parto, que proporciona à mulher conhecimentos sobre o trabalho de parto, no sentido de aumentar a sua auto-confiança e sobre instrumentos que a ajudem a manter o controlo e reduzir o medo e a tensão durante as contracções uterinas, como as técnicas de respiração e de relaxamento. Este tipo de metodologia é orientado para o casal grávido, preparando também o companheiro (ou outra pessoa que a mulher escolha) para apoiar a mulher durante o trabalho de parto (Bachman, 1999):

- “A principal dificuldade para não frequentar o curso de preparação para o parto, por exemplo, tem a ver com o horário laboral, às vezes já são situações de trabalho precárias que já as fazem perder o emprego porque estão grávidas. Por isso a grande maioria quando opta por engravidar, pensa engravidar antes de começar a trabalhar ou tem um emprego que lhe permite engravidar sem qualquer tipo de constrangimento, mas por norma quando elas

manifestam isso, essa preocupação é tida em conta e acabamos por marcar as vigilâncias para o dia que é possível.” (A5,P8,L294-309)

Em suma, a percepção que os intervenientes no estudo têm da dificuldade que a mulher imigrante tem em pôr em prática o que os profissionais de saúde no país de acolhimento, consideram como comportamentos de saúde adequados para a gravidez e durante a maternidade, como se revela neste testemunho:

- “Se calhar as minhas principais dificuldades não é tanto como enfermeira, é ter os instrumentos necessários para que elas atinjam todo o potencial das suas capacidades, que têm, porque o potencial está lá mas não têm os instrumentos que deviam ter, não tem uma rede de suporte social que as sustente, não têm a parte económica, não têm emprego, e isso é muito frustrante (...) É aquela sensação de «fala, fala, fala, mas eu não posso fazer nada do que estás a dizer». E isso é muito complicado e vai connosco para casa porque a pessoa sabe o que é correcto e o que esta certo mas depois não tem forma de o fazer, e nós temos consciência dessa realidade.” (A4,P6,L226-231)

E, por último, o desafio para se aprender a conhecer as suas próprias percepções culturais e de estar sensível à diversidade e cultural e sua influência naquele de quem se cuida:

- “Eu acho que foi um grande desafio para nós. Para mim acho que foi um grande desafio. Ainda para mais eu sou médica aqui há muitos anos, tenho uma lista estabilizada há muitos anos, como deve entender, tenho dois mil utentes na minha lista, e conheço a maioria das pessoas. (...) Pegar numa lista com pessoas que eu não conheço, de culturas diferentes e com mentalidades diferentes, tem sido um desafio ao longo destes anos.” (B1,P9,L409-413)

E conclui-se assim esta subcategoria, onde se considera que os intervenientes do estudo retratam a realidade portuguesa, de um modo muito particular, a realidade do distrito de Santarém, onde pelas suas vivências no cuidar da mulher imigrante durante a gravidez e maternidade, tocam na maioria dos aspectos importantes a se ter em conta, quando se pretende promover a saúde da mulher imigrante no país de acolhimento.

O reconhecimento da importância dos valores da prática profissional no que concerne à tendência para a imposição cultural, comportamentos estereotipados e preconceituosos, é visto como uma mais valia, pois é o caminhar para a prática de cuidados interculturais competentes, através da aquisição de conhecimentos para avaliar e intervir de um modo

significativo e eficaz, integrando os valores culturais da mulher imigrante no contexto de saúde.

Quadro nº 14 – Síntese da categoria *A promoção da saúde da mulher imigrante*

Subcategorias	Síntese
Comunicação intercultural	<p>A avaliação que os profissionais de saúde efectuam da comunicação que estabelecem com a mulher imigrante permite conhecer os diversos aspectos que caracterizam essa mesma comunicação, as dificuldades mais prementes com que se confrontam, algumas das estratégias que utilizam para resolver essas dificuldades, e mais uma vez, identificar os diferentes comportamentos culturais de origem.</p> <p>A barreira da linguística parece ser a maior dificuldade da comunicação intercultural, onde a comunicação não verbal nem sempre consegue colmatar. A língua estrangeira é entendida como um obstáculo importante na comunicação intercultural, especialmente quando a mulher imigrante não fala nem compreende a língua portuguesa, não vem acompanhada de alguém que possa facilitar a comunicação, e ainda, quando o profissional de saúde ou na instituição, ninguém fala a língua da mulher imigrante, como acontece com alguma frequência com a mulher chinesa.</p> <p>A questão linguística também provoca insegurança no que diz respeito à avaliação das necessidades de saúde manifestadas pela mulher imigrante e ainda, na necessidade de se certificarem de que as suas intervenções foram compreendidas pela mesma, sendo o questionamento, a visualização de comportamentos ou a comunicação não verbal e a utilização de intérpretes as estratégias mais utilizadas para mediar estas inseguranças ou dificuldades na comunicação oral, estabelecida entre o profissional de saúde e a mulher imigrante.</p> <p>A comunicação como processo interactivo e pluridireccional, que possibilita a troca de ideias, sentimentos e experiências é manifestado, nomeadamente quando valorizam o estar “calmo” junto da mulher imigrante, para que possam entender a informação transmitida e a “doçura”, como forma de demonstrar o acolhimento no país de imigração e a preocupação do profissional de saúde pela pessoa, como ser individual e com as suas singularidades.</p> <p>O tom e a cadência da voz, são evidenciados em relação à percepção e interpretação que a mulher imigrante efectua do modo como profissional de saúde comunica com elas e do modo como reage a essa comunicação, sendo este último aspecto visto num contexto cultural específico da mulher brasileira.</p> <p>A percepção do modo como cada cultura partilha e demonstra os seus sentimentos e pensamentos, dando a conhecer os hábitos tradicionais dessa mesma cultura, é evidenciada nas interações que estabelecem com a mulher imigrante.</p> <p>A continuidade dos cuidados à mesma mulher, promove a empatia e a familiaridade entre o profissional de saúde e a mulher imigrante, tendo sido mencionado como um aspecto facilitador na comunicação intercultural, visando a resposta adequada às necessidades de saúde da mulher imigrante. Constata-se, aqui, uma necessidade do profissional de saúde em estabelecer um contacto periódico com a mulher imigrante, no sentido de conseguir estabelecer uma interacção que lhe possibilite</p>

	<p>conhecer o seu contexto cultural, tomar consciência do mesmo e aceitá-lo, de modo, a integrar os padrões culturais da mulher migrante na sua prestação de cuidados. Porém, o constrangimento do próprio profissional em não conseguir estabelecer uma comunicação intercultural eficaz, que lhe permita identificar e integrar as crenças e as práticas cuidativas utilizadas pela mulher imigrante no país de origem, por um lado, dificultam a adesão da mulher imigrante aos comportamentos preventivos e de promoção da saúde determinados no país de acolhimento. E, por outro lado, não a faz sentir-se segura e aceite junto do profissional de saúde de modo a, com maior facilidade, apropriar-se das novas orientações de saúde e assim, desenvolver adequadamente o exercício da maternidade e os cuidados de saúde a ter consigo própria.</p> <p>Alguns dos exemplos estratégicos referidos demonstram uma preocupação centrada no conhecimento da vigilância de saúde realizada pelos profissionais de saúde dos países a que pertencem as mulheres migrantes e, não tanto, na aprendizagem dos costumes e crenças culturais da mulher imigrante para as adequar às suas orientações/informações promotoras da saúde. Com efeito, ainda não se verifica uma deficiente mobilização dos diferentes recursos informativos/apoios nacionais, no âmbito população imigrante, quer de forma individual, pelo profissional de saúde, quer pela própria instituição de saúde. Como resultado, parece que os intervenientes no estudo nem sempre se sentem com a competência necessária para intervir optando-se, por vezes, por impor o seu modelo de referência nos cuidados de saúde que prestam à mulher imigrante, podendo-se considerar que, ainda, há um percurso a se desenvolver para se atingir uma boa prática de cuidados de saúde junto da população migrante e, em particular, junto da mulher migrante durante os seus primeiros tempos de adaptação à maternidade.</p>
<p>Cuidados interculturais</p>	<p>Os intervenientes no estudo, quando enquadrados nos cuidados interculturais, reflectem sobre como identificam os seus sentimentos e atitudes, sobre a consciência que têm dos seus preconceitos e posturas etnocêntricas e egocêntricas, e ainda, sobre o significado que dão à aceitação cultural nos cuidados que prestam à mulher imigrante, durante a sua adaptação à maternidade.</p> <p>Emerge a ideia de que apesar de tentarem aceitar a diferença de comportamento cultural de saúde, nem sempre é fácil pô-lo em prática, gerando-se um sentimento de impotência em lidar com a situação, especialmente quando essa diferença se torna significativa ou quando não há adesão da mulher imigrante às orientações que lhe são sugeridas. Outros dos intervenientes, revelam a importância de uma aceitação recíproca entre o profissional de saúde e a mulher imigrante, quando existem divergências entre crenças e comportamentos contextuais e profissionais.</p> <p>Uma intervenção mais humanizada, é privilegiada, através de uma relação compreensiva, empática, afectiva, em vez de uma atitude técnica e impessoal com a mulher imigrante, ajudando, também, a ultrapassar as dificuldades na comunicação oral, quando a língua é estrangeira.</p> <p>Em alguns dos relatos, parece que há uma tentativa do profissional de saúde, em conjunto com a mulher, explorar e identificar hábitos culturais de origem, no cuidar da criança e da sua própria saúde, e negociar um processo de modificação, reeducação ou orientação adequada. No entanto, a ambivalência entre a aceitação dos cuidados culturais de origem ou uma maior tendência para a imposição da cultura do país de acolhimento, quando pouco se conhece da cultura e práticas de saúde do país de origem da mulher imigrante, transparece nos testemunhos, sendo indicativo da necessidade de conhecimentos culturais e de formação dos profissionais</p>

Cuidados
interculturais

saúde.

Caminhando agora, para como os profissionais de saúde perspectivam a aquisição de competências culturais, comunicacionais e relacionais para prestarem cuidados interculturais de qualidade e com ganhos em saúde para a mulher imigrante, vários aspectos foram partilhados pelos intervenientes do estudo, sendo estes:

a) A satisfação pessoal foi referida como importante tanto para o profissional de saúde, quando se sente gratificado pelas suas intervenções; como promotora da saúde da mulher, quando a satisfação pessoal do profissional influencia positivamente a comunicação e relação cultural que estabelece com a mulher imigrante;

b) O conhecimento/informação cultural existente são ilustrativos de particularidades genéticas que mulheres de determinadas origens apresentam e que exercem uma influência significativa na saúde da mulher, durante a gravidez e maternidade. Estas particularidades contextualizadas numa situação de imigração, com todas as implicações socioeconómicas, comunicacionais, reajustes a novos estilos de vidas, regras de comportamento e afastamento familiar e da rede de apoio social habitual, evidenciam a importância dada às necessidades de informação cultural, para a promoção da saúde da mulher imigrante nestes dois momentos da sua vida. O conhecimento cultural nomeadamente sobre os quadros de referência de outras culturas, os seus códigos culturais específicos, as práticas e os comportamentos de saúde e de vigilância da saúde característicos de uma cultura, é reconhecido como essencial, para uma visão holística das pessoas de quem se cuida e para uma intervenção direccionada às necessidades de saúde particulares da mulher. E, ainda, porque são profissionais de saúde a cuidarem das pessoas e suas famílias num contexto comunitário, emerge a necessidade de um conhecimento sobre a família alargada, círculo de amigos ou comunidade cultural próxima daquela mulher que se cuida, face à influência que estas dimensões têm na mulher, durante a gravidez e o início da maternidade;

c) As necessidades formativas são identificadas pelos intervenientes no estudo, nomeadamente as enfermeiras, consideram que esta formação para a interculturalidade deveria ser iniciada na formação profissional de base, possibilitando o conhecimento de quadros de referência e estratégias interventivas adequadas aos cuidados interculturais. Esta necessidade formativa torna-se ainda mais evidente durante os primeiros tempos da maternidade, onde a cultura assume uma forte influência pelas suas prescrições, interdições e costumes enraizados e utilizados de geração em geração, no seio de cada família. Outras formas de aquisição de conhecimento cultural também foram mencionadas como por exemplo: uma melhor articulação entre os profissionais de saúde, de diferentes instituições, e que se debatem com as mesmas dificuldades e experiências e uma maior sensibilização e articulação entre os países, no sentido de facilitar o esclarecimento de dúvidas vivenciadas pelos profissionais de saúde nos contextos da prática de cuidados, sobre orientações técnicas implementadas nos países de origem e que possam ser diferentes das preconizadas no país de acolhimento;

d) A utilização de recursos disponíveis é perspectivada pelos profissionais de saúde de acordo as necessidades que as mulheres imigrantes possam apresentar.

Assim, perante precárias capacidades económicas das mulheres utilizam-se medidas de apoio implementadas pelo próprio estado português, ou recorre-se a apoios de solidariedade social comunitárias ou até particulares. Perante comportamentos de saúde de risco, tanto para a mulher imigrante como dos elementos do seu agregado familiar, a visita domiciliária é utilizada como estratégia para uma

Cuidados
interculturais

visualização mais integrada, dos problemas de saúde prioritários da família e de cada um dos seus membros. É a referência à necessidade de reorganização dos momentos de contacto com as mulheres imigrantes de nacionalidades e costumes diferentes dos existentes no país, tendo em vista a criação de um espaço temporal para o profissional de saúde ouvir a mulher, para apreender as diferenças e reajustar as suas intervenções.

Nesta lógica de intervenção junto da mulher imigrante, os enfermeiros pelas suas funções e formas de intervenção, são os que se encontram mais próximos da mulher e da sua família, conseguindo ter um conhecimento mais global da pessoa e assim identificar as necessidades de saúde da mulher nas diferentes dimensões em que possam surgir e não apenas na vertente física, como referem os intervenientes no estudo.

O recurso às instituições parceiras do SNS é outro dos meios utilizados e mencionados pelos profissionais de saúde. Porém, a insuficiente resposta aos diferentes tipos de dificuldades a que a mulher imigrante se depara durante a maternidade, leva que com frequência, se recorra a particulares. No entanto, este tipo de recurso apenas resolve situações pontuais e não transmitem segurança ao profissional de saúde, perante o crescente número de situações com que se depara nos dias de hoje.

e) A necessidade de redes de apoio social, mais próximas das comunidades imigrantes, visto constituir uma das formas de ajudar as famílias imigrantes a manterem o seu equilíbrio perante desafios com que se deparam, estando estes desafios relacionados com as mudanças e necessidades de adaptação e adesão aos novos elementos socializantes.

Perante famílias ou grupos sociais imigrantes com comportamentos mais fechados, mais dependentes dos seus modelos de origem, parece que sentimentos como a incerteza, a falta de segurança e a discriminação social, dificultam a adesão às mudanças que o meio social envolvente provoca nos seus modos de vida. Neste enquadramento, são identificadas as principais dificuldades que os intervenientes no estudo encontram na vigilância de saúde pré-natal, puerpério e saúde infantil, comprometedoras da qualidade da assistência de saúde realizada à mulher e às crianças imigrantes:

- As precárias condições económicas das famílias nos primeiros tempos da imigração e os recursos oferecidos pelo sistema de saúde português, nem sempre são compatíveis ou alcançáveis nos momentos adequados;
- As entidades patronais, que frequentemente não cumprem a legislação implementada, impedindo a mulher imigrante de usufruir dos direitos à assistência de saúde, durante o período peri-natal. Como por exemplo, a dificuldade em participar no curso de preparação para o parto;
- E o desafio, que o próprio profissional de saúde enfrenta, no sentido de aprender a conhecer as suas próprias percepções culturais e de estar sensível à diversidade e cultural e sua influência naquele de quem se cuida. De acordo com os mesmos, todos estes aspectos se encontram afectos, influenciam-se mutuamente e se trabalhados em conjunto, serão promotores da competência cultural.

CONCLUSÕES

Cabe, neste capítulo, destacar as principais conclusões, estando estas ancoradas às questões de investigação e aos objectivos inicialmente propostos, para a exploração desta problemática.

Assim, os objectivos do estudo são aqui utilizados como eixos orientadores da abordagem final deste trabalho de investigação, fazendo transparecer as vivências, as percepções e o interesse que os profissionais de saúde transmitiram nos seus testemunhos, relativamente à problemática em estudo, quando questionados sobre diferentes aspectos que permitissem compreender a valorização dada à componente cultural da mulher migrante, para a promoção do papel materno na adaptação à maternidade; o entendimento da vivência da maternidade actual, perante o multiculturalismo materno; e de como percebem as suas competências para cuidar das mulheres imigrante, durante o período de adaptação à maternidade.

A- Para a compreensão da importância que os profissionais de saúde atribuem aos contextos social e cultural da mulher, quando cuidam no âmbito da adaptação à maternidade, primeiramente, enquadraram-se os processos de gravidez e maternidade nas vivências da mulher da sociedade contemporânea. Pelo exposto, verificou-se a preocupação dos profissionais de saúde, em dar a conhecer a importância que dão às diferentes dimensões influenciadoras dos processos de gravidez e da maternidade, numa lógica de evolução e transformação da sociedade contemporânea, com particular influência, no modo como a mulher vivencia os primeiros tempos da maternidade. Neste sentido, como principais conclusões destacam-se as seguintes:

- A gravidez é entendida como uma realização pessoal, após um processo de amadurecimento, conseguido com as experiências e influências adquiridas ao longo do percurso de vida, desde a infância até à idade adulta, dentro de um contexto social e familiar próprio e que, por sua vez, se reflectem e determinam o desejo da mulher em engravidar;

- A gravidez é percebida como um momento planeado pela mulher, quando opta primeiro por uma realização profissional e só depois a maternidade. E como uma decisão conjunta do casal, no sentido da perpetuação da família;

- Evidenciou-se a existência de uma importante pressão social exercida pela família alargada, pelo círculo de amigos e pelas directrizes e comportamentos impostos pela própria sociedade, sobre a mulher e o casal que opta não ter filhos ou mesmo quando retardam a natalidade;

- As transformações dos fenómenos socioeconómicos, valores e interesses sociais e culturais com que se debatem as mulheres das sociedades contemporâneas, conduzem a alterações no modo com estas utilizam o seu período reprodutivo, que se evidenciam nas idades em que normalmente acontece a primeira gravidez e nos motivos principais que determinam este acontecimento;

- A responsabilidade do casal perante a decisão de se ter um filho, não é indicativa de um parceiro presente nas dimensões que envolvem o processo de gravidez, encontrando-se vários tipos de comportamento e de envolvimento do parceiro, durante o percurso da gravidez da sua companheira;

- O avanço tecnológico e científico da medicina, nomeadamente da medicina materno-fetal, parece levar as famílias gestantes actuais a procurarem a segurança no aconselhamento e orientação dos profissionais de saúde, independentemente de estarem a viver uma gravidez normal ou uma gravidez de risco para a mulher e/ou para o feto, com uma frequente desvalorização das experiências, conhecimentos e vontades da própria mulher;

- Nesta continuidade, a influência das crenças culturais e práticas acerca da gravidez nas mulheres gestantes, para alguns profissionais de saúde são, ainda, muito evidentes. Outros, praticamente já não se apercebem delas, surgindo a ideia, que nos dias de hoje, as questões das crenças, mitos e tabus são vistas como que desactualizadas ou sem fundamento, sendo valorizado pelos jovens casais gestantes, os conhecimentos que foram adquirindo ao longo da formação académica e a informação científica obtida pelos seus próprios meios ou através dos profissionais de saúde;

- As principais preocupações, medos e inseguranças da mulher grávida encontram-se relacionadas com o feto e futura criança, perante o desejo de se conceber um filho perfeito e saudável, manifestando-se nas mudanças de comportamentos e alteração dos hábitos de vida por parte da grávida e na valorização e investimento nos diferentes rastreios possíveis de se efectuar durante a gravidez e nos profissionais especializados;

- O modo como as mulheres vivenciam as mudanças do seu corpo, ao longo da gravidez, é percebido como uma preocupação menos importante, para a maioria das

mulheres, como se ela própria se colocasse em segundo plano, perspectivando o seu o bem-estar físico e emocional, como uma resposta às necessidades do feto;

Foi no contexto do exercício da maternidade que os profissionais de saúde orientaram os seus discursos, sobre o modo como percebem as vivências da maternidade da mulher da nossa sociedade contemporânea. Nas principais conclusões realçam-se, por um lado, os saberes adquiridos, especialmente através das práticas cuidativas realizadas às crianças, normalmente transmitidos de geração em geração e realizados no seio familiar:

- Estes saberes adquiridos pelas mães para o exercício da maternidade, para além de lhes transmitirem segurança, promovendo adaptação às suas novas funções maternas, são também valorizados pelos próprios profissionais, visto que a existência ou não destes saberes, conduz a diferentes tipos de intervenções e orientações junto das mães;

- A experiência e vivência pessoal, única de cada mulher, assente no modo como a mulher vivenciou a sua própria infância, numa cultura e nas expectativas sociais adquiridas e ambicionadas pela própria, entre outros aspectos, determinam a complexidade psicológica e emocional do exercício da maternidade, sendo estes factores considerados pelos profissionais de saúde, no sentido de se compreender as capacidades e competências para a mulher assumir o seu papel materno e ajudá-la a exercê-lo adequadamente.

E, por outro lado, surge a tradição cultural:

- Como elemento integrador das práticas tradicionais familiares nos cuidados à criança e à mulher durante o puerpério, transmitindo segurança e qualidade na realização das primeiras práticas cuidativas à criança, mais facilmente conseguidas junto da família alargada;

- Porém, o regresso às origens, por vezes também se torna fonte de confronto entre o que a mulher apreendeu ao longo da gravidez, através das informações transmitidas pelos profissionais de saúde e pela pesquisa pessoal efectuada e o que são os costumes e práticas familiares;

- Após o nascimento da criança, as crenças e mitos familiares e culturais podem passar a exercer uma influência significativa na mãe, pela necessidade de se continuar a proteger a criança, utilizando-se para isso todos os recursos existentes, nomeadamente na protecção daquilo que se desconhece e onde os mitos transmitem alguma segurança e na protecção através do que se viu praticar em outras crianças, durante a infância e juventude. Mas, mais uma vez, é manifestado o confronto entre as gerações, onde a

influência dos familiares e as opiniões dos profissionais parecem conturbar, em algumas mulheres, este período inicial do exercício da maternidade, em vez de serem promotores da qualidade dos cuidados maternos;

- O parceiro, no seu papel de pai, perante as novas responsabilidades e funções no seio da família, parece estar mais presente e participativo nos primeiros tempos da maternidade. Contudo, esta participação parece ser particularmente direccionada para os cuidados com a criança;

- A disponibilidade dos profissionais de saúde para com a mulher e casal, durante a vigilância pré-natal e nos primeiros meses do exercício da maternidade, surge como uma das estratégias mais valorizadas e utilizadas pelos mesmos, tendo em vista a satisfação das necessidades de cada mulher em particular e a promoção da saúde da mesma e do bem-estar, desenvolvimento e crescimento do feto e da futura criança.

Perante esta primeira abordagem, foram criadas as condições ou, melhor dizendo, foi criada a “moldura” para os profissionais de saúde se focalizarem na problemática em estudo, visto que os principais aspectos relativos à maturação fisiológica e psicológica que preparam a mulher para a maternidade foram relatados e são comuns à maioria das mulheres. Porém, ao se considerar a maternidade um acontecimento predominantemente social e cultural, estas duas dimensões tornam-se essenciais para que a mulher assegure e se adapte adequadamente ao papel materno.

B- Partindo-se para a maternidade vivenciada num contexto migratório, no que remete para a identificação dos principais factores que influenciam os profissionais de saúde, enquanto educadores para saúde na adaptação da mulher à maternidade, durante as suas intervenções junto da mãe, com um contexto cultural diferente do seu, estão implícitas duas perspectivas: (1) o reconhecimento das suas próprias vivências e intervenções junto da mulher imigrante e qual a influência e implicações do processo migratório nos cuidados que presta à mulher, durante a sua adaptação à maternidade; (2) a percepção das vivências e das necessidades de saúde manifestadas pelas mulheres imigrantes para o desempenho do papel de mãe, experienciado noutro país. Estas perspectivas, apesar de partirem de pontos opostos, se interligam e convergem no sentido de o profissional de saúde, no contexto de saúde português, dar respostas efectivas às necessidades de saúde manifestadas pelas mulheres imigrantes que cuida. Assim destacam-se os seguintes pontos:

- A identificação do comportamento cultural materno, que as mulheres imigrantes de diversas nacionalidades apresentam ou manifestam, surge como uma necessidade premente dos profissionais de saúde, na tentativa de perceberem as possíveis influências a que cada uma delas foi sujeita no seu país de origem, para o desempenho da maternidade;

- Para além da identificação, evidenciou-se uma atitude de “aproximação” da cultura do outro, no sentido de adequarem as suas intervenções junto das mulheres imigrantes;

- A sensibilização para as condicionantes, limitações e dificuldades sociais, económicas e de saúde a que estas mulheres estão sujeitas, neste período específico das suas vidas, foi demonstrada através das frequentes ligações estabelecidas entre os comportamentos culturais maternos e o processo de imigração com que se confrontam;

- A idade em que acontece a gravidez é encarada como um aspecto caracterizador da mulher imigrante de determinadas culturas, apesar de surgir articulado com outros factores, como o contexto familiar, a altura em que acontece a gravidez durante o processo de imigração, as razões da imigração e ainda os motivos que levam as mulheres imigrantes a engravidar no nosso país;

- As principais preocupações da mulher imigrante durante a gravidez dependem, em muito, da influência do contexto migratório no desenvolvimento de todo o processo de gravidez, visto a mulher encontrar-se num ambiente diferente do seu, afastada dos seus referenciais culturais e do apoio familiar e social a que estava habituada;

- Subentendeu-se que as mulheres imigrantes em geral se preocupam com o bebé, tanto durante o período fetal, como após o nascimento da criança. Porém, parece que o contexto migratório acentua a responsabilidade e a preocupação com o bem-estar da criança, provavelmente por alguma insegurança e isolamento vividos por estas mães num país e ambiente que lhe é estranho. E, ainda, parece fazer emergir, um sentimento de culpa, face ao gerar uma criança num contexto social e cultural diferente;

- As preocupações da mulher imigrante, no que diz respeito a ela própria, ao seu bem-estar e à sua auto-imagem, perante as mudanças físicas que ocorrem ao longo da gravidez, apesar de sofrerem alguma influência cultural, é especialmente considerado um assunto muito pessoal, onde outros factores assumem grande influência, sobretudo a vivência de cada mulher junto da família, amigos e grupos sociais, a sua formação académica e profissional, e as características pessoais de personalidade, independentemente do seu país origem ou cultura;

- Os desconfortos durante a gravidez, para além de identificarem as particularidades de uma primigesta ou multigesta e as vivências familiares e socioeconómicas de cada grávida, não são demonstrados da mesma maneira pelas mulheres imigrantes de diferentes nacionalidades estando aqui evidenciada, com alguma clareza, uma das particulares diferenças do comportamento cultural de saúde da mulher, durante a gravidez;

- O mesmo se verifica na adesão da mulher imigrante à consulta de revisão do puerpério, sendo utilizada por algumas imigrantes apenas para o controlo da natalidade e por outras, como uma continuidade da vigilância de saúde após o parto, manifestando-se conhecimento sobre as alterações físicas a que a mulher foi sujeita durante a gravidez e os comportamentos de vigilância de saúde a que se estava habituado a ter no seu país.

No que concerne à acessibilidade aos serviços de saúde dada à mulher imigrante, durante a sua vigilância peri-natal e a revisão do puerpério, num contexto de CSP, orientada por uma visão da organização do atendimento à mulher imigrante realizado nos serviços de saúde onde exercem funções e a percepção que têm da afluência da mulher imigrante a este tipo de vigilância de saúde, destacando-se os seguintes aspectos:

- Aparentemente todas as mulheres imigrantes têm acesso à vigilância de saúde, quer por parte da equipa de enfermagem como pela classe médica, sendo em algumas instituições de saúde, facilmente incluídas nos ficheiros dos médicos de família, e noutras, quando se mantêm sem médico de família, são assistidas por médicos e enfermeiros designados para estas actividades. Todavia, a periodicidade das consultas de vigilância pré-natal a grávidas sem médico de família, muitas vezes, não é realizada de acordo com o esquema de vigilância preconizado, pela Direcção Geral de Saúde, sendo encarada pelos profissionais de saúde como um obstáculo à promoção da saúde da mulher e da futura criança;

- Uma inadequada articulação entre os profissionais de saúde da mesma instituição e o difícil acesso às consultas de referência hospitalar, realização de ecografias e outros exames noutras locais e, por vezes noutras localidades, num contexto de imigração foram alegados como factores dificultadores de uma adequada resposta às diferentes necessidades de saúde que a mulher imigrante possa apresentar, ao longo da gravidez e maternidade;

- A afluência da mulher imigrante à vigilância pré-natal e no pós-parto é muitas vezes inadequada, pelo início tardio relativamente ao esquema recomendado,

especialmente frequente nas mulheres que não têm médico de família, e também pelas questões da legalização/irregularidades a que estão sujeitas no país de acolhimento.

Numa lógica de reconhecimento de diferentes comportamentos culturais de saúde, se comparados com o habitualmente assumido pela mulher portuguesa (salvo os grupos culturais mais específicos como é o caso da etnia cigana) e de consciencialização das dificuldades socioeconómicas e linguísticas a que as mulheres imigrantes estão sujeitas durante a gravidez e os primeiros tempos da maternidade no nosso país, emergem outras razões que influenciam a afluência da mulher imigrante às consultas de vigilância pré-natal e de revisão do puerpério, realçando-se os seguintes aspectos:

- A gravidez é um acontecimento natural, tanto para a mulher africana como para a mulher brasileira, onde o cumprimento da vigilância de saúde não faz parte das suas práticas de saúde. Em relação à mulher brasileira, há o reconhecimento de que a gravidez já foi experienciada, pela maioria delas, no país de origem quer como mães, quer na colaboração da maternidade de outras mulheres da família e desde que não haja intercorrências que não possam ser resolvidas com as suas práticas cuidativas, não se valoriza o cumprimento de uma vigilância medicalizada periódica;

- Noutras culturas, como as de alguns países do leste Europeu, encontram-se comportamentos de saúde direccionados para uma assistência de saúde muito orientada pelo modelo médico, evidenciando-se a procura desta assistência de saúde, no país de acolhimento, com um cumprimento disciplinado das orientações que lhe são transmitidas pelos profissionais de saúde. Estas comunidades normalmente demonstram um bom nível de informação sobre qual o tipo de vigilância e de assistência que deverá ser realizada, durante o período pré-natal, após o parto e com a criança;

- A mulher chinesa é também aqui destacada, pela dificuldade na comunicação entre o profissional de saúde e a mulher que se evidencia como um grande obstáculo, nomeadamente na identificação do comportamento cultural de saúde. Também, na ideia dos profissionais de saúde, o estilo de vida que normalmente apresentam no nosso país, não parece ser promotor de um adequado comportamento de saúde, durante a gravidez e a maternidade.

C- Neste percurso de identificação e reconhecimento de comportamentos culturais de saúde e maternos, para se chegar à aceitação e integração dos mesmos nos cuidados interculturais realizados durante a vigilância de saúde pré-natal, pós-parto e maternidade às mulheres imigrantes, surge a necessidade de se conhecer quais as competências e

conhecimentos culturais dos profissionais de saúde relativos à maternidade em situação de migração, visando a promoção da saúde das mesmas.

A comunicação estabelecida entre o profissional de saúde e a mulher imigrante, durante a sua adaptação à maternidade no nosso país, particularmente quando esta acontece nos primeiros tempos da imigração, foi encarada como processo interactivo e pluridireccional, que possibilita a troca de ideias, sentimentos e experiências dando a conhecer diversos aspectos que caracterizam essa comunicação, de onde se realça o seguinte:

- A barreira linguística parece ser a maior dificuldade da comunicação intercultural, onde a comunicação não verbal nem sempre consegue colmatar;

- A questão linguística provoca insegurança no que diz respeito à avaliação das necessidades de saúde manifestadas pela mulher imigrante e ainda, na necessidade de confirmação de que as suas intervenções foram compreendidas pela mulher;

- Nas interacções estabelecidas com a mulher imigrante, identifica-se o modo como cada cultura partilha e demonstra os seus sentimentos e pensamentos, possibilitando o conhecimento sobre os hábitos tradicionais dessa mesma cultura;

- A continuidade dos cuidados à mulher imigrante promove a empatia e a familiaridade entre esta e o profissional de saúde, facilitando a comunicação intercultural e a resposta adequada às necessidades de saúde da mulher imigrante;

- Contudo, destacou-se o constrangimento do próprio profissional em não conseguir estabelecer uma comunicação intercultural eficaz, que lhe permita identificar e integrar as crenças e as práticas cuidativas utilizadas pela mulher imigrante no país de origem; e a dificuldade em conseguir ter uma relação cultural adequada que leve a mulher a sentir-se segura e aceite junto do profissional de saúde de modo a apropriar-se das novas orientações de saúde e desenvolver adequadamente o exercício da maternidade e os cuidados de saúde a ter consigo própria;

- Como resultado, com frequência opta-se por impor o seu modelo de referência nos cuidados de saúde que se prestam à mulher imigrante.

Assim, pela reflexão sobre os cuidados interculturais que os profissionais de saúde realizam à mulher imigrante, durante a sua adaptação à maternidade destacam-se:

- A identificação dos seus sentimentos e atitudes, a consciência que têm dos seus preconceitos e posturas etnocêntricas e egocêntricas, e ainda o significado que dão à aceitação da cultura e práticas cuidativas de outro, quando diferente da sua ou das que já se está habituado;

- Porém, apesar de manifesta a importância de uma aceitação recíproca das crenças e comportamentos contextuais, entre o profissional de saúde e a mulher imigrante, o desconhecimento dessas mesmas crenças e comportamentos, por parte do profissional traduzem a uma não adesão da mulher imigrante às orientações sugeridas no país de acolhimento, originado um sentimento de impotência, no profissional de saúde, em lidar com a situação;

- A humanização dos cuidados é privilegiada, através de uma relação compreensiva, empática, afectiva, em vez de uma atitude técnica e impessoal com a mulher imigrante, ajudando, também, a ultrapassar as dificuldades na comunicação oral, quando a língua é estrangeira;

- A aquisição de competências culturais, comunicacionais e relacionais foram partilhadas pelos intervenientes do estudo, dando a conhecer vários aspectos interligados e que se influenciam mutuamente que se trabalhados em conjunto, serão promotores de cuidados interculturais de qualidade e com ganhos em saúde para a mulher imigrante.

Com as conclusões deste estudo, poder-se-á afirmar que existe uma consciencialização e sensibilização dos profissionais de saúde perante as novas exigências multiculturais, na assistência de saúde da mulher em contexto migratório, durante os períodos de gravidez e primeiros tempos da maternidade.

Contudo, a insegurança, ambivalência e falta de informação e de habilitações culturais conduzem, com frequência, a uma imposição cultural do profissional de saúde, reconhecida como insuficiente para a satisfação das necessidades de saúde e promoção da saúde da própria mulher imigrante.

Perante o exposto, não restam dúvidas sobre a necessidade em se actuar no sentido capacitar os profissionais de saúde para a realização de cuidados interculturais de qualidade e promotores da saúde da mulher imigrante, através de:

- Introdução de modelos conceptuais, na prática de cuidados, que valorizem a vertente cultural, de modo a facilitar a interpretação dos diferentes significados culturais que influenciam individualmente o profissional de saúde e a mulher imigrante, visando um cuidar cultural adequado e congruente;

- Na condição de profissional no âmbito da formação base da Enfermagem, contribuir para a sensibilização e para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros nesta área da saúde da mulher, em particular, da migrante;

- Contribuir para a sensibilização das instituições de saúde, nomeadamente no âmbito da intervenção primária, sobre a importância da formação dos profissionais de saúde face à multiculturalidade dos clientes com que se deparam actualmente e suas implicações na saúde individual e familiar dos mesmos, especialmente nos primeiros tempos de um processo migratório.

Perante isto, considera-se que este estudo de carácter exploratório poderá contribuir na promoção de novas investigações em áreas mais delimitadas no âmbito da saúde, não só na vertente dos profissionais de saúde, como na perspectiva da mulher imigrante, onde os seus testemunhos sobre uma realidade vivida poderão transformar-se num contributo valioso para a melhoria da qualidade dos cuidados interculturais prestados no nosso país.

BIBLIOGRAFIA

- Bachman J. A. (1999). Controlo do desconforto. In Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., Jensen, M. D (4ª ed.). Enfermagem na Maternidade. (p.232-257), Loures: Lusociência.
- Baganha, M. I. et al. (2004). “Novas migrações, novos desafios: A Imigração do Leste Europeu” In Revista Crítica de Ciências Sociais, nº 69. (p. 95-115).
- Baganha, M. I. (Dezembro, 2003). “La inmigración y el mercado de trabajo en Portugal. Migraciones” In Instituto Universitário de estudios sobre Migraciones. Nº 14, (pp.131-144), Madrid: Universidad Pontificia: Comillas.
- Baganha, M. I. e Góis, P. (1999) “Migrações Internacionais de e para Portugal: o que sabemos e para onde vamos?” Revista Crítica de Ciências Sociais, nº 52/53.
- Barbaut, J. (1990). O Nascimento. Através dos tempos e dos povos. Lisboa: Terramar.
- Bardin, L. (1995). Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.
- Bastos, C. e Martins M. F. (1985). Olhar de Longe, Olhar de Perto: Antropologia e terapia familiar, algumas reflexões. In Sampaio, D. e Gameiro, J. (ed.). Terapia familiar. (pp.123-148), Porto: Edições Afrontamento.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática clínica de Enfermagem. Coimbra: Quarteto.
- Bennet, P. e Murphy, S. (1999). Psicologia e promoção da saúde. Manuais Universitários. Nº14. Lisboa: Climepsi.
- Brazelton, T. B. (2000). Tornar-se Família. O crescimento da vinculação, antes e depois do nascimento. (1ª ed.), Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T. B. e Cramer, B. G. (2001). A Relação Mais Precoce. Os pais, os bebés e a interação precoce. (3ª ed.), Lisboa: Terramar.

- Bobak, I. M. (1999). Genética, Concepção e Desenvolvimento Fetal. In Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., Jensen, M. D (4ª ed.). Enfermagem na Maternidade. (p.61-94), Loures: Lusociência.
- Bogdan, R. e Biklen, S. (1994). Investigação Qualitativa em Educação – Uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade – Representações e Tarefas de Desenvolvimento. In Canavarro, M. C. (Ed.). Psicologia da Gravidez e da Maternidade. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. e Pereira, A. I. (2001). Gravidez e Maternidade na Adolescência: perspectivas teóricas. In Canavarro, M. C. (Ed.). Psicologia da Gravidez e da Maternidade. (p. 323-357), Coimbra: Quarteto Editora.
- Carmo, H. Coord. (2001). Problemas Sociais Contemporâneos. Lisboa: Universidade Aberta.
- Centeno, M. (2005). Puerpério e Lactação. In Graça, L. M. e Col. Medicina materno-fetal. (3ª ed) Lisboa: Lidel.
- Corbett, R. W. (2006). Cuidados de Enfermagem Durante a Gravidez. In Lowdermilk, D. L. e Perry, S. E. Enfermagem na Maternidade. (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Cordeiro, J. D. (1994). A Saúde Mental e a Vida. (3ª ed.). Lisboa: Edições Salamandra Lda.
- Cunha, I. F. et al. (2004). Média, Imigração e Minorias Étnicas. Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME). Lisboa
- Donnay, F. e Thoss, E. (1985). Aspects of Family Planning and Migration. Copenhagen: World Health Organization.
- Duarte, S. (2002). Saberes de Saúde e de Doença: Porque vão as pessoas ao médico? Coimbra: Quarteto.
- Erikson, E. H. (1976). Identidade, juventude e crise. (2º ed.). Rio de Janeiro: Zahar Editores.

- Fachada, M. O. (2003). Psicologia das Relações Interpessoais. (5ª ed.) 1º vol. Chelas: Rumo.
- Faria, C. (2001). Infertilidade e Novas técnicas de Reprodução. In Canavarro, M. C. (ed.). Psicologia da Gravidez e da Maternidade. (p. 189-209). Coimbra: Quarteto Editora.
- Fernández, J. (1997). El Proceso de Investigación Científica. Barcelona: Fundación “la caixa”.
- Fidalgo, L. (2003). (Re)Construir a maternidade. Numa perspectiva discursiva. Lisboa: Instituto Piaget.
- Figes, K. (2001). A Mulher e a Maternidade. Lisboa: Editorial Presença.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações Psicopatológicas do Puerpério. In Canavarro, M. C. (ed.). Psicologia da Gravidez e da Maternidade. (p. 105-132), Coimbra: Quarteto Editora.
- Fortin, M. (1999). O processo de investigação. Da concepção à realidade. Loures: Lusociência.
- Ghiglione, R. e Matalon, B. (2001) O Inquérito. Teoria e prática.(4ª ed.) Oeiras: Celta Editora.
- Guerra, I. C. (2006). Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e formas de uso. Estoril: Principia Editora.
- Hanson, S. M. H. (2005). Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família. Teoria, Prática e Investigação. (2ª ed.), Loures: Lusociência.
- Imperatori, E. Avaliação de centros de saúde: aspectos conceptuais. Lisboa: Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários, 1985.
- Joaquim, T. (1983). Dar à Luz. Ensaio sobre as práticas e crenças da gravidez, parto e pós-parto em Portugal. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Kitzinger, S. (1996). Mães. Um estudo antropológico da maternidade. (2ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

- Lages, M. e Policarpo, V. (2003). Atitudes e valores perante a imigração. Lisboa: Edição de ACIDI, I.P.
- Leal, I. (1999). Nota de Abertura. Psicologia da Gravidez e da Maternidade. Análise Psicológica. 7ª Série (4), Outubro, (p.365-366). Lisboa: ISPA.
- Leininger, M. (1995). Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices. Philadelphia: McGraw-Hill.
- Lester, N. (1998). “Cultural Competence: A Nursing Dialogue” In American Journal of Nursing. Vol. 98, nº 8. (p. 26-33).
- Liladar, C. e Novais, G. (1998). Cuidar em Situação de Multiculturalidade: percepção dos enfermeiros sobre o cuidar face à grávida de cultura diferente. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende.
- Macy, C. e Falkner, F. (1981). Gravidez e Parto: Prazeres e Problemas. São Paulo: Harper & Row do Brasil.
- Mascoli, L. (1990). Fantasias, atitudes e ajustamento materno ao primeiro mês de vida da criança: abordagem psicológica a puérperas em isolamento e no pós-parto distóxico. Análise Psicológica. (4), Outubro, (p. 377-386). Lisboa: ISPA.
- Parreira, M. V. (1995). Práticas Cuidativas em Saúde Materna. Significados para as Enfermeiras e Utentes. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa. Faculdade de Ciências Humanas. Lisboa.
- Perry, S. E. (2006). Enfermagem Materna Contemporânea. In Lowdermilk, D. L. e Perry, S. E. Enfermagem na Maternidade. (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Portes, A. (1999). Migrações Internacionais. Oeiras: Celta.
- PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde (1993). Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar – Vigilância pré-natal e revisão do puerpério. (2ª ed. Revista) Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. Resolução da Assembleia da República. Nº 83/2000 . Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre a República Portuguesa e a República

- Federativa do Brasil. “Diário da República”, Série I Parte A, Nº 287 de 14 Dezembro.
- PORTUGAL. Ministério da Administração Interna - Decreto-Lei n.º 154/2003 . O Tratado de Amizade, Cooperação e Consulta entre a República Portuguesa e a República Federativa do Brasil. “Diário da República”, Lisboa, Série I, N.º 161, de 15 de Julho.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde. 2004/2010 Volume I – Prioridades. Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde. 2004/2010 Volume II – Orientações Estratégicas. Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2006). Curso de Preparação para o Parto pelo Método Psicoprofilático. Santarém: Sub-Região de Saúde de Santarém.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2007). Boletim de Saúde da Grávida. Circular Informativa, Nº 16/DSMIA de 1 de Setembro. Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. Resolução do Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 63-A/2007. Condições de acesso dos imigrantes. “Diário da República”, Lisboa, 1.ª série, N.º 85, Suplemento de 3 de Maio p.2964 (5) e p. 2964 (6).
- PORTUGAL. Ministério da Saúde - Decreto-Lei Nº 28/2008. Criação de agrupamentos de centros de saúde (ACES). “Diário da República”, Lisboa, 1.ª série, N.º 38 de 22 de Fevereiro.
- Presswalla, J. L. (2004). Compreender os Outros: Comunicação e Cultura. In Riley, J. B. Comunicação em Enfermagem. Lusociências. 4ª ed. (p. 59-75) Loures: Lusociência.
- Polit, D. e Hungler, B. (1995). Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Quivy, R. e Campenhoudt, L.V. (1998). Manual de Investigação em Ciências Sociais: Trajectos. (2ªed.). Lisboa: Gradiva.

- Ramos, N. (1990). Educação precoce e práticas de cuidados infantis em meio urbano. In Actas do Colóquio Viver (n)a cidade. Lisboa: LNEC.
- Ramos, N. (1993). Maternage en Milieu Portugais Autochtone et Immigré. De la tradition à la modernité. Une étude ethnopsychologique. Tese de Doutoramento em Psicologia. Universidade René Descartes. Paris V: Sorbonne.
- Ramos, N. (2004). Psicologia Clínica e da Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ramos, N. (2006). Migração, aculturação, stress e saúde. Perspectivas de investigação e de intervenção. Psychologica. Nº 41, (p. 329-350). Lisboa: Universidade Aberta
- Ramos, N. [Org.] (2008). Saúde, Migração e Interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas. Cidade Universitária João Pessoa. Paraíba, Brasil: Editora Universitária da UFPB.
- Reis, A. (2001). Cuidar Idosos: Uma Construção Cultural para o Estudante de Enfermagem. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Reis, J. C. (1998). O Sorriso de Hipócrates. A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença. Lisboa: Vega.
- Ribeiro, J. L. P. e GRU. Po. PDV (1997). “A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas.” In Ribeiro, J.L. 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Actas. Braga: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). Psicologia e Saúde. Lisboa: ISPA.
- Riley, J. B. (2004). Comunicação em Enfermagem. (4ª ed.). Loures: Lusociências.
- Rocha-Trindade, M. B.(Dir.) (1995). Sociologia das Migrações. Lisboa: Universidade Aberta.
- Russel, N. (1996). Manual de Educação Para a Saúde. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Segalen, M. (1999). Sociologia da Família. Lisboa: Terramar
- Slepoj, V. (2000). As Relações de Família. Lisboa: Editorial Presença

- Soares, I. (2001). Vinculação e Cuidados Maternos: Segurança, Protecção e Desenvolvimento da *Regulação* Emocional no Contexto da Relação Mãe-Bebé. In Canavarro, M. C. (ed.). Psicologia da Gravidez e da Maternidade. (p. 75-104) Coimbra: Quarteto Editora.
- Soares, P. F. E. (2003). A Promoção de Saúde na Infância em Contexto Multicultural. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta.
- Vala, J. (1986). Análise de Conteúdo. In Silva, A. S. e Madureira, J. P. (org.) Metodologia das Ciências Sociais. (8ª ed.), (p. 101-128) Porto: Edições Afrontamento.
- Vala, J. e Monteiro, M. B. (2002). Psicologia Social. 5ª ed. Lisboa: Fundação Calouste
- Vergani, T. (1995). Excrementos do Sol: a propósito de diversidades culturais. Lisboa: Nobelgráfica.
- Williams, R. P. (1999). A família, uma unidade de cuidados. In Bobak, I. M., Lowdermilk, D. L., Jensen, M. D (4ª ed.). Enfermagem na Maternidade. (p.11-24) Loures: Lusociência.
- Wong, D. L. (1999). Enfermagem Pediátrica. Elementos Essenciais à Intervenção Efetiva. (5ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- Zempléni, A. (1994). A doença e as suas causas. Cadernos de Campo, São Paulo, nº4, 137-163.

REFERÊNCIAS ELECTRÓNICAS

- ACIDI, I. P (2006). Estatísticas da Imigração 2005. Retirado em 2008/Março/26 do web site <http://www.acime.gov.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=1283> - 36k.
- Carta de Ottawa - Portal da Saúde Pública (2008). Retirado em 2008/Dezembro/15 do Web site www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm.

Comportamento - Infopédia. Retirado em 2008/Novembro/28 do web site da Porto: Porto Editora, 2003-2009.

Comportamento Humano - Infopédia. Retirado em 2008/Novembro/28 do Web site da Porto: Porto Editora, 2003-2009.

Direcção-Geral da Saúde (2004). Plano Nacional de Saúde 2004/2010. Retirado em 2008/Março/30 do web site <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>.

Estereótipo – Infopédia. Retirado em 2008/Novembro/28 do web site da Porto: Porto Editora, 2003-2009.

EUMAHP (2002). Promoção da Saúde. Retirado em 2008/Março/25 do web site <http://193.136.116.5/saboga/prosaude/eumahp/health%20promotion%20D%20Patr%C3%ADcia%20Sousa.doc>.

Meireles, C. (2008). Portal de Saúde Pública. Alma-Ata e Ottawa, o que trouxeram de novo à Saúde Pública. Retirado em 2008/Dezembro/15 do web site www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa_CMeireles.htm - 75k

Ministério da Saúde (2006). Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Retirado em 2008/Março/25 do web site www.mcsp.min-saude.pt/NR/rdonlyres/265E9B7B-8389-4607-B150-C732D015B630/2822/linhas_acção.pdf.

Ministério da Saúde (2007). Portal da Saúde. Conclusões da Conferência “Saúde e Migrações na EU”. Retirado em 2008/Dezembro/5 do Web site www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/presidencia+ue/conclusoes+conf+s+saude+ue.htm.

Saúde Pública (2005). Alma-ata e Ottawa. O que trouxeram de novo à Saúde Pública. Retirado em 2008/Maio/19 do Web site www.saudepublica.web.pt/TrabCatarina/AlmaAta-Ottawa_CMeireles.htm

Papel social – Infopédia. Retirado em 2008/Maio/19 do Web site da Porto: Porto Editora, 2003-2009.

Perspectiva - Infopédia. Retirado em 2008/Maio/19 do web da Porto: Porto Editora, 2003-2009.

Plano para a Integração dos Imigrantes (2007). Retirado em 2008/Abril/12 do web site <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2007/5/plano+imigrantes.htm>.

Ritual – Infopédia. Retirado em 2008/Março/25 do web site [http://www.infopedia.pt/\\$ritual](http://www.infopedia.pt/$ritual).

Santos, V. (2004). O discurso oficial do Estado sobre a emigração dos anos 60 a 80 e imigração dos anos 90 à actualidade. Retirado em 2008/Março/26 do web site <http://www.oi.acime.gov.pt/docs/pdf/EstudoOI%208.pdf>.

SCADPlus (2007). O espaço e a cooperação Schengen. Retirado em 2008/Março/30 do web site [http:// europa.eu/scadplus/leg/pt/lvb/133020.htm](http://europa.eu/scadplus/leg/pt/lvb/133020.htm) - 29k.

Serviço de Estrangeiros e Fronteiras - Relatório Estatístico Anual [2006]. Retirado em 2008/Março/26 do web site http://www.sef.pt/portal/v10/PT/asp/estatisticas/relatorios.aspx?id_linha=4265&menu_position=4141.

ANEXOS

Anexo I
Pedido de Autorização

Anexo II
Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

Tema: *A valorização dada pelos profissionais de saúde ao contexto cultural da mulher migrante na adaptação à maternidade: contributos para a promoção e prevenção da saúde da mulher migrante*

Objectivos da Entrevista:

- Colher dados sobre os aspectos que o profissional de saúde valoriza na assistência que presta à mulher migrante, durante a adaptação à maternidade;
- Identificar estratégias de intervenção do profissional de saúde, na promoção e prevenção da saúde da mulher migrante, durante a adaptação à maternidade.

A - Elementos de Identificação

Entrevista nº: _____

Data: ___/___/_____

Hora de Início: _____

Hora do Fim: _____

Local: _____

Entrevistado: _____

Legitimação da entrevista

- Apresentação do entrevistador;
- Contextualização da temática de investigação e seus objectivos;
- Referenciar a importância da participação do entrevistado (grupo alvo seleccionado) para a investigação pretendida;
- Pedir autorização para a gravação da entrevista como suporte auditivo;
- Assegurar a confidencialidade das informações fornecidas
- Informar sobre o tempo previsto para a realização da entrevista.

ÁREA TEMÁTICA

A- A gravidez e a maternidade na sociedade portuguesa contemporânea

QUESTÕES

INDICADORES

1- Percepção de como as mulheres vivenciam a gravidez

1.1- Na sua opinião, quais as principais razões que levam a mulher da nossa sociedade a engravidar?

Questão 1.1

- Visão do processo de gravidez, na perspectiva do singular e do colectivo
- Ser mãe; perpetuação da espécie; desejo do parceiro; pressão familiar/social
- Diferenças entre a primigesta e a multigesta

1.2- Durante a gravidez, que preocupações identifica na mulher?

Questão 1.2

- De ordem fisiológica: alterações físicas; desconfortos...
- De ordem psicológica: imagem corporal; aceitação da criança...
- De ordem sócio-cultural: novo estatuto, novas responsabilidades; comportamentos esperados...
- Relacionadas com o feto: bem-estar; malformações
- Diferenças entre a primigesta e a multigesta

1.3- Qual a sua percepção sobre a influência das experiências pessoais vivenciadas pela grávida?

Questão 1.3

- Relação da grávida com a sua mãe, no desenvolvimento do processo de gravidez; Diferenças entre a primigesta e a multigesta
- A influência da relação conjugal
- A profissão da mulher; o grau de escolaridade

<p>1.4- Na sua opinião as crenças, tabus/ mitos exercem alguma influência, na mulher grávida da nossa sociedade? Dê exemplos das que surgem com maior frequência?</p> <p>2- <u>Vivências da maternidade</u> Em relação às vivências da maternidade na nossa sociedade e na mesma linha das questões relativas ao processo de gravidez:</p> <p>2.1 – Como avalia a influência das experiências pessoais anteriores, durante a maternidade?</p> <p>2.2 – O que acha da influência das crenças, tabus/mitos nos cuidados maternos e de protecção à criança? E nos cuidados a ter com a própria mulher? E a influência dos costumes familiares, nos dois aspectos atrás referidos? Pode dar-me exemplos?</p> <p>2.3 – Como vê a colaboração paterna durante a maternidade?</p>	<p style="text-align: center;"><u>Questão 1.4</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Crenças relacionadas com o bem-estar do feto; - Comportamentos a ter durante a gravidez; comportamentos esperados pela sociedade/família que a grávida deve ter - Crenças que influenciam a relação conjugal - Diferenças, dessas influências, entre grávidas de diferentes locais do nosso país <p style="text-align: center;"><u>Questão 2.1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Visão do processo de maternidade, na perspectiva do singular e do colectivo - Maternidade como um processo de desenvolvimento: <ul style="list-style-type: none"> a) Influência dos factores genéticos ou biológicos; psicológicos e socioculturais; b) Influência das experiências pessoais anteriores, na situação de primeiro filho e outro filho <p style="text-align: center;"><u>Questão 2.2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Crenças relacionadas com as práticas cuidativas com a criança - Crenças e rituais relativas aos cuidados após o parto, tendo em vista a recuperação física da mulher; relacionados com a sexualidade do casal - A valorização, ou não, das orientações familiares <p style="text-align: center;"><u>Questão 2.3</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Importância ou reconhecimento que o pai tem deste período da maternidade para a mulher
--	---

	- Existência ou não da colaboração paterna nos cuidados à criança; nas tarefas domésticas...
ÁREA TEMÁTICA	
B – A maternidade em contexto migratório	
QUESTÕES	INDICADORES
<p>Agora gostaria que direccionasse a problemática da adaptação à maternidade para um contexto migratório. Perante a visão global e actual das implicações político-económicas, socio-culturais ou demográficas, com que nos deparamos nos dias de hoje e, mais especificamente, a situação de saúde da população imigrante em Portugal...</p> <p>3.1 – Os termos multiculturalidade, comportamentos culturais, estereótipos, etnocentrismos são frequentemente referidos, quer pelos <i>media</i>, quer em debates de ordem política-económica, de ordem sociocultural e demográfica. Se nos centrarmos nas questões de saúde, que importância atribui a estes conceitos?</p> <p>3.2- Qual a sua opinião sobre a problemática que os prestadores de cuidados enfrentam sobre, serem ou não os recém-chegados a adaptarem-se às práticas e comportamentos de saúde da sociedade de acolhimento?</p>	<p style="text-align: center;"><u>Questão 3.1</u></p> <p>- Conhecimento/Informação que o profissional de saúde apresenta</p> <p style="text-align: center;"><u>Questão 3.2</u></p> <p>- Reconhecimento da existência de comportamentos, crenças e práticas de saúde dos clientes, com culturas diferentes da nossa</p> <p>- Aceitação, ou não, desses comportamentos diferentes dos nossos</p> <p>- Reconhecimento do profissional de saúde da sua própria cultura, crenças e</p>

<p>3.3- Que aspectos valoriza na comunicação que estabelece com o cliente imigrante?</p> <p>Voltando agora à questão central desta entrevista e perante a diversidade cultural com que os profissionais de saúde se confrontam nos dias de hoje...</p> <p>3.4- De acordo com a sua experiência, quais os principais motivos que levaram a mulher imigrante a engravidar? Quais as idades mais frequentes em que acontece a gravidez? Assistiu/prestou cuidados, principalmente, a multigestas ou primigestas? A que país/região pertenciam a maioria dessas mulheres?</p> <p>3.5 - Como foi encarada pela mulher a sua gravidez? Quais os principais problemas manifestados, face à gravidez?</p>	<p>comportamentos de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervenções para dar resposta às necessidades de saúde do imigrante <p style="text-align: center;"><u>Questão 3.3</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorização de uma avaliação cultural inicial (utilização de quadros conceptuais e teóricos culturalmente adequados) - Valorização dos diferentes tipos de comunicação na abordagem ao cliente imigrante - Valorização dos padrões culturais de comunicação: expressão facial; proximidade espacial; aceitação do toque; contacto visual; disposição em partilhar pensamentos e sentimentos; a idade e o sexo <p style="text-align: center;"><u>Questão 3.4</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sumária caracterização das mulheres imigrantes cuidadas pelos profissionais de saúde <p style="text-align: center;"><u>Questões 3.5 e 3.6</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mães e crianças, nos primeiros anos de vida, grupos mais vulneráveis ao stress, às rupturas, doenças mentais e físicas
---	--

3.6 - E durante a maternidade, quais as principais dificuldades, que as mulheres encontraram no país de acolhimento?

3.7 - Perante alguns aspectos já referidos como influenciadores nas vivências da gravidez/maternidade das mulheres da nossa sociedade (tais como: a relação conjugal/ profissão da mulher/grau de escolaridade), encontra diferenças face uma mulher com outra origem cultural?

3.8- E particularmente ao papel das crenças, tabus/ mitos, costumes familiares nas práticas cuidativas e de protecção à criança? E nos cuidados a ter com a própria mulher?

3.9- Que tipo de colaboração do companheiro é prestada à mulher, durante a maternidade?

- Processo de aculturação
- Inserção social da família/ nível económico familiar/falta de apoio da família de origem

Questões 3.7;3.8 e 3.9

- Profissão da mulher/nível de escolaridade da mulher
- Dinâmica familiar/papeis conjugais/papel materno
- Importância ou reconhecimento que o pai tem deste período da maternidade
- Existência ou não da colaboração paterna nos cuidados à criança; nas tarefas domésticas...
- Práticas cuidativas maternas; crenças e mitos próprios; costumes familiares; relação mãe-filho
- Crenças e rituais relativas aos cuidados após o parto com o objectivo da recuperação física da mulher; relacionados com a sexualidade do casal

ÁREA TEMÁTICA	
C - Promoção e prevenção da saúde da mulher imigrante, durante a adaptação à maternidade	
QUESTÕES	INDICADORES
<p>No papel de educador para a saúde, perante a adaptação à maternidade da mulher imigrante....</p> <p>4.1 - As mulheres imigrantes procuram mais os profissionais de saúde durante a gravidez ou durante a maternidade?</p> <p>4.2- Que tipo de profissional mais procuram e porquê? Que questões normalmente colocam?</p> <p>4.3 - E quando recorrem, efectuam uma vigilância de saúde adequada? Quais as principais dificuldades que apresentam, para não realizarem uma assistência de saúde adequada?</p> <p>4.4 – Considera que é mais frequente as mulheres imigrantes seguirem as orientações dos profissionais de saúde ou não?</p> <p>4.4.1 - Se SIM, dos quais é que aderem com mais facilidade:</p> <p style="padding-left: 20px;">a) Os cuidados a ter com a própria mulher;</p> <p style="padding-left: 20px;">b) Os cuidados maternos e de protecção a ter com o bebé;</p>	<p style="text-align: center;"><u>Questões 4.1 e 4.2</u></p> <p>- Valorização do papel dos profissionais de saúde face ao período de gravidez vs maternidade; valorização do bem-estar fetal; valorização dos exames de vigilância da gravidez; importância das orientações face aos desconfortos, serviços de saúde, acessibilidade aos mesmos...</p> <p>- Médicos, enfermeiros, outros...</p> <p style="text-align: center;"><u>Questão 4.3</u></p> <p>- Dificuldades relacionadas com a acessibilidade; dificuldade na comunicação; desconhecimento dos recursos de saúde existentes; problemas económicos; valorização dada aos cuidados de saúde durante a gravidez e maternidade (influência cultural) ...</p> <p style="text-align: center;"><u>Questões 4.4; 4.4.1 e 4.4.2</u></p> <p>- Identificação das necessidades de cuidados das mulheres imigrantes, na percepção do profissional de saúde</p>

<p>Identifique-os.</p> <p>4.4.2- Se Não, porquê?</p> <p>Perante a problemática em que foi abordado ao longo desta entrevista, gostaria que me desse a sua opinião sobre:</p> <p>5- Como avalia as competências dos profissionais de saúde perante a diversidade cultural das mulheres, durante a adaptação à maternidade?</p> <p>5.1- E para si, face à sua experiência, quais as principais dificuldades, com que se depara, quando assiste/cuida dessas mulheres imigrantes?</p> <p>5.2- O que sugere como estratégias de intervenção para a promoção e prevenção da saúde da mulher imigrante?</p>	<p style="text-align: center;"><u>Questões 5 e 5.1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de formação neste âmbito; informação sobre outros recursos existentes na comunidade; reconhecimento dos profissionais face às suas limitações... - Reconhecimento/identificação das limitações existentes <p style="text-align: center;"><u>Questões 5.2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de saúde multiculturais adaptados às necessidades e diversidades dos clientes - Consultas de vigilância durante a gravidez, puerpério, saúde da mulher; internamento hospitalar durante a gravidez, parto e maternidade; visita domiciliária, durante a gravidez e maternidade
<p>6- Para terminar, gostaria que me relatasse uma experiência significativa, para si, como profissional de saúde a assistir/cuidar de mulher migrante, durante a sua adaptação à maternidade.</p>	