



Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Maria de Fátima da Silva Vieira Martins **Educação para a Saúde e Vigilância Pré-Natal:
Inter-confluências profissionais e familiares**

Maria de Fátima da Silva Vieira Martins

**Educação para a Saúde e Vigilância Pré-Natal:
Inter-confluências profissionais e familiares**





Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Maria de Fátima da Silva Vieira Martins

**Educação para a Saúde e Vigilância Pré-Natal:
Inter-confluências profissionais e familiares**

Tese de Doutoramento em Sociologia

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Maria Engrácia Leandro
e da
Professora Doutora Paula Cristina Remoaldo

Abril de 2011

DECLARAÇÃO

Nome: Maria de Fátima da Silva Vieira Martins

Endereço electrónico: fmartins@ese.uminho.pt

Número do Bilhete de Identidade: 6379015

Título da tese:

Educação para a Saúde e Vigilância Pré-Natal: Inter-confluências profissionais e familiares

Orientador(es):

Professora Doutora Maria Engrácia Leandro e Professora Doutora Paula Cristina Remoaldo

Ano de conclusão: 2011

Designação do Ramo de Conhecimento do Doutoramento:

Doutoramento em Sociologia

DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, NÃO É PERMITIDA A
REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA TESE

Universidade do Minho, 04/04/2011

Assinatura: _____

Maria de Fátima da Silva Vieira Martins



Fonte: Adaptado de Jackson (2000)

Não obstante a função de informar, o educador deve, fundamentalmente, saber ouvir as necessidades e aspirações da população, compreender o conjunto de conhecimentos, saberes e costumes que constituem a cultura e respeitar os valores que tornam significativas as suas acções.

Antunes (2008)

Dedico este trabalho em memória de meu pai.
*Pelo seu exemplo de viver, de conviver em família
e por todo o amor partilhado.*

À minha mãe.
*Por todos os seus ensinamentos
e transmissão de saberes.*

AGRADECIMENTOS

*O começo fez nó o que foi laço.
Entrelaçou projectos e caminhos.
E abriu novos rebentos, fez-se abrigo e a vida despertou em novos laços.
Traga a paz e maior fraternidade, acabe todo o sonho inacabado.
Corra vento que a leve a todo o lado, maré calma em naufrágio e tempestade.*

(Machado, 1999)

Doutoramento – palavra cuja densidade significativa é tal que facilmente abarca em si mesma uma miríade de ideias, ora complementares, ora contrastivas. Não admira, pois que a um Doutoramento, ou Tese de Doutoramento, se possa associar a grandiosidade, a expectativa, a surpresa, a curiosidade, o enriquecimento pessoal, mas também a dúvida, a desconfiança, o abatimento, o esforço e, por que não, até o susto e o medo. Que o digam todos os que, seja qual for o seu grau de sucesso, já passaram, ou estão ainda a passar, por tal provação; que o digam os que diligente, paciente e sabiamente orientaram, ou orientam ainda, Doutoramentos e Teses, ajudando a vencer as escolhas de tão difícil caminhada; e que o digam também os leitores das teses finais, principalmente os mais atentos e intelectualmente mais sérios. Concluir um Doutoramento, e respectiva Tese, é pois, e sem quaisquer sofismas, uma missão bem difícil. Frequentes e inúmeros são os obstáculos em que, não raras vezes, nos sentimos atolados, e só ultrapassáveis com mãos amigas, e através de uma introspecção profunda e dolorosa e de uma reflexão contínua e lúcida. Chegar ao fim desta árdua caminhada, concretizando-a, só se tornou possível graças à disponibilidade e ao contributo imprescindível de várias pessoas, as quais, através de críticas sérias e construtivas, muito colaboraram para a versão final deste trabalho. Ainda que informalmente, fomos arquitectando “parcerias” que tiveram expressão em gestos tão simples como uma palavra amiga ou mesmo um sentimento de tolerância e de compreensão que constituíram verdadeiros estímulos capazes de contrariarem a inércia que, por vezes, nos invadia. Ser agradecida é um sentimento fascinante e magnífico que faz de nós indivíduos solidários nas pequenas e nas grandes coisas dos nossos percursos de vida. Somos agradecida. E, a todos agradecemos de forma sentida. Impõem-se, no entanto, alguns agradecimentos mais específicos:

- De uma forma muito especial, à nossa orientadora Professora Doutora Maria Engrácia Leandro por ter aceite o desafio desta orientação, que nós sempre entendemos como um

verdadeiro voto de confiança. Muito obrigada, pois, por nos ter oferecido uma viagem ao mundo do saber inacabável em cada conversa que nos proporcionou; obrigada por todas as críticas e sugestões que nos foi fazendo ao longo destes cinco anos; obrigada pela competência, pela partilha de ideias, pelas observações pertinentes; obrigada também pela verdadeira amizade que sempre deixou transparecer; obrigada pelo apoio constante sem o qual teríamos, certamente, desistido nas horas de maior “desânimo.

- À Professora Doutora Paula Cristina Remoaldo, co-orientadora deste estudo, pelo caminho que trilhou connosco, com paciência e sempre disponível. Acima de tudo, obrigada pelo modo como nos acompanhou nesta viagem, mas essencialmente, pela amizade, estímulo e compreensão sempre demonstrados.
- À Escola Superior de Enfermagem e, em particular, à Professora Doutora Isabel Lage, à Professora Doutora Beatriz Araújo e à Professora Dra. Nazaré Miguel, às quais expressamos os nossos agradecimentos pela atenção e simpatia sempre evidenciadas.
- Às nossas colegas da “equipa de saúde materna”: à Professora Arminda Pinheiro e à Professora Virgínia Henriques, por nos terem disponibilizado os ajustes necessários de horário para que pudéssemos cumprir com todas as nossas obrigações profissionais e académicas; um obrigado também à Professora Rosário Côto, pelo constante apoio, pela colaboração e orientação na pesquisa bibliográfica sobre legislação e história da parteira em Portugal mas, principalmente, por nos ter conseguido transmitir a verdadeira “alma de parteira” no cuidar.
- À amiga, La-Salette Ferreira (*in memorium*), não apenas pelas inúmeras trocas de impressões, mas também, pela amizade, companheirismo e sinceridade nas palavras que sempre testemunhou. Por isso, e por tudo, a sua memória habitará sempre no nosso coração.
- À Dina Carvalho pelos momentos que compartilhou connosco e pela ajuda prestada na procura de bibliografia.
- À D. Edite Carvalho cuja permanente disponibilidade e celeridade nos permitiram trazer muita da substancial informação para a execução desta Tese.
- Ao nosso amigo Padre António Magalhães, muito obrigada pelas interessantes conversas que nos serviram de orientação; obrigada, ainda, pelo contributo na pesquisa bibliográfica e pelo constante incentivo. Nunca esqueceremos que as *palavras de conforto bem administradas são a mais antiga terapia que o Homem conhece*.
- Uma palavra de gratidão ao sempre presente Jorge Costa pelos seus contributos

indispensáveis na gráfica deste trabalho. Sem ele o caminho teria sido ainda mais árduo.

- Ao Professor António Mota, o meu profundo agradecimento pelo enorme contributo na revisão deste trabalho.
- Às colegas dos Centros de Saúde que, tendo participado no estudo, tornaram possível a sua concretização. Um particular apreço, porém, às Enfermeiras Chefes Lurdes Gonçalves e Dulce Malheiro pela sua prontidão na recolha dos dados e contribuição na pesquisa de documentos pertinentes, mas também pela partilha de saberes importantes para a compreensão da dinâmica e organização dos Cuidados de Saúde Primários.
- Um especial agradecimento a todas as mulheres entrevistadas que, através das suas narrativas, nos possibilitaram conhecer a sua cultura, os seus saberes, as suas histórias, os seus medos e os seus anseios, na tentativa de compreender melhor esta problemática. Nessas narrativas estão presentes muitos sentimentos, conflitos, alegrias e desejos. Não podemos omitir que após a sua realização nos tornámos numa confidente e num recurso para muitas delas.
- Por último, mas não menos importante, agradecemos à nossa família pelos momentos que dividiu connosco; por aguentar as nossas ausências com muita paciência; por nos amparar nas horas mais difíceis; por nos dar força para ultrapassar todas as barreiras. São, momentos como estes, que nos mostram o verdadeiro sentido do “ser família”. De uma forma muito particular, queremos agradecer às pessoas mais importantes da nossa vida: o Neco, a Mari, a Di e o Zé Pedro. Eles foram o nosso porto seguro, o seio do nosso amor, o calor e o aconchego revigorantes. E, sobretudo, a força encorajadora da compreensão.
- Mas, há ainda, outros. Tantos outros. Todos os que, de um modo ou de outro, se cruzaram neste e com este projecto. Como já antes dissemos, mas queremos repetir: a todos, de novo, agradecemos de forma sentida.

Fátima Martins

Braga, Abril 2011

RESUMO

Educação para a Saúde e Vigilância Pré-natal: Inter-confluências profissionais e familiares

As mudanças económicas, políticas, sociais e culturais que ocorreram no mundo desde o século XIX, e que se intensificaram desde a segunda metade do século XX, produziram alterações significativas na vida em sociedade, promovendo a criação de tecnologias cada vez mais sofisticadas. A saúde não ficou imune a estas mudanças, pelo que, envolvida neste quadro de novos conhecimentos, viu aumentar significativamente os desafios que hoje se colocam às instituições de saúde. Muitos grupos profissionais têm vindo a reflectir de forma crescente sobre a problemática da educação para a saúde, visando a aplicação de estratégias que coadjuvem os indivíduos e a comunidade na adopção ou na modificação de comportamentos que possibilitem um apropriado nível de saúde. Tal situação verifica-se em todas as dimensões da vida humana e social. O caso que estudámos, e que incide particularmente sobre a gravidez, não escapa a estas mudanças. Sendo a gravidez uma época de preparação física, psicológica e social para o parto e para a maternidade, é considerada como um período de intensa aprendizagem, até porque a mulher se encontra ávida de saber. Em Portugal, ao contrário de tempos não muito recuados, a mulher grávida é precocemente acompanhada por profissionais de saúde, destacando-se a intervenção da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica que a acompanha, aconselha e, mesmo, cada vez com mais frequência, lhe ministra formação adequada para viver de forma equilibrada e saudável este período da sua vida. Por outro lado, muitas atitudes e comportamentos da mulher grávida, normalmente como parte integrante de uma família, estão, também, associadas a este processo. Foi neste contexto que surgiu o ponto de partida do nosso estudo, fundamentando-se na análise das práticas educativas desenvolvidas pelas enfermeiras especialistas na vigilância pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários. O presente estudo inscreve-se no âmbito de uma sociologia compreensiva onde almejamos apreender o modo como os actores, neste caso a grávida e as enfermeiras, concebem a educação para a saúde durante a vigilância pré-natal. Todavia, a vivência deste período de vida das mulheres e das respectivas enfermeiras especialistas, não é alheia ao contexto social envolvente, mais

concretamente, ao Centro de Saúde e à sua organização. Na persecução destes objectivos, decidimos partir para a pesquisa realizando um estudo de carácter qualitativo, o que nos permitiu, no desenvolvimento da análise, proceder a uma retrospectiva sobre a vivência da gravidez e as respectivas práticas de educação para a saúde desenvolvidas pelas enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica, permitindo ainda analisar e, de certa maneira comparar os dados obtidos em três Centros de Saúde: Centro de Saúde de Braga, Centro de Saúde de Vieira do Minho e Centro de Saúde de Vila Verde. O método de recolha de informação empírica envolveu o recurso a diferentes técnicas, que são utilizadas de forma complementar. Foi assim que privilegiámos, como técnica central, a entrevista semi-estruturada e, como técnicas complementares, a observação directa e a pesquisa documental. Dos dados recolhidos, concluímos que as enfermeiras foram unânimes em afirmar que a educação para a saúde é uma actividade prioritária. Todavia, parece haver alguma confusão nos conceitos de “prevenção e promoção”. As grávidas entrevistadas demonstraram reconhecimento e valorização do trabalho da enfermeira na vigilância pré-natal, particularmente no que concerne à educação para a saúde, à orientação e à ajuda. No entanto, foi consensual encarar a família como fonte de transmissão de saberes e centro dos cuidados, na medida em que esta é considerada como um suporte afectivo, instrumental e informativo, para manter a qualidade de vida das grávidas, bem como para enfrentar, de forma adequada, a nova situação de ser mãe, aumentando a sua autoconfiança. Destacamos, do mesmo modo, uma certa dissonância entre os dados referidos pelas enfermeiras, os dados mencionados pelas mulheres e a observação das práticas educativas desenvolvidas. Concluímos que as acções educativas se inserem em dois modelos que denominamos de tradicional e dialógico. O primeiro modelo aponta para a prevenção das doenças ou de danos mediante a informação de conteúdos biomédicos para diminuir riscos individuais. O segundo orienta-se para o indivíduo e para a sua realidade, sendo este considerado sujeito da prática educativa. Factores de constrangimento centralizados nas grávidas, na família, nos profissionais de saúde e na organização da consulta foram mencionados como condicionadores das práticas educativas. Importa, contudo, reportar que empreender a realização da educação para a saúde sem ter em atenção estes factores é promover o insucesso das práticas educativas. Torna-se, por isso, pertinente questionar como é que as escolas devem formar os profissionais de saúde, tendo em conta este propósito.

ABSTRACT

Health education and prenatal monitoring: professionals and families inter-confluences

The economic, political, social and cultural changes that have occurred worldwide since the nineteenth century and which have intensified since the second half of the twentieth century produced significant changes to life in society, promoting the creation of increasingly sophisticated technologies. Health was not immune to these changes. Therefore, involved in this framework of new knowledge, Health saw a significantly increase of challenges faced by healthcare institutions. Many professional groups have been increasingly considering the problems of health education as a process directed towards the implementation of strategies that contribute to individuals and communities to adopt or modify behaviours that allow an appropriate level of health. Such situation is verified in all the dimensions of the human and social life. The case study we are reflecting on, which focuses particularly on pregnancy, doesn't escape these changes. Pregnancy is a time of physical preparation, psychological and social assistance for childbirth and motherhood, therefore, because the woman is eager to know, it is considered as a period of intense learning. Despite what we have seen in the past, in Portugal nowadays the pregnant woman is precociously accompanied by health professionals within whom it is important to focus the intervention of the midwives who accompanies, gives advice and even more and more frequently gives adequate formation on how to live in a healthy and balanced way this period of her life. On the other hand, many attitudes and behaviours of the pregnant woman, normally as integrant part of a family, are also associated to this context. It was in this context that emerged the starting point of our study, based on the analysis of educational practices developed by midwives in prenatal surveillance in Primary Care. This study is part of the core of a comprehensive sociology, which aims to capture how the actors, in this case the pregnant woman and midwives, conceive health education during prenatal monitoring. However, the experience of this period of women's life and their specialist nurses is not ignored within its involving social context, more specifically, the Health Center and its organization. In pursuing these goals, we have decided to do a case study research, which allows us, in the analysis, to conduct a retrospective on the experience of pregnancy and related practices of health education carried out by midwives, also allowing us to analyze and contrast the data obtained in three Health

Centers: Braga, Vieira do Minho and Vila Verde's Health Centers. The method of collecting empirical data involves the use of different techniques that are used in a complementary way. That's why we privileged, as central technique, the semi-structured interview, and as complementary techniques, direct observation and documentary research. The midwives had been unanimous in affirming that the Health Education is a priority activity. However, there seems to be some confusion in the concepts of "prevention and promotion". The pregnant women interviewed showed recognition and appreciation of the midwives work in the prenatal surveillance, particularly with regard to health education, guidance and assistance. However, it was consensual to consider the family as the center of cares since it is considered as an emotional, instrumental and informative support, to keep the quality of life of the pregnant, as well as to face, in an adequate form, the new situation of becoming a mother, thus increasing her self-confidence. We confirmed that there was not a complete match between the information mentioned by the midwives and the information given out by the women as well as between the observations of the developed educational practices. These practices are divided into two models, which we designate as traditional and dialogic. The first model points to the prevention of diseases and damages in accordance with the information of biometric contents in order to reduce individual risks. The second is focused on the individual and its reality, thus considered as subject of the educational practice. Centralized constraining factors in pregnant women, family, health professionals and Health Center organization were mentioned as constraints of educational practices. It is important to report that to undertake the implementation of health education with no regard to these factors is to promote the failure of educational practices. Therefore is pertinent to question how the schools should train the health professionals in relation to this matter.

ÍNDICE

ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS	xiii
ÍNDICE DE FIGURAS	xv
ÍNDICE DE QUADROS	xvi
INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO I - A ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA E A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO OBJECTO SOCIOLOGICO	26
1. A Educação para a Saúde na vigilância pré-natal - desafios de partida	26
1.1. Os caminhos da enfermagem em saúde materna e obstétrica	31
1.2. A prática da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica na educação para a saúde	37
2. A Educação para a Saúde como uma problemática de Enfermagem - Questões orientadoras	40
3. Hipóteses de Trabalho	47
CAPÍTULO II - A CONSTRUÇÃO DO ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA INVESTIGAÇÃO	50
1. O sistema de saúde português desde o pós II Guerra Mundial até à actualidade	50
1.1. Evolução do Sistema de Saúde em Portugal	55
1.2. A Rede de Cuidados de Saúde Primários	65
1.3. O programa de vigilância pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários	71
2. Educação e promoção de saúde: tempos de mudança	89
2.1. Da noção de educação à noção de saúde	89
2.2. A educação para a saúde/promoção de saúde: aspectos conceptuais	107
2.3. Poder <i>versus</i> Empoderamento na Educação para a Saúde	122
3. Em busca do cuidar-educar... na transição para a maternidade	128
3.1. O cuidar interactivo durante a gravidez	129
3.2. A família como suporte social na transição para a maternidade	136
3.3. (Re)pensando a gravidez e a maternidade no cuidar-educar	145
CAPÍTULO III - O PERCURSO METODOLÓGICO: PERSPECTIVA DA INVESTIGAÇÃO	161
1. Pressupostos e procedimentos metodológicos	161
1.1. Justificação da metodologia utilizada	161
1.2. Estratégias de recolhas de dados	165
1.3. Aspectos subjacentes ao tratamento de dados	172
2. O terreno da pesquisa	174
2.1. Breve retrato dos contextos sociais em estudo	174
2.2. Caracterização das unidades de saúde em estudo	190
3. Caracterização da população - perfil da amostra	197
3.1. Caracterização socioprofissional das enfermeiras especialistas	198
3.2. Pertença social das entrevistadas	206

CAPÍTULO IV - A VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: DIFERENTES OLHARES	229
1. O espaço de produção de cuidados: a consulta de vigilância pré-natal	229
1.1. O funcionamento das consultas	230
1.2. Um “olhar” sobre a enfermeira especialista na consulta	233
2. Aspectos da vigilância pré-natal da grávida	241
2.1. História de uma gravidez....	241
2.2. Tipo de vigilância	245
3. Dar à luz: caracterização do parto	251
3.1. Preparação para o parto	252
3.2. Tipo de parto	253
3.3. Sexo do recém-nascido e peso ao nascer	255
CAPÍTULO V - AS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM CONTEXTO DE TRABALHO: O RELATO DAS ENFERMEIRAS	259
1. Exercício da profissão da enfermeira especialista	259
1.1. Posição face à educação para a saúde	261
1.2. Concepção sobre educação para a saúde	266
2. Desenvolvimento das práticas educativas	269
2.1. Estratégias no desenvolvimento das práticas	270
2.2. Factores de constrangimentos das práticas educativas	287
3. Os saberes familiares na educação para a saúde	305
3.1. Valorização dos saberes familiares	306
3.2. Integração da família no cuidar	309
CAPÍTULO VI - UMA HISTÓRIA CONSTRUÍDA NAS PRÁTICAS QUOTIDIANAS: DISCURSOS DAS MULHERES ENTREVISTADAS	313
1. Onde tudo começa...um olhar sobre a família	313
1.1. O modelo de referência familiar	314
1.2. O papel da família durante o ciclo gravídico-puerperal	323
2. Percepção das grávidas sobre as práticas educativas realizadas pelas enfermeiras	347
2.1. A actuação da enfermeira especialista na perspectiva da mulher	350
2.2. Satisfação face à actividade educativa realizada	363
2.3. Contributos das práticas educativas na transição para a maternidade	366
CONCLUSÃO	386
BIBLIOGRAFIA	398
ANEXOS	445
ANEXO I - Legislação referente à formação de parteira em Portugal	447
ANEXO II - Guião de entrevista às enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica	451
ANEXO III - Guião de entrevista às mulheres grávidas no Centro de Saúde	455
ANEXO IV - Guião de entrevista às mulheres após o parto	461
ANEXO V - Guião de entrevista às mulheres puérperas seis semanas após o parto	465

ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

- A.C.E.S. - Agrupamentos de Centros de Saúde
A.M.U. - Áreas Mediamente Urbanas
A.P.F. - Associação para o Planeamento da Família
A.P.R. - Áreas Predominantemente Rurais
A.P.U. - Áreas Predominantemente Urbanas
B.S.G. - Boletim de Saúde da Grávida
C.H. - Cuidados Hospitalares
C.I.P.D. - Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento
C.L.A.S. - Conselhos Locais de Acção Social
C.P.P. - Classificação Portuguesa de Profissões
C.S.P. - Cuidados de Saúde Primários
D.G.S. - Direcção-Geral da Saúde
D.S.M.I.A. - Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes
E.E.S.M.O. - Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica
E.S. - Educação para a Saúde
E.S.G. - Educação para a Saúde em Grupo
E.S.I. - Educação para a Saúde Individual
H.P.M. - Health Promotion Model
I.C.M. - International Confederation of Midwives
I.G.I.F. - Instituto de Gestão de Informática Financeira da Saúde
I.N.E. - Instituto Nacional de Estatística
I.P.P.F. - International Planned Parenthood Federation
I.P.S.S. - Instituições Particulares de Solidariedade Social
O.E. - Ordem dos Enfermeiros
O.M.S. - Organização Mundial de Saúde
O.N.U. - Organização das Nações Unidas
O.P.S.S. - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
P.N.V. - Programa Nacional de Vacinação
P.N.S. - Plano Nacional de Saúde

S.R.S. - Sub-Região de Saúde

T.I.P.A.U. - Tipologias de Áreas Urbanas

U.C.F. - Unidade Coordenadora Funcional

U.N.E.S.C.O. - United Nations Education Science and Culture Organization

U.R.S.S. - União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

U.S.F. - Unidade de Saúde Familiar

% - percentagem

Coord. - Coordenadora

e.g. - *exempli gratia*

gr. - gramas

H.M - Homens e Mulheres

Hab./km² - Número de habitantes por quilómetro quadrado

i.e. - isto é

n - Número de elementos da amostra

Nº - Número

Org. - Organização

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo conceptual da educação para a saúde na vigilância pré-natal	45
Figura 2 – Complexidade dos Centros de Saúde	70
Figura 3 – Determinantes da Saúde	104
Figura 4 – Modelo de Promoção da Saúde	114
Figura 5 – Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender	119
Figura 6 – Dimensões do Empoderamento	127
Figura 7 – Localização dos concelhos de Braga, de Vila Verde e de Vieira do Minho	175
Figura 8 – Nível de instrução da população residente em Braga em 2001	181
Figura 9 – Problemas sociais identificados em 2003 relativamente ao concelho de Braga	182
Figura 10 – Distribuição da população residente nos concelhos do Vale do Ave, segundo os grupos etários, em 2001	187
Figura 11 – Distribuição da população por sector de actividade em 2001 segundo o sexo	189
Figura 12 – O Centro de Saúde de Braga	193
Figura 13 – Número de utentes sem médico de família	194
Figura 14 – O Centro de Saúde de Vila Verde e as suas extensões de saúde	195
Figura 15 – Tempo de serviço das enfermeiras entrevistadas	201
Figura 16 – Idade das mulheres entrevistadas	207
Figura 17 – Idade do marido/companheiro	207
Figura 18 – Idade das grávidas segundo o concelho	208
Figura 19 – Número de filhos segundo as idades das grávidas e o concelho de pertença	210
Figura 20 – Grau de instrução das grávidas	216
Figura 21 – Grau de instrução das grávidas por concelhos	216
Figura 22 – Concelhos de residência segundo a TIPAU/2009	220
Figura 23 – Início da primeira consulta pré-natal por concelhos	250
Figura 24 – Peso do recém-nascido em gramas	256
Figura 25 – Peso do recém-nascido segundo o sexo	256
Figura 26 – Peso do recém-nascido por concelhos	257
Figura 27 – Processo de avaliação diagnóstica	273
Figura 28 – Educação para a saúde desenvolvida	277
Figura 29 – Factores constrangedores das práticas educativas	302
Figura 30 – Assimetria na troca de saberes	359
Figura 31 – Permuta de saberes	360

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Comparação entre o modelo informativo, persuasivo-motivacional e político-económico-ecológico	30
Quadro 2 – Recomendações da D.G.S. sobre a consulta pré-concepcional	78
Quadro 3 – Síntese das propostas internacionais de atenção à saúde da grávida	115
Quadro 4 – Comparação entre o Modelo Hegemónico e o Modelo Dialógico	120
Quadro 5 – Modelo Gibson (1991)	127
Quadro 6 – Vantagens e desvantagens da entrevista	169
Quadro 7 – Vantagens e desvantagens da observação	171
Quadro 8 – Área, população, freguesias e densidade populacional dos três concelhos em estudo	177
Quadro 9 – Tipologia de Áreas Urbanas das freguesias do concelho de Braga	179
Quadro 10 – População residente por sexo e grupo etário	180
Quadro 11 – Tipologia de Áreas Urbanas das freguesias do concelho de Vila Verde	183
Quadro 12 – Tipologia de Áreas Urbanas das freguesias do concelho de Vieira do Minho	187
Quadro 13 – Número de Consultas de Saúde Materna em 2004 e 2005	191
Quadro 14 – Caracterização das enfermeiras especialistas entrevistadas	200
Quadro 15 – Idade da mulher ao 1º filho por concelhos	209
Quadro 16 – Estado civil das grávidas	211
Quadro 17 – Nados-vivos em função do vínculo conjugal	213
Quadro 18 – Estado civil <i>versus</i> idade da entrevistada	214
Quadro 19 – Condição da grávida e do marido/companheiro perante o trabalho	217
Quadro 20 – Distribuição da residência da mãe segundo a TIPAU/2009	221
Quadro 21 – Naturalidade da grávida	222
Quadro 22 – Tempo médio da consulta de enfermagem	236
Quadro 23 – Tipo de vigilância pré-natal recebida	248
Quadro 24 – Nados-Vivos por sexo nos concelhos em estudo em 2008	255
Quadro 25 – Exercício da profissão da E.E.S.M.O.	260
Quadro 26 – Desenvolvimento das práticas educativas	269
Quadro 27 – Temas abordados segundo o trimestre de gravidez	279
Quadro 28 – Os saberes familiares na educação para a saúde	306
Quadro 29 – Categorias e subcategorias relativas à opinião das mulheres sobre a família	314
Quadro 30 – Precauções especiais com a criança	342
Quadro 31 – Percepção das entrevistas sobre as práticas educativas realizadas pelas enfermeiras especialistas	349
Quadro 32 – Valorização dos saberes familiares	358

INTRODUÇÃO

*Bien que devenir mère soit de plus en plus souvent
un choix de vie, plutôt qu'une fatalité,
il y a souvent une certaine confusion sur la manière de
bien s'acquitter de la tâche.*

(Jackson, 2000)

A saúde foi, é e será sempre estudada e analisada em todas as sociedades como um direito fundamental da pessoa humana, muito embora, tendo em conta as épocas e os contextos sociais, a valorização e a preocupação com a saúde assumam um interesse e uma importância distinta. Mas a saúde, ou a sua ausência, não é uma mera fatalidade. Hoje, podemos constatar que viver com saúde é também objecto de aprendizagem. Neste processo de saúde/aprendizagem é necessário que o ser humano seja colocado no centro, de forma a poder atingir um estado completo de bem-estar, sendo ainda necessário que este esteja apto a identificar as suas necessidades e a modificar os seus comportamentos para promover estilos de vida mais saudáveis (Antunes, 2008).

Em Portugal, a reflexão sobre a problemática da saúde e da educação para a saúde, que nos propusemos levar avante na presente investigação, não constitui propriamente uma questão nova, quer no âmbito da enfermagem, quer mesmo no âmbito da sociologia da saúde. Na verdade, esta problemática tem induzido diversas reflexões, muito embora não possamos ignorar que, sendo relevante para atingir resultados adequados nos cuidados, a educação para a saúde não deixa de ser um campo em permanente desenvolvimento e aperfeiçoamento, levando a que os programas de educação para a saúde tenham evoluído em função da sua relevância para os grupos alvos a que se destinam.

Ao longo das duas últimas décadas foram realizadas diversas iniciativas, todas elas focalizadas no tema “promoção e educação para a saúde”, tendo como público-alvo os mais variados grupos da população (*e.g.*, adolescentes, idosos e diabéticos). Em todas estas iniciativas, a saúde e o bem-estar destes grupos têm sido sempre entendidos como elementos-chave do desenvolvimento humano, onde a educação para a saúde vem sendo objecto de crescente reflexão por parte de investigadores, de grupos profissionais ou de políticos de saúde, sendo ainda frequentemente orientada para a preservação da saúde individual e colectiva. Podemos mesmo assegurar que a promoção de saúde contribuiu para a formação

pessoal e social, ganhando um protagonismo crescente nos sectores da educação e da saúde.

Este papel de destaque, que é assumido pela promoção da saúde, leva-nos a concordar com Mendes (2009, 163) quando refere que *a saúde pública e a promoção de saúde são produtos socioculturais e as suas práticas, justificações e lógica sujeitas a mudanças baseadas em imperativos políticos, económicos e sociais*. Neste sentido, a promoção de saúde é compreendida como uma prioridade na organização das políticas de saúde nacionais e internacionais. Podemos mesmo afirmar que a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.) tem vindo a expressar a tese de que a promoção e a protecção da saúde das pessoas são indispensáveis para um desenvolvimento económico e social sustentável.

É nesta preocupação constante com o progresso da saúde, bem patente nas decisões tomadas nos últimos trinta anos, que se percebe as razões pelas quais a Organização Mundial de Saúde quis dar ênfase aos problemas da equidade e da igualdade em saúde. Com o objectivo de assegurar as condições que possibilitem “Saúde para Todos”, a Declaração de Alma-Ata (1978) considerou a educação sobre os principais problemas de saúde e os métodos de prevenção e controlo dos mesmos como uma das actividades essenciais a ter em conta nos Cuidados de Saúde Primários, privilegiando a informação e a educação para a saúde. Percebida por todos como um ponto de viragem, esta Conferência apresenta uma nova visão quanto à forma de planear, compreender e viver a saúde. Efectivamente, a saúde aparece associada a factores biológicos e psicossociais, apelando a uma participação mais efectiva, quer das pessoas, quer dos próprios governos dos países. Na esteira desta linha orientadora, outras Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, como as realizadas em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (2000) e Bangkok (2005), vieram dar um forte impulso a estas questões, ficando assim na génese das bases conceptuais e políticas da promoção da saúde.

Também em Portugal, as orientações emanadas destas conferências tiveram, necessariamente, um forte impacto nas políticas de saúde. Este facto levou mesmo a Direcção-Geral da Saúde a adoptar, de forma gradual, políticas de saúde condizentes com aquelas conclusões. Neste sentido, a essência de uma política de protecção materno-infantil, sustentada na prevenção pré-natal, tem que ser uma política de saúde preocupada com a estabilidade e o bem-estar das suas utentes (Antunes, 2008). É no âmbito desta nova filosofia que podemos afirmar que, para obter elevados padrões de qualidade no âmbito da saúde materna e infantil, é fundamental intervir precocemente na prevenção da doença e na promoção de saúde. É com base nestes pressupostos que podemos afirmar que a educação para a saúde é um eixo prioritário de investigação em saúde (Rodrigues, Pereira e Barroso,

2005). Não podemos esquecer que os alicerces fundamentais da saúde dos adultos são estabelecidos ainda na vida pré-natal. Neste contexto, reflectir sobre a atenção da saúde à mulher grávida, remete-nos para os programas desenvolvidos nos nossos serviços de saúde, enquadrados no âmbito mais genérico das políticas de saúde.

Deste modo, os Cuidados de Saúde Primários (C.S.P.), enquanto parte integrante do sistema de saúde, consubstanciam um conjunto de cuidados globais, integrados, permanentes, continuados e planeados, que são susceptíveis de avaliação e, que permitem que a população que visam servir possa participar activamente no seu próprio processo de saúde/doença, de forma a adquirir novos conhecimentos. É enquadrada neste contexto de C.S.P. que a vigilância pré-natal, sempre que a gravidez é qualificada sem risco ou de baixo risco, é assumida pelo médico de família, muito embora a enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica tenha as competências adequadas para, ela própria, assumir, de uma forma integral, a vigilância deste tipo de gravidezes. A prestação de uma assistência de qualidade permite atender a grávida e a sua família em tempo oportuno, fornecendo-lhe informação útil, bem como orientações e conselhos que lhe permitam dissipar temores e angústias, ajudando-a a lidar com a gravidez, com o parto e com o exercício pleno da maternidade.

Existem no contexto português muito poucos estudos que abordam a “educação para a saúde na vigilância pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários” e, apesar desta temática de investigação não ser propriamente nova, esta tem surgido com novos focos de interesse, tornando-a uma problemática completamente actual. A título de exemplo, salientamos a preocupação demonstrada pela Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras aquando dos contributos dados para a elaboração do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, num documento editado em 08/06/2010, onde se mencionava que a educação para a saúde proporcionada pela enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica é um vector capaz de empoderar as grávidas na sua tomada de decisão, de forma a promover o parto normal, a amamentação e a construção da parentalidade. Para tal, *the nurse interacts (interaction) with a human being in a health/illness situation (nursing client), who is in integral part of his sociocultural context (environment) and who is in some sort of transition or is anticipating a transition (transition). The nurse-patient interactions are organized around some purpose (nursing process, problem solving, holistic assessment, or caring actions), and the nurse uses some actions (nursing therapeutics) to enhance, bring about, or facilitate health (health)* (Meleis, 2007, 466). Assim, cabe à enfermeira especialista disponibilizar as condições mais apropriadas para suscitar nas utentes e suas famílias uma motivação satisfatória para uma efectiva construção de conhecimentos e de capacidades que

permitam atingir um bom nível de saúde. A assistência à grávida pretende oferecer intervenções de saúde que propiciem um acolhimento e respondam às ansiedades, às queixas e aos medos culturalmente associados à gestação, ou seja, às necessidades da mulher.

É perante estes cenários que a presente investigação surge, na medida em que a função educativa das enfermeiras, cada vez mais dominada pela dimensão social e económica, requer uma constante interpelação dos acontecimentos e uma aproximação aos meios sociais e culturais envolventes. A enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica tem um papel fundamental, como membro de uma equipa multidisciplinar e com formação específica, uma vez que é o profissional de saúde mais preparado para desenvolver actividades de educação para a saúde susceptíveis de ajudar as grávidas e as suas famílias a viverem a gravidez e o nascimento de um filho de uma forma saudável e natural. Esta orientação levanta, desde logo, uma questão interessante: quais são as práticas educativas desenvolvidas pelas enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica no âmbito da vigilância pré-natal nos cuidados de saúde primários? Não podemos ignorar que a enfermagem é uma profissão que cuida e estabelece relações de ajuda entre as pessoas, sempre norteada pela procura da prestação de cuidados com qualidade e com o desenvolvimento de competências.

Podemos, então, questionar se as intervenções educativas, inseridas no modelo de assistência em vigor no contexto dos C.S.P., são suficientes para ajudar a mulher nesta fase de transição para a maternidade, na medida em que, frequentemente, sentimentos de insegurança e de dúvida sistemática surgem no decorrer de uma gravidez.

De igual modo, e com o intuito de preparar e conhecer todo o fenómeno que envolve o grande mistério de “dar a vida”, a grávida pode recorrer a diversas fontes para satisfazer a sua ânsia de saber. Em 1991, a Organização Mundial de Saúde considerou a família como o primeiro agente social envolvido na promoção de saúde e bem-estar. A saúde não é apenas da responsabilidade dos profissionais de saúde, encontrando antes o seu lugar sob a responsabilidade de cada um na sua vida privada. Na verdade, a preocupação com os cuidados a ter não só durante a gravidez, mas também no pós-parto, bem como muitas das atitudes e comportamentos da mulher grávida, normalmente como parte integrante de uma família, adquirem novos contornos. De facto, a família, como o pilar básico de qualquer sociedade, surge também como interveniente no processo de promoção de saúde, na medida em que transmite, aprende, constrói e forma os indivíduos que a compõem. Já Collière (1989) referia que, com a função de promover a vida, compete à família prestar cuidados contínuos, de carácter instrumental/físico e/ou afectivo/psicossocial. Existe a percepção, cada vez mais evidente, de que não são apenas os profissionais de saúde que detêm os conhecimentos e

saberes sobre a saúde ou sobre a doença. Autores, como Leandro, Machado e Gomes (2007) salientaram que, cada vez mais, se tem vindo a colocar a tónica nos saberes da população sobre as questões da saúde e da doença. De igual modo, Duarte (2002) aponta para a perda do monopólio da difusão do conhecimento pelas unidades de saúde, no que diz respeito à saúde e à doença. Mas será que na gravidez também é assim? Como é que as enfermeiras especialistas lidam com os saberes culturais e familiares que as mulheres grávidas evidenciam?

Não podemos deixar de expor que a ideia deste estudo de investigação sobre *educação para a saúde na vigilância pré-natal* desabrochou há sete anos, aquando da defesa da nossa dissertação do Mestrado em Sociologia - Área de Especialização em Saúde. Com o objectivo de descobrir e de penetrar num terreno difusivo de evidências, foi nossa preocupação formalizar novos conhecimentos assentes em bases científicas que possam proporcionar a resolução de problemas identificados. Nesta amálgama de ideias, foi indispensável efectuar uma “passagem” pelo cenário dos Cuidados de Saúde Primários, onde se focaliza, com maior frequência, a problemática que nos propusemos analisar e na qual destacamos a importância das relações sociais, a organização das práticas educativas assentes em competências e em saberes de um grupo profissional, ou seja, a enfermagem especializada em saúde materna e obstétrica. Neste sentido, escolhemos o Centro de Saúde de Braga, de Vila Verde e de Vieira do Minho, que pertencem todos ao Distrito de Braga, mas que se localizam em áreas geográficas diferentes, rurais e urbanas, e onde interagem os dois grupos sociais importantes para a problemática em estudo: as enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica e as grávidas.

Nas experiências vividas ao longo de seis anos nas consultas de vigilância pré-natal, e de oito anos na orientação dos ensinamentos clínicos dos alunos dos cursos de Licenciatura em Enfermagem e de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, constatámos que, aparentemente, tem havido falhas nas intervenções educativas durante a vigilância pré-natal, uma vez que, não raras vezes, as mulheres, no último trimestre da gravidez, demonstram falta de conhecimentos sobre as alterações decorrentes da gravidez, bem como sobre o parto (Rios e Vieira, 2007). Baseado na definição de Leininger (1984), podemos recordar que a Enfermagem é uma ciência e uma arte focada na prestação de cuidados individuais, quer seja através de acções individuais, quer seja através de acções de grupo. Neste domínio, as funções e os processos são direccionados para a promoção e a manutenção de comportamentos de saúde ou de recuperação de doenças, o que tem sempre um significado para aqueles que são assistidos. Esse significado pode ser de índole física, psicocultural ou social.

É assim que a presente investigação se inscreve no âmago de uma sociologia compreensiva, uma vez que, através dela, almejamos apreender o modo como os actores, neste caso as grávidas e as enfermeiras especialistas, concebem a educação para a saúde durante a vigilância pré-natal. Todavia, a vivência deste período de vida das mulheres e das respectivas enfermeiras especialistas não é alheia ao contexto social envolvente, designadamente ao Centro de Saúde em que se insere, incluindo a sua organização. Não podemos menosprezar que é no interior dos Cuidados de Saúde Primários que se desenvolve a maior parte destas experiências.

Neste contexto, pretendemos com a presente investigação determinar a importância atribuída pelas enfermeiras especialistas à educação para a saúde no âmbito da consulta de vigilância pré-natal; analisar as práticas educativas realizadas pelas enfermeiras especialistas no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, durante a consulta de vigilância pré-natal; identificar os momentos mais apropriados para a realização destas práticas; identificar factores que influenciem as práticas realizadas; verificar a satisfação das utentes relativamente às práticas; conhecer como é feita a articulação entre os saberes científicos e os saberes familiares, e analisar o contributo destas práticas para a gravidez, para o sucesso do parto e para a preparação para a maternidade. Para o efeito, efectuámos entrevistas semi-estruturadas a cinquenta mulheres que se encontravam no terceiro trimestre de gravidez e a frequentar as consultas de vigilância de saúde pré-natal ou de preparação para o parto nos Centros de Saúde supra-referidos. Realizámos, ainda, uma segunda entrevista às mesmas mulheres, na maternidade de referência desses Centros de Saúde, após o nascimento do filho e, posteriormente, uma terceira entrevista, seis semanas após o nascimento, no seu domicílio. Executámos também entrevistas semi-estruturadas às oito enfermeiras especialistas que realizavam as consultas de vigilância pré-natal e que se encontravam a desempenhar funções nessas unidades de saúde. Tivemos ainda a oportunidade de realizar observação directa em trinta consultas de vigilância pré-natal, bem como das respectivas sessões de preparação para o parto, que foram executadas pelas mesmas profissionais de saúde.

Em termos estruturais, podemos referir que o presente trabalho se encontra dividido em seis capítulos que, embora distintos, não deixam de ser interdependentes. No primeiro capítulo, intitulado “Enfermagem de saúde materna e obstétrica e a educação para a saúde como objecto sociológico”, privilegiamos a construção do objecto em estudo. Em termos sintéticos, este capítulo procura fundamentar a educação para a saúde como peça-chave no cuidar em enfermagem. Argumentamos que a educação para a saúde se alicerça, quase sempre, em três modelos, dos quais distinguimos o Modelo Informativo, o Modelo

Persuasivo-Motivacional e o Modelo Político-Económico-Ecológico (Rodrigues, Pereira e Barroso (2005), que vão condicionar, de algum modo, as práticas educativas e, conseqüentemente, as estratégias utilizadas no desenvolvimento dessas mesmas práticas. Este capítulo permite também explicitar os caminhos da enfermagem em saúde materna e obstétrica em Portugal dando ênfase, embora de forma resumida, à evolução ocorrida desde finais do século XIX até ao início do século XXI, no âmbito da formação de enfermeiras especialistas. Paralelamente, inventariamos alguns estudos nacionais e internacionais relacionados com o tema, ainda que, igualmente, sublinhemos os escassos estudos sobre a educação para a saúde e vigilância pré-natal em Portugal. Este capítulo termina com a apresentação das questões orientadoras e das hipóteses do estudo consideradas substanciais para a efectivação da parte empírica.

O segundo capítulo, denominado “A construção do enquadramento teórico da investigação”, estrutura-se em volta dos principais conceitos envolvidos no estudo, sistematizando uma revisão da literatura sobre a temática a que se refere a presente investigação. Apresentamos num primeiro momento um panorama acerca dos serviços de saúde em Portugal, efectuando uma retrospectiva sobre o sistema de saúde português, desde o final da II Guerra Mundial até à actualidade, evidenciando alguns impactos da política internacional. Fazemos, de igual modo, uma retrospectiva sobre a evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, caracterizando as diversas gerações que se empenharam neste processo, desde a sua criação até ao presente momento, sem deixar de demonstrar a sua complexidade. Deste modo, enquadrando a vigilância de saúde pré-natal num projecto político com o intuito de reduzir a mortalidade materna e perinatal, analisamos o programa de vigilância pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários, explanando a sua importância no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva. Num segundo momento, exploramos as noções de educação, de saúde, de educação para a saúde e de promoção de saúde. Procuramos fazer uma reflexão sobre os seus significados e estabelecer as interações entre as respectivas noções. Para atingir tal desiderato, passamos da noção de educação para a noção de saúde, agora numa perspectiva sociológica, onde procuramos mostrar que a educação e a saúde são campos que se interceptam, e onde as práticas se co-implicam e se conectam. A educação para a saúde e a promoção da saúde são aqui perspectivadas como uma relação simbiótica em que a promoção de saúde abarca a educação para a saúde. Num terceiro momento, terminamos este capítulo em busca do cuidar-educar na transição para a maternidade, onde cuidar também significa dar voz à grávida, com o propósito de lhe dar a possibilidade de expressar as suas necessidades e expectativas. Nesta perspectiva, para além da enfermeira, a família surge como um suporte

fundamental na transição para a maternidade, revelando-se como algo de excepcional para testar o papel das solidariedades primárias na manutenção do bem-estar familiar. Assim, examinamos o seu papel no processo gravídico-puerperal mas, para isso, foi indispensável repensar a gravidez e a maternidade no processo de cuidar-educar, havendo necessidade de abordar as representações sociais sobre estas duas noções ao longo dos tempos.

Num terceiro capítulo, apelidado de “Percurso metodológico: perspectiva de investigação”, descrevemos a metodologia que adoptamos neste estudo, tendo em conta os objectivos a atingir. É assim que, num primeiro subcapítulo, apresentamos sumariamente o modo como a investigação foi conduzida através da justificação da metodologia utilizada, as estratégias de recolha de dados e os aspectos subjacentes ao tratamento de dados. O método de recolha de informação empírica envolveu o recurso a diferentes técnicas que foram utilizadas de forma complementar. Privilegiámos, como técnica central, a entrevista semi-estruturada e, como técnicas complementares, a observação directa e a pesquisa documental. Num segundo subcapítulo, indicamos a caracterização do território em análise fazendo um breve retrato dos contextos sociais e das unidades de saúde. Finalmente, num terceiro subcapítulo fazemos a caracterização socioprofissional das enfermeiras especialistas e a pertença social das mulheres entrevistadas.

Os resultados da investigação empírica são apresentados ao longo dos três capítulos seguintes. Discutimos e interpretamos os resultados revelados no decurso desta investigação, procurando, à luz da revisão do corpo de teorias e da prática de intervenção, conferir-lhe um significado social. Assim, o primeiro ponto do quarto capítulo, “A vigilância pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários: diferentes olhares”, aborda o espaço de produção de cuidados que se refere à consulta de vigilância pré-natal, revelando o seu funcionamento. Revela, ainda, um olhar sobre a enfermeira especialista na consulta, onde especificamos a situação existente e a situação desejada. O segundo ponto descreve os aspectos da vigilância pré-natal relatando a história de uma gravidez e o tipo de vigilância efectuada, enquanto o terceiro caracteriza a preparação para o parto, o tipo de parto e as características do recém-nascido.

O quinto capítulo, denominado “As práticas educativas em contexto de trabalho: o relato das enfermeiras”, baseia-se, principalmente, na interpretação dos dados recolhidos através das entrevistas efectuadas às enfermeiras, bem como na dos que conseguimos extrair da observação das consultas individuais e em grupo. Identificamos, através da análise de conteúdo, três áreas temáticas: o «exercício da profissão da enfermeira especialista», o «desenvolvimento das práticas educativas» e os «saberes familiares na educação para a saúde». Os resultados obtidos foram, de igual modo, analisados sob duas perspectivas: o

pensar e o agir da enfermeira especialista na vigilância pré-natal.

Quanto ao sexto capítulo, intitulado “Uma história construída nas práticas quotidianas: discursos das mulheres entrevistadas”, este apoia-se na interpretação dos dados recolhidos nas entrevistas realizadas às mulheres e explana, essencialmente, duas áreas temáticas: a «percepção das grávidas sobre as práticas educativas desenvolvidas pelas enfermeiras» e «onde tudo começa...um olhar sobre a família». Destacámos, em síntese, alguns encontros e desencontros de perspectivas nos discursos entre as mulheres e as enfermeiras especialistas entrevistadas.

Por último, elaboramos as conclusões finais do estudo, destacando as reflexões suscitadas em todo este processo. Estas conclusões apresentam-se, não como respostas inacabadas, mas antes como perspectivas para a continuação do objecto deste estudo. Assim, destacamos, por um lado, a contextualização das práticas educativas e a relevância do factor tempo no desenvolvimento das práticas educativas *versus* a (in)satisfação com essas mesmas práticas. Por outro lado, salientamos os factores influenciadores das práticas educativas que induzem um certo desconforto e perspectivam momentos difíceis na prática de enfermagem, bem como o contributo das práticas educativas quer para a gravidez, quer para o parto quer, ainda, na preparação para ser mãe. Encerramos este capítulo com algumas questões, que entendemos serem importantes para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no domínio das organizações de saúde e na formação dos profissionais de saúde. Um percurso de investigação nunca fica totalmente concluído, pelo que deixamos em aberto novas questões e novos trajectos que auxiliarão futuras problemáticas de investigação.

Não podemos deixar de referir que, sendo o tema educação para a saúde cada vez mais central na vida das pessoas e, por isso, condicionador das sociedades actuais, surpreende a escassa informação encontrada no âmbito da vigilância pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários divulgada em Portugal. Todavia, tentámos seleccionar, dentro da bibliografia disponível, a mais recente, privilegiando fontes primárias que se mostrassem capazes de despertar em nós a reflexão que nos levou a este estudo.

CAPÍTULO I - A ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA E A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE COMO OBJECTO SOCIOLÓGICO

1. A Educação para a Saúde na vigilância pré-natal - desafios de partida

Educação e saúde são lugares de produção e utilização de saberes necessários ao desenvolvimento humano. Ao longo dos tempos, a educação para a saúde manifestou-se como uma das principais estratégias utilizadas pelo poder para possibilitar o progresso de intervenções de controlo e de prevenção de doenças. Foi, essencialmente no início do século passado, que este tipo de estratégias foi desenvolvido, assumindo a educação para a saúde uma forte preocupação no estabelecimento de normas de conduta moral, de convívio social e de higiene. Estas estratégias eram necessárias para provocar uma mudança de comportamento, susceptível de permitir aos indivíduos uma adaptação às novas realidades da sua vida. Contudo, não se pode desprezar que o que alicerçava os argumentos de atendimento à saúde era a noção de que esses danos ampliavam os índices de mortalidade. Dentro deste cenário, foi valorizada a função educadora da enfermeira e da família, sobretudo da mãe, sobressaindo, porém, ambiguidades sobre o tipo de educação que devia ser executada. É ainda de salientar que a profissão de enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica tem vindo a transformar-se através das mudanças demográficas, provocando uma reestruturação dos cuidados de saúde através do desenvolvimento das tecnologias de informação, levando mesmo à alteração na organização dos serviços de saúde. *Ces changements s'inscrivent également dans le contexte de la mondialisation qui pose un problème de réglementation de la profession tout en limitant l'assurance et l'accès aux soins à des valeurs éthiques, politiques sinon à des restrictions économiques* (Benoit et al., 2004, 59).

Fazendo uma análise retrospectiva, facilmente se constata que as práticas de saúde sempre sofreram a influência dos modos de conceber e de agir na sociedade face à valorização da saúde e da doença. As pessoas procuravam resolver os seus problemas, controlando, por exemplo, as doenças e melhorando as condições ambientais. Assim, abordar a temática da educação para a saúde, obriga-nos, de alguma forma, a reflectir sobre as transformações e as alterações ocorridas na sociedade nas últimas décadas, bem como na adequação das políticas de saúde, principalmente, no que diz respeito à saúde pré-natal. A educação para a saúde ou,

melhor dizendo, a educação em saúde¹ é, também, um campo multifacetado, onde afluem concepções, quer da área da educação, quer da área da saúde, onde se reflectem divergentes percepções que podem ser limitadas por várias posições político-filosóficas sobre o homem e a sociedade.

Nesta perspectiva, as mudanças económicas, políticas, sociais e culturais que ocorreram no mundo desde o século XIX, e que se intensificaram no século XX, produziram alterações significativas na vida em sociedade, promovendo a criação de tecnologias cada vez mais sofisticadas. A saúde não ficou imune a estas mudanças, pelo que, envolvida neste quadro de novos conhecimentos, viu aumentar significativamente os desafios que hoje se colocam às instituições de saúde. Algumas destas instituições, bem como alguns grupos profissionais, têm vindo a reflectir, de forma crescente, sobre a problemática da educação para a saúde, visando a aplicação de estratégias que coadjuvem os indivíduos e a comunidade na adopção ou na modificação de comportamentos que possibilitem um apropriado nível de saúde (O.M.S., 1985; Pestana, 1996; Couto, 2003; Carvalho e Carvalho, 2006). Deste modo, assistiu-se nas sociedades ocidentais a consideráveis progressos que tiveram consequências evidentes ao nível da prevenção da doença e da valorização da saúde como um equilíbrio biopsicossocial, enfatizando a importância da responsabilidade individual na adopção de comportamentos saudáveis (Cabral, Silva e Mendes, 2002).

Também a Declaração de Alma-Ata (1978) considerou a educação sobre os principais problemas de saúde, os métodos de prevenção e controlo dos mesmos, como a primeira das actividades essenciais em Cuidados de Saúde Primários, dando ênfase à informação e à educação para a saúde. Os principais desafios, para o alcance da meta “Saúde para Todos no ano 2000”, assentavam em três vectores: reduzir as desigualdades em saúde, ampliar o esforço da prevenção, e aumentar a capacidade para enfrentar as pessoas numa situação de doença. De igual modo, *le soubassement anthropologique de la médecine (...) qui met l’individu libre et responsable au cœur de son dispositif, conduit «tout naturellement» à rendre les personnes responsables de leur santé* (Drulhe, 1996, 9). Assim, as estratégias mais importantes estavam direccionadas para o fortalecimento da participação de todos, para a ampliação de serviços de saúde comunitários e para a coordenação de políticas saudáveis. Nesta perspectiva, os Cuidados de Saúde Primários têm como primordial função responder às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade, através da execução de cuidados de qualidade, sendo

¹ Embora o termo mais utilizado, em Portugal, é “educação para a saúde”, na nossa opinião, o termo que se deveria utilizar é educação em saúde, uma vez que não podemos “educar para” mas “educar em”. Todavia ao longo deste estudo, empregaremos o termo mais frequentemente usado.

considerados os grupos chave do sistema de saúde. Este sistema permite não só a aproximação da assistência de saúde aos locais onde a população vive e trabalha, como constitui o primeiro elemento de um processo permanente de assistência de saúde.

Nessa mesma Conferência (1978), afirmou-se que todo o homem tem o direito de participar individual e colectivamente no planeamento e na execução dos cuidados de saúde que lhe são destinados. Dentro desta linha de pensamento, constatámos que o Conselho de Ministros da Educação da Comunidade Europeia, já em 1988, instituiu a educação para a saúde como um processo sustentado em regras científicas, que aproveita as oportunidades educacionais planeadas, no sentido de capacitar os indivíduos a tomarem as decisões correctas em assuntos relacionados com a saúde. Porém, a partir da observação das práticas educativas das enfermeiras durante os ensinamentos clínicos realizados no âmbito dos Cursos de Licenciatura em Enfermagem e dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, constatamos que as utentes são, simplesmente, “receptoras” dessas práticas, não participando minimamente no seu planeamento, na sua execução nem, tão pouco, na sua avaliação. Nesta situação, a educação para a saúde realizada constitui apenas um “depositar” de informação, recebendo a mulher, passivamente, o saber dos profissionais de saúde.

Já Lefevre e Lefevre (2004, 61) ressaltavam que os profissionais de saúde *prescrevem educação, isto é, comportamentos supostamente saudáveis na medida, talvez, em que consideram seu dever ético e legal prescrever e, também, na medida em que, consideram que esta prescrição faz parte, naturalmente, da sua prática*. De igual modo, as enfermeiras apresentam, por vezes, dificuldade em lidar com os saberes culturais e familiares na prestação de cuidados, saberes bem presentes no decorrer de uma gravidez, parecendo deter o monopólio de um conhecimento único e verdadeiro. Neste sentido, a sua prática não é mais do que uma imposição de prescrições comportamentais. Como prática social, a educação para a saúde tem que responder à necessidade de desenvolvimento e de reprodução dos diferentes indivíduos, mediante a divulgação dos diversos tipos de saberes. Todavia, a informação científica não é a única a ser consumida, também a informação menos erudita assume um papel preponderante. É neste sentido que encaramos as grávidas como produtoras de cuidados e não apenas como consumidoras desses mesmos cuidados. Weber (2000) mencionou que os indivíduos eram seres na procura de sentidos para a sua acção social. Na nossa perspectiva, os sentidos relacionam-se com as experiências pessoais e com as representações sociais relativas à saúde e, neste caso particular, à gravidez.

Não podemos esquecer que, inicialmente, a educação para a saúde foi marcada por

uma visão biomédica, em que as práticas de saúde se dirigiam preferencialmente para as intervenções curativas e onde os profissionais de saúde davam maior ênfase aos aspectos relacionados com a doença (Pestana, 1996; Oliveira, 2004; Reis, 2005). A doença definia-se na base de desvios ou do mau funcionamento dos sistemas fisiológicos, independentemente do comportamento social (Reis, 2005). Verificamos ainda que, basicamente, sempre existiram duas dimensões da educação para a saúde e que ainda persistem actualmente. Uma primeira dimensão, abarca a aprendizagem sobre as doenças, como evitá-las, os seus efeitos sobre a saúde e como restaurar essa mesma saúde. A segunda, caracteriza-se como a promoção da saúde que abrange os factores sociais que afectam a saúde, abordando os caminhos pelos quais diferentes estados de saúde e de bem-estar são socialmente construídos. Na nossa prática profissional, temos comprovado que a primeira dimensão é a mais frequentemente utilizada pelos profissionais de saúde. Acrescentamos, ainda, que a educação para a saúde assume distintas concepções de educação e de saúde, tendo em conta dois modelos de prática educativa: o modelo hegemónico e o modelo dialógico². O primeiro modelo aponta para a prevenção das doenças e dos danos mediante a informação de conteúdos biomédicos para diminuir riscos individuais. O modelo dialógico identifica o indivíduo como sujeito da prática educativa inserido no seu contexto social. A orientação permite o desenvolvimento da sua autonomia, possibilitando, deste modo, a execução de práticas educativas social e culturalmente sensíveis (Alves, 2004). No nosso ponto de vista, estes modelos estão relacionados com o modelo biomédico, no caso do primeiro e com o modelo integrador³, no caso do segundo. Aditamos, ainda, que o recurso à promoção da saúde, mais que uma obrigação⁴, permite, tanto aos homens como às mulheres, a obtenção de uma liberdade de escolha nas suas atitudes, acentuando, porém, a responsabilidade individual. No desenvolvimento deste trabalho, teremos apenas em conta a situação das mulheres, na medida em que visa estudar as práticas educativas efectuadas durante a vigilância pré-natal e, ainda, porque as mulheres raramente são acompanhadas pelo marido/companheiro ou por qualquer outro familiar durante as consultas.

Numa outra óptica, salientamos ainda o facto do conceito de educação para a saúde se sobrepor ao conceito de promoção de saúde. Sendo uma definição mais abrangente, a

² Estes modelos serão analisados mais em profundidade no item 2.2. do Capítulo II.

³ Segundo Reis (2005), o modelo integrador é um modelo holístico onde a pessoa é concebida como um todo imbuída no seu ambiente físico e social. Assim, é-lhe atribuído um papel activo e participativo na concepção da sua saúde. O objectivo deste consiste na promoção da autonomia. Neste contexto, o utente e o profissional de saúde estruturam os cuidados através de uma dialecta activa estabelecida entre ambos. Existe, deste modo, uma relação de colaboração ou de parceria entre os dois protagonistas do cuidar.

⁴ Aqui, o discurso sobre a responsabilidade e comportamentos baseia-se nos conselhos e não na proibição de determinados comportamentos.

promoção de saúde envolve a participação de toda a população no contexto da sua vida quotidiana e não apenas as pessoas em risco de adoecer. Essa noção está baseada num conceito de saúde também mais amplo, isto é, como um estado positivo e dinâmico na procura de um bem-estar que integra os aspectos físico, mental, ambiental, pessoal e emocional, como a auto-realização pessoal e afectiva, e, não menos importante, os aspectos sociais, tendo como referência a igualdade social. Como podemos analisar no Quadro 1, observámos também que, na prática, persistem diversos modelos de educação para a saúde (Modelo Informativo, Modelo Persuasivo-Motivacional, Modelo Político-Económico-Ecológico), que condicionam as diferentes práticas, muitas das quais, reducionistas (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005).

Quadro 1 – Comparação entre o modelo informativo, persuasivo-motivacional e político-económico-ecológico

	Modelo Informativo	Modelo Persuasivo-Motivacional	Modelo Político-Económico-Ecológico
Metodologia	Transmissão de conhecimentos; paternalismo	Persuasão comportamental	Participação. Intercâmbio; aprendizagem contextual
Papel do profissional	Prescritivo: ditadura do <i>expert</i>	Controlador do processo de aprendizagem	Mediador com a comunidade. O formando é protagonista

Fonte: Rodrigues, Pereira e Barroso (2005, 106).

Tendo por base as directrizes estabelecidas pela Carta de Ottawa (1986), e como princípio norteador a saúde global ou integral, a promoção de saúde visa, entre outros aspectos, desenvolver e implementar políticas de saúde com qualidade, criar ambientes favoráveis à saúde e incrementar habilidades pessoais. É neste enquadramento que as práticas educativas adquirem relevância nas intervenções direccionadas para a melhoria da qualidade de vida.

Numa perspectiva de promoção de saúde, o aconselhamento assenta numa vertente da educação para a saúde vocacionada para motivar a adopção de mudanças voluntárias de comportamento com impacto positivo na saúde (Greene e Kreuter, 1999). A promoção de saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, contribui para a edificação de práticas que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. As campanhas de informação e de educação para a saúde são necessárias para permitir à mulher reconhecer os sinais de complicações, incentivando-a a adoptar comportamentos saudáveis antes, durante e após a gravidez e o parto (O.M.S., 1997). Drulhe (1996) destaca que o direito à saúde carece de ser

substituído por uma obrigação moral que preserve a sua própria saúde, o que implica o direito a receber apoio sob forma de informação e criar condições de acesso a serviços de saúde de qualidade.

A Carta de Ottawa (1986) é, sem dúvida, um dos documentos fundamentais dos movimentos de promoção de saúde. Actualmente, a educação para a saúde não tem, somente, como propósito a modificação de comportamentos e de hábitos relacionados com problemas de saúde, aponta, também, para uma maior responsabilidade individual e colectiva no que diz respeito à saúde e ao bem-estar. O crescente desenvolvimento científico e tecnológico tem exigido das enfermeiras um aperfeiçoamento constante que inclua os saberes oriundos de outras áreas do conhecimento. A enfermagem foi conquistando progressivamente o seu espaço e ao ser integrada no Sistema Educativo Nacional passou a ser socialmente reconhecida (Ferreira, 2003). Por outro lado, constata-se que, nos últimos anos, o ensino de enfermagem especializada tem acompanhado uma importante viragem mundial na área da saúde que se traduz numa perspectiva valorizadora da saúde na comunidade.

1.1. Os caminhos da enfermagem em saúde materna e obstétrica

Podemos vislumbrar a existência de um paralelismo entre o conceito de saúde, o conceito de educação e a profissão de enfermagem. Ao longo da história, o papel da enfermeira foi-se alterando de forma gradual. Numa primeira fase, foi identificada com o papel da mulher na sociedade, numa segunda, com o papel da “mulher consagrada” e, por último, com o papel da mulher enfermeira auxiliar do médico (Collière, 1989). Hoje, é da responsabilidade da enfermeira intervir de forma absolutamente autónoma no âmbito da promoção de saúde.

Não podemos esquecer que, desde os tempos mais remotos, a história da prática de cuidados foi identificada, quase sempre, com o papel executado por mulheres, ligadas a ordens religiosas, desde o cristianismo até ao século XIX. Nessa altura, as modificações sociais relacionadas com a revolução industrial deram origem à formação de grupos que, a pouco e pouco, foram encetando o seu próprio conceito de profissionalização (Pestana, 1996). Face à evolução tecnológica e sociocultural, a enfermagem assumiu a educação e o cuidar como funções primordiais inerentes à sobrevivência do Ser Humano.

Já há mais de cem anos que, Florence Nightingale, ao fundar a enfermagem, localizava os cuidados de enfermagem num fio condutor de práticas de cuidados

desenvolvidos pelas mulheres ao longo dos tempos. Esta ilustre enfermeira particularizou o campo das competências dos cuidados de enfermagem relacionando-o com as condições que favoreciam o aperfeiçoamento da saúde, tendo por objectivo prevenir e limitar a doença. Esta competência está, assim, relacionada com o cuidar. Podemos considerar que o domínio dos cuidados de enfermagem se situa no cruzamento de um tríptico que tem como ponto de impacto o que diz respeito à pessoa, à sua limitação ou à sua doença e às pessoas que a rodeiam, bem como ao meio onde está inserida (Collière, 1989). Assim, o que caracteriza a necessidade de prestar cuidados de enfermagem incorpora-se com as possibilidades, as capacidades, os recursos e as necessidades da pessoa. A abrangência da actividade da enfermeira propaga-se aos três grandes sectores de cuidados, que são: o tratamento, a prevenção da doença e a promoção da saúde. Podemos afirmar que toda a enfermeira é um potencial “educador de saúde”, ou, melhor dizendo, “informador de saúde”, uma vez que, “cuidar”, consiste, igualmente, em “informar” e “dialogar”, sempre com o intuito da pessoa tomar decisões conscientes.

Neste contexto, as enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica⁵ têm vindo a envolver-se, de forma crescente, nesta problemática, com a possibilidade de uma intervenção resolutiva sobre a assistência da mulher durante a gravidez, o parto e o pós-parto. Cuidar é, antes de tudo, estabelecer uma relação humana que permita considerar “o outro” como diferente, tendo em atenção a história de vida social, familiar e cultural que lhe é específica, reconhecendo-o na sua dimensão global. A execução da prática de cuidados nunca poderá deixar de cumprir o seu principal objectivo que é promover a reprodução da vida (Collière, 1989). Deste modo, a prática dos cuidados edifica-se, particularmente, em torno de tudo *o que dá vida, o que é fecundável e o que dá à luz* (Collière, 1989, 32). Durante milhares de anos, a prática de cuidados foi exercida, fundamentalmente, por mulheres. Os cuidados não correspondiam a um ofício e, muito menos, a uma profissão, cabendo a qualquer pessoa que auxiliasse outra, assegurar o necessário para manter a vida (Collière, 1989; Hesbeen, 2004).

Antigamente, as mulheres davam à luz entre elas, cercadas pela sua mãe, pela sua avó, pelas mulheres da aldeia, mas também pela parteira, mulher sábia na arte de partejar. Um

⁵ Este é o termo actualmente utilizado, em Portugal, para denominar as “parteiras” que são profissionais de saúde que detêm uma Licenciatura em Enfermagem e uma Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Todavia, importa salientar que a actividade de cuidar da mulher no parto, exercida por uma parteira, tornou-se profissão muito antes da enfermagem em praticamente todos os países do mundo, inclusive em Portugal. Em muitos países, enfermeiro e parteira são dois profissionais distintos, embora noutros possa haver uma complementaridade entre as duas profissões, podendo a mesma pessoa ser enfermeira e parteira, ou ainda ser enfermeira com especialização em obstetrícia. Ao longo deste trabalho, utilizaremos o termo parteira como sinónimo de Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

ideal é apresentado através da figura histórica da parteira, da “matrona” e da comunidade feminina que outrora cercavam a mãe (Jacques, 2007). A problemática à volta da vigilância pré-natal nasce directamente da história da gravidez e do parto. Como é que o nascimento, incluindo a gravidez, passa de algo culturalmente qualificado como um acto simples, natural, doméstico e familiar, para um acto que hoje necessita de um enquadramento médico complexo? Segundo um estudo realizado por Jacques (2007) em França, esta socióloga salienta que, de uma forma histórica, as parteiras construíram a sua profissão baseada na noção de ajuda e de acompanhamento, com o respeito pela fisiologia tendo, por vezes, dificuldades em reconhecer-se na definição medicalizada da gravidez e do parto. Naquela época, a medicalização surgia especialmente em duas situações: em famílias com maior estatuto social ou em caso de grandes complicações (Carneiro, 2005).

Segundo vários historiadores, o papel da parteira é reconhecido ao longo dos tempos, independentemente da cultura em que está inserida. O seu passado está recheado de sofrimento e de alegria e faz dela a protectora da mãe e da criança. Pensando um pouco na etimologia do conceito, a palavra inglesa *midwife* significa “com a mulher” valorizando a relação de ajuda de quem a pratica. A designação *sage-femme*, em francês, é traduzida como mulher sábia. Em Portugal, a parteira era vista como a mulher hábil na arte de ajudar a nascer, como uma mãe que ajuda outra mãe no acto da procriação. Podemos mesmo dizer que a parteira começou a desempenhar as suas funções por questões de vizinhança e de solidariedade (Carneiro, 1994; 2008). O acto repetitivo da maternidade e a empatia pessoal para com o fenómeno, terão habilitado estas mulheres para uma prática mais intensiva, esboçando-se um sentido de especialização que, com o decorrer do tempo, foi assumindo rituais próprios conforme os valores e as representações de cada época. Neste processo de evolução e em oposição às artes intelectuais, a parteira foi reconhecida corporativamente em torno das artes mecânicas como ofício. A aprendizagem de “aprendiz de ofício” tinha lugar através da prática, vendo fazer e fazendo sob orientação de mestres experimentados (Carneiro, 2008).

Do “saber fazer tradicional” ao “saber fazer profissional” dos nossos tempos, vai um longo trajecto onde o saber prático foi integrado na Escola como componente da formação. Em simultâneo com o saber escolarizado, o “saber fazer” existiu com a tendência para uma afirmação gradual dos detentores do saber escolarizado e para o desaparecimento progressivo dos práticos (Carneiro, 1994). Foi nos séculos XVII e XVIII que, na Europa, mais concretamente nos países Escandinavos, designadamente, na Dinamarca, na Finlândia e na Suécia, a profissão de parteira deu os seus primeiros passos com vista à profissionalização.

Portugal não deixou de seguir a evolução destes países, embora com algum atraso. A função da parteira consistia em prestar cuidados às parturientes. *Durante séculos, nas sociedades agrárias, a sua acção era sustentada por um conhecimento de natureza popular. Desde o século XIX, a sua formação passou a ser adquirida em instituições académicas, devido às novas condições institucionais dos médicos e suas estratégias científicas: as parteiras passariam a ser controladas pela medicina, tendo em conta os novos conhecimentos e a tecnologia desenvolvida na área obstétrica* (Carneiro, 2005, 69). Da pesquisa efectuada, verificamos que, em Portugal, antes de 1836, o exercício da actividade de parteira era praticado com base na solidariedade humana e no senso comum, abrangendo actividades relacionadas com o nascimento e com o cuidado das crianças.

Todavia, as alterações significativas do contexto cultural e científico que ocorreu a partir da segunda metade do século XIX levaram a uma alteração substancial da situação formativa e profissional da parteira. Algumas das razões apontadas para a criação de uma Escola⁶ com o objectivo de preparar e qualificar as mulheres que pretendiam exercer uma actividade de parteira, relacionavam-se com a necessidade de reduzir a Taxa de Mortalidade Materna e Infantil, numa época em que a criança figurava como o centro das atenções. Como tal, em 1836, foram criados os “cursos de partos”, com a duração de dois anos, e que seriam realizados nas Escolas Médico Cirúrgicas de Lisboa e do Porto, bem como na Universidade de Coimbra. Estes cursos foram extintos em 1946, nas cidades de Lisboa e do Porto, mas mantiveram-se em Coimbra até 1982.

Se durante muito tempo, a parteira e o cirurgião tradicionais mostravam um estatuto social equilibrado e um saber fazer muito semelhante, neste novo contexto, as parteiras passaram a estar mais dependentes dos médicos que lhes ministravam a formação e dos seus modelos de saber-fazer. Essa formação oferecia uma aplicação directa ao trabalho manual, restringindo as possibilidades de reflexão sobre o seu próprio saber-fazer (Carneiro, 2008). A mesma autora (2005, 70) fundamenta que *com o desenvolvimento da prática de medicalização do parto, a parteira foi sendo remetida para posições cada vez mais subalternas, tolerada apenas como solução barata em meios sociais ou zonas geográficas que não constituíssem mercado aliciante para os médicos, ou, cada vez mais, enclausurada*

⁶ No contexto político da época, as propostas de formação de parteira necessitariam passar pelas dimensões seguintes:

- *criação de cursos para parteiras, a concretizar da seguinte forma: nas comarcas onde houvesse algum cirurgião instruído na arte de Obstetrícia, a Junta conceder-lhe-ia licença para abrir um curso anual de partos às mulheres que se propusessem ser parteiras;*
- *a obrigação das parteiras saberem ler e escrever, condição que permitiria «imprimir umas breves instruções sobre a sua arte, pelas quais serão examinadas por ordem do inspector da comarca», tendo ainda de apresentar certidão de terem praticado com parteira examinada;*
- *penalizações: parteira que exercitasse o seu ofício, sem certidão de exame, seria intimada pelo inspector de saúde para se abster de o fazer, sendo penalizada, caso reincidisse, por uma multa que não deveria exceder dois mil réis* (Carneiro, 2007, 320).

nos meios hospitalares, embaratecendo os custos organizacionais, desenvolvendo trabalhos em equipas tuteladas por cirurgiões-parteiros, numa lógica de organização que implicou perda de visibilidade profissional. Paralelamente ao ensino médico, os «cursos de parteiras», muito centrados no parto, funcionavam como «cursos menores». Porém, vinculadas à maternidade e ao mistério da vida, as parteiras encontravam-se intimamente ligadas no primeiro acolhimento das crianças (Nunes, 2003).

Com o intuito de perspectivar os cuidados de uma forma mais global, no início do século XX, a sua formação foi reavaliada perspectivando um novo enquadramento profissional, intimamente ligado à enfermagem. Não podemos ocultar que nos anos 30/40, a parteira detinha um papel social característico⁷. A caracterização efectuada por Sacadura Cabral demonstra que a enfermeira, como profissional de saúde, era vista como um agente de moralização com o objectivo de reforçar a coesão social (Carneiro, 2008).

A partir de 1947⁸, a formação de parteiras interligou-se com a formação de enfermagem, embora o acesso directo ao “curso de partos” ministrado nas Faculdades de Medicina⁹ continuasse a processar-se. Os primeiros cursos foram leccionados nas Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal de Lisboa e Porto, passando para Coimbra em 1956. Deste modo, estas profissionais acabaram por ser qualificadas de enfermeiras-parteiros, incorporando, através dos dispositivos de formação, os tipos de saberes, as práticas e as vivências, nas estruturas organizacionais da enfermagem, sendo objecto das devidas representações sociais (Carneiro, 2008). Paralelamente, o seu campo de intervenção foi-se diferenciando, uma vez que abraçou a assistência ao parto mas, de igual modo, o acompanhamento da higiene na gravidez, na primeira infância, ou seja, uma assistência baseada na puericultura. Assim, nos finais dos anos 40, surgiu uma nova geração de parteiras as “enfermeiras puericultoras”. No sentido da plena integração da parteira na enfermagem, a sua actividade foi reconhecida como especializada. Verificamos, ainda, diversas alterações na

⁷ *Nasceu a mulher para ser mãe e, sob o ponto de vista moral, nenhuma missão mais nobre do que essa, porque o seu papel não acaba quando dá à luz (...). Para auxiliar no partejamento, ministrando-lhe os socorros necessários (...) recorre em geral a parteira que, se possuíse noções nítidas dos seus deveres, uma educação profissional e completa e a consciência do papel social que lhe incube, inestimáveis serviços poderia prestar à colectividade. De facto, quem melhor do que ela poderia vigiar a higiene da gravidez, assistir ao parto como enfermeira inteligente, rodeando o útero dos cuidados de que tanto carece, guiar a mãe na higiene da primeira infância, nas regras essenciais da amamentação ou da alimentação artificial, etc.? Quem melhor do que ela poderia transformar-se num elemento vivo da propaganda da higiene e puericultura? (...). Se é nobre a profissão de enfermeira, a da parteira (enfermeira também afinal) muito mais nobre é ainda, muito mais elevada pela alta missão que lhe cabe desempenhar no largo período que vai desde a gestação ao parto, desde o parto ao fim da primeira infância. Por isso mesmo se à enfermeira se deve exigir uma certa cultura de ordem geral, à enfermeira-parteira maior bagagem profissional é indispensável (...) Tem de exercer a sua profissão como um sacerdócio, ensinando, educando pela palavra e pelo exemplo* (Costa-Sacadura, 1933, 5-6 in Carneiro, 2008, 319).

⁸ Com a reforma do Ensino de Enfermagem em 1947 houve a criação de dois níveis de formação: enfermeiros e auxiliares de enfermagem, que teve influência na formação de parteiras. O ano de 1974 marca a oficialização dos hospitais da Misericórdia e extingue-se o curso de auxiliares de enfermagem (Nunes, 2003).

⁹ Como já referimos, o acesso ao “Curso de Partos” na Universidade de Coimbra manteve-se até 1982.

sua qualificação que foi variando de acordo com o tipo de curso obtido na área da enfermagem. Em 1955 eram denominadas de enfermeiras-parteiras puericultoras.

Não obstante já desde 1947 se viesse a discutir a regulamentação daquela profissão, só com a publicação do Decreto-Lei nº 47884, de 31 de Agosto de 1967, lhe foi consignada uma formação geral no âmbito da enfermagem, incluindo uma formação específica em enfermagem obstétrica (Carneiro, 2008). A partir da entrada em vigor daquele diploma, a formação passou a ser da responsabilidade das Escolas de Enfermagem oficiais, ou particulares, sendo criado o Curso de Especialização Obstétrica para Enfermeiras e Auxiliares de Enfermagem.

Após a revolução política de 1974, sucederam-se diversas modificações num caminho que, gradualmente, conduziu às recentes formações. Assim, e resumindo as diferentes reformas ocorridas, em 1987, o ensino pós-básico em enfermagem passou a ser ministrado nas Escolas de Enfermagem Pós-Básica, de Lisboa, do Porto e de Coimbra, situação que se manteve até 1996. Em 1994, o curso de Enfermagem passou a conferir o grau académico de Licenciatura e os cursos passaram a ter a designação de Cursos de Estudos Superiores Especializados na área de enfermagem de saúde materna e obstétrica. Posteriormente, com a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional e a entrada em funcionamento do Curso Superior de Enfermagem nas Escolas Superiores de Enfermagem, em 2002, a formação passou a poder ser efectuada por estas instituições, ficando os cursos com a designação de Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. É de referir, ainda que, entre 1999 e 2003, não houve formação de parteiras, o que, obviamente, implicou uma queda do número de profissionais nesta área, de tal forma que a sua actividade quase se limitava às salas de partos. Hoje, em Portugal, o acesso à profissão de parteira só é possível através de uma Licenciatura em Enfermagem. Porém, ainda existem profissionais que possuem diferentes formações, com diferentes habilitações de acesso e, conseqüentemente, com diferentes títulos, o que poderá influenciar a sua perspectiva relativamente ao cuidar e à forma de abordar a questão da educação para a saúde.

Durante este período, e tendo como ponto de partida a adesão de Portugal à Comunidade Económica Europeia, actual União Europeia, em 1986, a formação e a actividade das parteiras passaram a ser pautadas por Directivas Comunitárias. O artigo 4º da Directiva Comunitária 80/155/C.E.E. enuncia as funções e as actividades para as quais as parteiras se encontram habilitadas. Assim, a necessidade de uma enfermagem especializada, com formação técnico-científica suficiente e adequada para acompanhar com segurança a

grávida, a parturiente e a puérpera, é necessária para que a enfermeira seja autónoma nessa assistência, ainda que faça parte de uma equipe multidisciplinar. Segundo o referido artigo 4º, uma parteira é uma pessoa admitida a um programa educacional próprio, reconhecido no seu país, tendo-o concludo com sucesso, de forma a alcançar as qualificações requeridas para se registar e ter licença legal para o exercício da profissão. Deste modo, a *International Confederation of Midwives* (I.C.M., 2005) definiu a parteira *como a person who, having been regularly admitted to a midwifery educational programme, duly recognised in the country in which it is located, has successfully completed the prescribed course of studies in midwifery and has acquired the requisite qualifications to be registered and/or legally licensed to practise midwifery*¹⁰. Tendo como referência o enquadramento actual, a enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica tem que ser capaz de, entre outras funções, cuidar, supervisionar e aconselhar a mulher durante a gravidez, o parto e o puerpério.

Em resumo, e tendo por base a legislação preconizada ao longo dos tempos, elaboramos um Quadro Síntese (Quadro 1 do Anexo I) que permite visualizar a evolução ocorrida desde os finais do século XIX até ao início do século XXI, no âmbito da formação de parteiras. Todavia, não podemos deixar de mencionar que a formação de enfermagem e a formação de parteiras foram dois percursos inicialmente distintos, mas que convergiram após consecutivas reconfigurações decorrentes da própria construção e divisão social do trabalho, bem como das relações de poder que balizaram o campo da prestação de cuidados na saúde.

1.2. A prática da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica na educação para a saúde

Dentro deste campo, a educação para a saúde durante a vigilância pré-natal torna-se, cada vez mais, importante na enfermagem especializada, uma vez que, através dela, se pretende promover o nascimento de uma criança saudável, manter a saúde da grávida e facilitar as vivências da gravidez como experiência gratificante para o casal e para a família de acordo com o contexto sociocultural. Todavia, estamos convictas que nem sempre se tem acompanhado a adequação dos objectivos e das metodologias, enquanto educadores de saúde. Através de contactos informais com as enfermeiras, incluindo as enfermeiras especialistas, em

¹⁰ *Após obter as qualificações académicas exigidas para o exercício legal da actividade, pela entidade reguladora do seu país como o profissional responsável, autónomo, a parteira trabalha em parceria com as mulheres, famílias e comunidades, no sentido de alcançar bons resultados na gravidez, no nascimento e ao longo do ciclo reprodutivo da mulher* (Côto, Leite e Sardo, 2007, 3)

situação de prestação de cuidados à mulher grávida, casal ou família durante a vigilância pré-natal, mas também durante o parto e o puerpério, fomos confrontadas com uma visibilidade predominante dos cuidados físicos face a uma (in)visibilidade de cuidados de promoção de saúde, numa perspectiva global. Na verdade, o conhecimento que possuímos da formação ministrada nas escolas nesta área específica, bem como a sua valorização por alguns profissionais, levam-nos a questionar as razões desta situação. Tendo a convicção de que o trabalho desenvolvido quotidianamente pelas enfermeiras especialistas deve permitir a compreensão do papel parental no sentido de ajudar a família na transição para a parentalidade, estas necessitam de desenvolver diferentes tipos de aptidões, de atitudes e adquirir convicções e comportamentos que sejam fundamentais para a educação para a saúde. Só assim, poderão ter sucesso na satisfação das necessidades das utentes grávidas.

No que diz respeito à gravidez, esta caracteriza-se por ser um período de profundas mudanças físicas, emocionais, sociais e culturais. Podemos considerar a gravidez e o parto como eventos sociais que integram a vivência reprodutiva da mulher, do marido ou do companheiro, envolvendo, da mesma forma, a família e a comunidade. Neste contexto, a mulher necessita de uma assistência especial tendo em vista o desenvolvimento adequado dessa mesma gravidez, a ocorrência de um parto sem complicações e o nascimento de uma criança sem problemas de saúde. Este período é, por isso, uma época de preparação física, psicológica e social para o parto e para a maternidade, podendo mesmo ser considerado um período de excessiva aprendizagem porque a mulher grávida se encontra ávida de saber (Bobak, 1999). Um dos principais objectivos do acompanhamento pré-natal por parte das enfermeiras é, sem dúvida, o acolhimento da mulher/casal, a oferta de respostas e de apoio aos sentimentos de medo, de dúvidas, de angústias, de fantasias ou, simplesmente, a satisfação da curiosidade sobre as transformações do seu corpo.

Assim, as consultas pré-natais apresentam uma vertente educativa, informativa e formativa, em que a enfermeira é simultaneamente a “educadora”, a “formadora” e a “supervisora” da aprendizagem (Cunha, 2005). As orientações fornecidas ao longo de nove meses carecem de ser apresentadas de forma clara e compreensiva, para serem assimiladas pela mulher. Drulhe (1996) comenta que a actividade médica corresponde à definição weberiana da actividade racional para um determinado fim, estabelecendo medidas capazes de restabelecer uma saúde perdida ou de evitar a doença, investindo na prevenção mas, essencialmente, capazes de obter ganhos em saúde.

Deste modo, partimos da compreensão das intervenções educativas como um instrumento da prática social da enfermagem. Assim, estas práticas potenciam um trabalho

activo com o objectivo de providenciar uma satisfação e uma autonomia, quer das enfermeiras, quer das próprias utentes, sempre com a finalidade de proporcionar uma assistência de qualidade. Como profissão, a enfermagem especializada responde a valores sociais específicos e assume a capacidade de intervir em situações de assistência à saúde, como no caso da gravidez, do parto e do pós-parto, associando o conhecimento que tem desta situação com a competência técnico-científica. Desta forma, podemos salientar a importância de, no período pré-natal, o casal poder ter ao seu dispor os conhecimentos e as estruturas de suporte indispensáveis para viver esta experiência de uma forma o mais aprazível possível, para poder obter os melhores benefícios não só como casal, mas também como nova família. As enfermeiras no decorrer das suas práticas educativas são responsáveis por terem um olhar alargado sobre os contextos emaranhados e exclusivos que abrangem cada utente, ajustando as estratégias e a linguagem que melhor se adequem à cultura e às vivências, no sentido de facilitar a comunicação, tornando-se a aprendizagem mais significativa, pertinente e relevante para a utente (Cunha, 2005). Por isso, é indispensável compreender cada grávida no interior da sua família, inserida em determinado contexto, tendo em atenção as suas vivências, para se poder adequar as estratégias de educação para a saúde ao meio cultural que a identifica e que explica muitos dos seus comportamentos.

A enfermagem como profissão solicita uma intervenção educativa constante e determinada, devendo, por isso, reunir competências pedagógicas. É imprescindível agir de uma forma sistemática e assertiva. Para isso, necessário se torna responder a um plano de intervenção construído no quotidiano das práticas, subjacente a uma sequência de acções tais como, o planeamento, a execução e a avaliação dessas práticas educativas. No entanto, é importante considerar os ritmos de aprendizagem e defender a apropriação e a integração dos conhecimentos na vida das pessoas (Branco, 1995). Não podemos esquecer o conteúdo da alínea c) do artigo 7º do Decreto-Lei nº 437/91, de 8 de Novembro, relativo à carreira de enfermagem, onde está explícito que a educação do indivíduo saudável, ou doente, é da competência da enfermeira. Na definição das competências definidas pela Comissão de Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros e da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras no ano de 2007, a enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica cuida a mulher inserida na família e na comunidade, durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal, centrando o seu exercício profissional na relação interpessoal. Neste sentido, salientamos que a mulher, *como entidade beneficiária de cuidados de enfermagem desta especialidade, necessita ser*

entendida numa perspectiva individual como a pessoa no seu todo, considerando a inter-relação com os conviventes significativos e com o ambiente no qual vive e se desenvolve, constituído pelos elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais e numa perspectiva colectiva como grupo-alvo entendido como o conjunto das mulheres em idade fértil ligadas pela partilha de condições e interesses comuns (Regulamento n.º 127/2011, publicado no D.R. n.º 35, IIª Série, de 18 de Fevereiro).

2. A Educação para a Saúde como uma problemática de Enfermagem - Questões orientadoras

É do conhecimento geral, que a promoção de saúde é um conceito antigo no âmbito da Saúde Pública e que, nas últimas décadas, tem sido alvo de maior atenção por parte dos organismos nacionais e internacionais, com a finalidade de ampliar o foco de atenção para dimensões positivas da saúde, incluindo a gestação. Tendo em conta este enquadramento, impõe-se questionar o que estará a acontecer neste momento, sendo de natureza diversa os motivos que nos levaram a concretizar o presente estudo.

O envolvimento com as práticas educativas na vigilância pré-natal tem sido a tónica da nossa actividade profissional em Cuidados de Saúde Primários. Como enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica e actualmente como docente de uma Escola Superior de Enfermagem, inserida numa comunidade, acompanha-nos a preocupação de observar que as mulheres grávidas que chegam a uma qualquer unidade de cuidados de obstetrícia, para que aí possa ter lugar o nascimento do seu filho, pouco ou nada sabem sobre o processo de gravidez, ou sobre o parto. Nalguns casos, também não conseguem demonstrar conhecimentos mínimos relativamente ao seu desempenho como mãe, principalmente no que diz respeito aos cuidados a prestar ao seu filho. Sentimos, por isso, a necessidade de reunir os meios e os instrumentos que nos permitissem conhecer, mais e melhor, o quotidiano das enfermeiras especialistas, o ambiente que as envolve, as relações que mantêm com outros colegas no âmbito das práticas educativas, bem como com a utente ou respectiva família. Pensamos que a análise destas concepções é extraordinariamente importante para que a enfermagem especializada, enquanto disciplina, possa organizar eficazmente as suas práticas profissionais.

Assim, o interesse pela realização deste estudo surgiu, não só a partir da experiência profissional como enfermeira entre 1994 e 2000, mas, também, em virtude dos contactos que mantivemos aquando da orientação dos alunos do Curso de Licenciatura em Enfermagem e do

Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia que tiveram lugar nos Centros de Saúde do Distrito de Braga e foram realizados no âmbito da consulta de vigilância pré-natal. De facto, como enfermeira especialista e professora na área da saúde materna e obstétrica, interessa-nos, particularmente, a área da educação para a saúde e, não raras vezes, nos questionamos se as enfermeiras se encontram devidamente habilitadas para preparar as grávidas e a sua família para a gravidez, para o parto e para a maternidade e se demonstram capacidades para intervir como verdadeiros educadores em saúde.

Relativamente à revisão da literatura, encontramos estudos que abordam a importância e a qualidade da vigilância pré-natal (e.g., Baumann, 2002; Alves, Mendonça e Maciel-Barbosa, 2005; Cardoso, Santos e Mendes, 2007), o empoderamento (*empowerment*) do cidadão em saúde (e.g., Ramos, 2003), a preparação para o parto (e.g., Couto, 2003), as percepções e comportamentos dos profissionais de saúde face à mulher na adaptação à maternidade em contexto migratório (e.g., Santiago, 2009) e a educação das mães no pós-parto (e.g., Razurel, Heliot, Perier e Andreoli, 2003). Existe uma grande diversidade de estudos sobre a educação para a saúde em diferentes contextos de saúde (e.g., Branco, 1995; Romeira, 1997; Billon, 2003; Lewallen, 2004; Alves, 2004; Assis, 2004; Carvalho e Carvalho, 2006; Foucaud e Balcou-Debussche, 2006), bem como sobre educação para a saúde na vigilância pré-natal noutros países (e.g., Greenberg e Sullivan, 1977; Valentini, 1987; Dumas, 2002; Rios e Vieira, 2007; Vonderheid, Norr e Handler, 2007). Todavia, é de salientar que não descobrimos qualquer estudo a nível nacional que analise, em profundidade, a questão da educação para a saúde durante a vigilância pré-natal. Daí a importância de estudar os discursos das enfermeiras especialistas no que se refere à educação para a saúde, mas também, apurar a perspectiva das utentes grávidas quanto a esta questão. Ao analisarmos as diversas concepções das enfermeiras sobre este tema, pensamos levantar o véu sobre aspectos interiores e críticos desta área do saber, que nem sempre são visíveis nem transparentes, para revelar um conjunto de regras inerentes a essa prática discursiva.

Romeira (1997, 31) evidenciou que *a sistematização de conhecimentos de forma padronizada através de «Guias de Ensinos Programados» e «Manuais de Normas e Protocolos» quase funcionam como «bíblias» nas quais repousam os saberes dos enfermeiros educadores de saúde*. Esta autora verificou a presença de uma relação assimétrica entre o educador (enfermeira) e os formandos (grávida ou casal), sendo o primeiro detentor de todos os saberes e o segundo considerado como “um receptáculo virgem”. Parece-nos importante analisar a existência, ou não, de um saber-poder, subjacente a essas práticas. Assim, as enfermeiras especialistas são solicitadas a repensar as suas práticas, a inovar e a criar novas

formas de educação para a saúde, ou seja, são interpeladas no sentido de estabelecer uma intervenção que dê sentido ao que as pessoas vivem, não devendo estas práticas serem preestabelecidas pela utilização de normas e modelos teóricos pré-concebidos.

No estudo *Mitos e Crenças na Gravidez - Sabedoria e Segredos Tradicionais das Mulheres de Seis Concelhos do Distrito de Braga*, desenvolvido por nós entre 2002 e 2003, que culminou na defesa de uma dissertação no âmbito do Mestrado em Sociologia Área de Especialização em Saúde, os 82 enfermeiros inquiridos consideravam as grávidas como um grupo vulnerável que precisava de um atendimento “especial”. No entanto, nesse mesmo estudo e, contrariamente àquela opinião, constatámos que das 100 mulheres entrevistadas, apenas 14% referiram terem sido esclarecidas sobre a temática em estudo. Como conclusão desse estudo, salientámos o facto da educação para a saúde junto da grávida se mostrar, muitas das vezes, incompleta e superficial. Evidenciámos ainda, pela análise das respostas que os enfermeiros emitiram, a existência de uma confusão entre a mera informação e a educação para a saúde. De facto, a informação pode ser um meio para sensibilizar a grávida a mudar os seus comportamentos, todavia, não podemos ter a certeza que isso aconteceu, enquanto a educação para a saúde deverá conter todos os elementos necessários para que a mulher grávida possa participar activamente e de forma responsável, na tomada de decisão. A função educativa não pode evoluir ao sabor do improvisado ou da intuição sem responder a um plano que permita uma sequência de intervenções. Para atingir este objectivo, é necessário actuar de forma sistemática de acordo com um plano de formação que garanta a apreensão de conhecimentos pela pessoa, respeitando os seus saberes.

Da nossa experiência profissional, também constatamos que as práticas educativas realizadas pelas enfermeiras especialistas são, quase sempre, executadas de forma casual e segmentada, social e culturalmente indeterminada e pouco preocupadas com a preparação da grávida para a gravidez, para o parto e para a maternidade. Raramente são identificadas, de forma rigorosa, as necessidades reais da mulher, nem, tão pouco, é feito um planeamento e uma avaliação das diferentes intervenções, sendo a mulher vista como um simples receptor de informação, como já expusemos. Baumann (2002) descreve que os serviços de saúde não conseguem dar respostas às necessidades das mulheres grávidas desfavorecidas e constataram a existência de um *décalage* entre as necessidades destas mulheres perante a maternidade e os serviços de saúde que lhes são oferecidos. O isolamento, a ausência de apoio e a presença de *stress* parecem influenciar a vulnerabilidade na gravidez. A utilização de práticas puramente transmissivas pode ser considerada como um factor a ter em conta para explicar a pouca interacção entre o enfermeiro e a grávida, condicionando, assim, o cuidar. É, todavia, de

estranhar que no estudo por nós desenvolvido em 2003, tenham sido as enfermeiras especialistas as que mais mencionaram esta prática, não obstante a sua maior formação neste âmbito. A educação para a saúde, como pedagogia, não pode transmitir de forma unidireccional ou vertical o saber científico estabelecido (Bass, 1994). Neste contexto, Drulhe (1996) aponta que a saúde não é simplesmente o produto dos profissionais de saúde e das intervenções educativas, mas a sua positividade inscreve-se também na vida quotidiana das pessoas e nas relações interpessoais. A educação para a saúde poderá ser apreciada como *uma actividade globalizante, desenvolvimentista e construtivista que permita a apropriação por parte das pessoas, de novas formas de estar e pensar em saúde, que lhes possibilite a tomada de decisões livres e a selecção de alternativas num contexto adequado de informação, habilidades cognitivas e suporte social* (Branco, 1995, 23).

Tendo em conta que a grávida e a sua família, como “actores educados e educandos” são sempre “actores sociais”, é indispensável penetrar no seu saber social e cultural, na tentativa de compreender a articulação das práticas, uma vez que a sua saúde, e particularmente a gravidez, é amplamente influenciada pelo meio em que se desenvolve. Pena *et al.* (1995) destacam que o homem assimila e compila conhecimentos, aptidões e experiências sobre a saúde, a doença e a forma de se auto-cuidar através de informações recebidas por diversas fontes, tais como: as tradições, as experiências pessoais, as experiências de outros, o contacto com os profissionais de saúde e com os meios de comunicação. Estas mensagens são agregadas colectivamente na família, no grupo social e na comunidade onde a pessoa vive e se relaciona. Assim, desde sempre, os seres humanos diligenciaram uma explicação para as suas realizações. Essas explicações eram transmitidas de geração em geração pela família, particularmente pelos pais, que se tornavam os grandes responsáveis pela manutenção e pela propagação do conhecimento com o intuito de o manter vivo através de um processo educativo informal.

Hoje em dia, a socialização primária não tem apenas a família como fonte. A escola, os amigos, os profissionais de saúde ou as tecnologias de informação, desenvolvem, cada vez mais, um papel activo. Verificamos que uma das características muito em voga nos nossos dias e relacionada com a experiência da gravidez e do parto é a propensão das grávidas para se «alimentarem» ou «devorarem» conhecimentos científicos vulgares: tais como revistas, emissões de televisão ou sites de internet. Que tipo de informação procuram? Onde está o papel de socialização da família? E o papel das enfermeiras como educadoras de saúde?

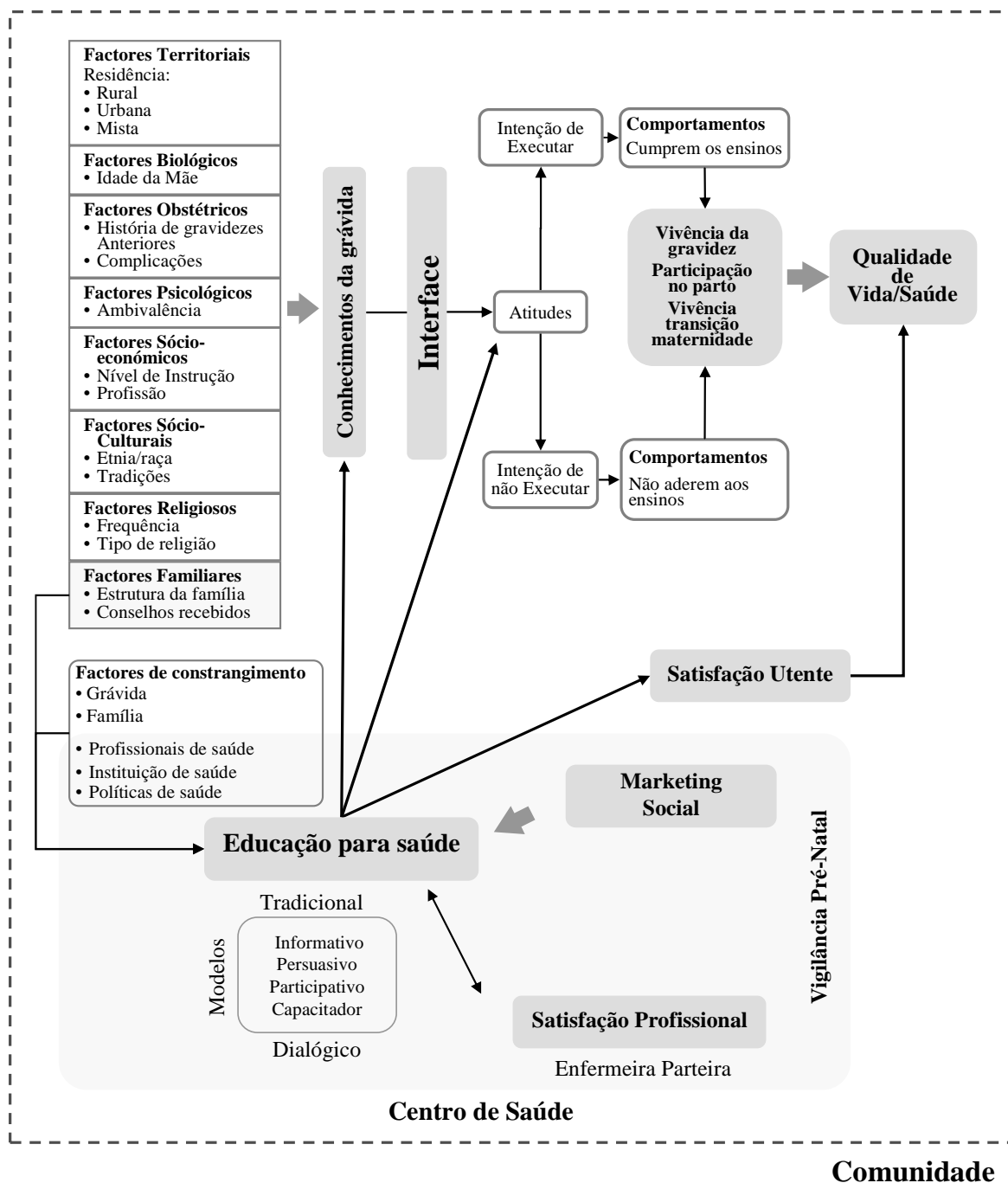
Importa também destacar a oposição entre os saberes dos profissionais e os saberes familiares caracterizada por uma falsa dicotomia porque, em geral, os indivíduos tomam conta

deles próprios (Drulhe, 1996). Será que durante a gravidez esta dicotomia está presente? Valorizar o contexto familiar implica reconhecer a mulher grávida como inserida num grupo familiar e na comunidade. Esta passa a existir como unidade da intervenção programática da enfermagem. Esta estratégia procura reorganizar o modelo assistencial através de parcerias capazes de potenciar o atendimento segundo as necessidades da mulher, permitindo identificar situações de risco, na perspectiva de alcançar ganhos em saúde e promover a saúde da mulher grávida, desenvolvendo acções educativas.

Tendo em conta a pesquisa efectuada, elaborámos um Modelo Conceptual de educação para a saúde no âmbito da vigilância pré-natal (Figura 1). O modelo equacionado nesta figura assenta no pressuposto de que vários factores (*e.g.*, territoriais, biológicos, obstétricos, psicológicos, socioeconómicos, socioculturais, religiosos e familiares) interferem no conhecimento que a mulher grávida apresenta durante a sua gravidez, influenciando, fortemente, as suas atitudes e comportamentos. Consequentemente, a vivência da gravidez, do parto e da preparação para ser mãe, são também influenciadas, positiva ou negativamente, por este conjunto de factores. Importa, ainda, referir que todos estes factores se interligam e interagem na determinação do comportamento. Assim, para que a grávida seja motivada a reconhecer e adoptar hábitos adequados à promoção da sua saúde, é necessário que a educação para a saúde lhe seja ministrada de forma eficaz.

Uma correcta identificação por parte da enfermeira especialista das expectativas da grávida quanto à educação para a saúde é fundamental. Este facto induzirá na grávida um sentimento de parceria e de aceitação da educação para a saúde que lhe é proposta, levando-a a adoptar um comportamento adequado, quer seja com o intuito de promover a vivência da sua gravidez, a participação no parto, a vivência positiva da maternidade, quer seja na procura da melhoria da qualidade da sua própria vida, da do seu filho e da sua família. Este processo de aprendizagem sendo eficaz, permite o estabelecimento de uma autonomia para fazer escolhas informadas. Por outro lado, factores de constrangimentos centrados na grávida e família, mas também nas políticas de saúde, na organização dos cuidados e nos profissionais de saúde, poderão condicionar a educação para a saúde e devem ser tomados em consideração aquando do planeamento das intervenções de saúde. Deste modo, é necessário a identificação dos factores condicionadores, facilitadores e reforçadores.

Figura 1 – Modelo Conceptual da educação para a saúde na vigilância pré-natal



Fonte: Elaboração própria.

Neste sentido, o modelo utilizado no âmbito da promoção da saúde, pela a enfermeira, é condicionador do modo como a grávida vai interpretar as informações que lhe são transmitidas. Em nossa opinião, a enfermeira especialista carece de se apoiar na sua prática educativa através de um processo de educação participativo e capacitador, numa relação horizontal e dialógica, de forma a compartilhar saberes. Neste contexto, defendemos a ideia do que o processo educativo necessita de criar possibilidades para a construção de

conhecimentos e não consistir, apenas, numa transferência de conhecimentos. É importante dar à grávida a oportunidade de identificar os seus interesses e as suas necessidades, mais do que lhe impor os que a enfermeira julga pertinentes. Daí que o presente Modelo Conceptual revele que a intervenção educativa não pode ser reduzida à acção de informar, pois sabemos que a informação, por si só, não é suficiente. Deste modo, para que os objectivos sejam atingidos é necessário que se faça a contextualização desta informação, a sua reflexão e a sua apropriação, para que seja percebida dentro de um contexto. É premente haver uma interacção adequada com a realidade da grávida, para que ela seja capaz de se apropriar da informação com o propósito de poder utilizá-la na sua tomada de decisão. As trocas interpessoais necessitam de ser valorizadas através do diálogo, procurando, de igual modo, a explicitação e compreensão dos saberes da mulher grávida. Trata-se de uma pedagogia centrada na grávida como mulher. A prática da enfermagem constitui a essência dos cuidados de saúde primários. De igual modo, educar para a saúde é uma actividade fundamental no desempenho das enfermeiras parteiras na vigilância pré-natal.

Neste âmbito, é igualmente conveniente usar técnicas próximas das utilizadas no *marketing*, sustentando um ambiente afável e de apoio. De facto, o marketing é um importante instrumento para coadjuvar na captação e manutenção das utentes aos cuidados de saúde, assim como para promover a sua saúde. Segundo Kotler (1991), o marketing consiste numa actividade humana que permite uma forma de encontrar e de satisfazer certas necessidades e desejos das pessoas, através dos processos de troca. Nestas circunstâncias e tendo por base o serviço que pretendemos oferecer, é através da análise das necessidades das pessoas que se criam as condições físicas e processuais necessárias para informar as pessoas sobre o produto ou sobre o serviço que se pretende “vender”. O seu propósito residirá em melhorar a oferta dos serviços de promoção da saúde. Na nossa perspectiva, o marketing centrado nos utentes pode permitir uma troca de informações e uma comunicação eficaz com o objectivo de aumentar a qualidade percebida dos cuidados e a satisfação dos utentes. Nestes termos, o marketing procura o intercâmbio entre os utentes e os profissionais de saúde.

Portanto, destacamos que a *aprendizagem varia nas suas modalidades, nas suas finalidades, nos seus campos de aplicação, mas o processo mental e corporal de aquisição dos actos produtivos parece repousar sobre dados universais, seja o pensamento “selvagem” ou não* (Vieira, 2006, 534). Podemos dizer que apesar das críticas e com o objectivo de se atingirem as mudanças de comportamentos pretendidas, a saúde persiste a ser contemplada, de uma forma individual, e como uma questão de responsabilidade pessoal, que invoca o uso correcto da autonomia individual, bem como a racionalidade da decisão a tomar (Mendes,

2009).

É nesta amálgama de pensamentos e concepções que surge o ponto de partida do nosso estudo, fundando-se na análise das práticas educativas desenvolvidas pelas enfermeiras especialistas, na vigilância pré-natal e nos Cuidados de Saúde Primários o que nos leva a colocar as seguintes questões:

- Quais são as vertentes educativas desenvolvidas pelas enfermeiras especialistas na consulta de vigilância pré-natal e como é que estas são realizadas?
- Como é que se produzem as relações terapêuticas?
- Que tipo de articulação fazem as enfermeiras especialistas entre os saberes familiares e os saberes profissionais em termos de educação para a saúde?
- Que efeitos as orientações dadas desencadeiam nas utentes grávidas?
- Quais são os factores que mais influenciam as intervenções educativas?
- Que tipo de suporte familiar recebem as mulheres durante a gravidez e no primeiro mês após o parto para responder às suas necessidades de informação?
- O que significa para as mulheres “construir uma família”?

Pensar e questionar as práticas relativas à educação para a saúde na gravidez, não significa catalogá-las em “boas” ou “más”, mas antes, em analisar o sentido que podem dar ao quotidiano da vida das mulheres, de forma a que o reconhecimento profissional possa ser justificado pela acção concreta que vai muito além das competências adquiridas na formação formal. Sendo assim, a realização deste estudo, embora não permita generalizar os resultados ou extrapolá-los para outras realidades, tem como principais propósitos contribuir para a obtenção de ganhos em saúde, proporcionando dados concretos sobre os contributos das enfermeiras especialistas para a melhoria do bem-estar das grávidas e suas famílias.

3. Hipóteses de Trabalho

A educação dos profissionais da saúde necessita de uma atenção cuidada, no sentido de prepará-los para conviver num mundo de impetuosas modificações, onde têm de conciliar as necessidades de desenvolvimento pessoal com as do trabalho e as da sociedade. Nesse sentido, as mudanças que resultam da globalização e dos avanços tecnológicos, pretendem

uma enfermagem com um olhar mais alargado. Solicita-se, também, que esta profissão recorra a parcerias e a relações que possibilitem o desenvolvimento de profissionais comprometidos a transformarem-se e a metamorfosear o meio em que vivem. A enfermeira necessita de ter facilidade de adaptação e flexibilidade, e demonstrar responsabilidade, autonomia e criatividade.

Cada investigação é uma experiência exclusiva que utiliza trajectos ou orientações próprios. Uma verdadeira investigação tem que se estruturar em torno de uma ou várias hipóteses. Nesta perspectiva e sem descurar o espírito de descoberta e de curiosidade, a organização de uma investigação em volta de hipóteses de trabalho, permite-nos dirigi-la com uma certa ordem e rigor (Quivy e Campenhoudt, 1992). Para o efeito, formulamos as seguintes hipóteses:

- **H₁** - A educação para a saúde realizada pelas enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica nos Cuidados de Saúde Primários não tem em atenção os saberes familiares da grávida, principalmente, porque é um assunto desvalorizado por estas.
- **H₂** - Quanto mais elevada é a experiência profissional dessas enfermeiras maior será a variedade de recursos utilizados, permitindo uma melhor transmissão de conhecimentos e respectivas práticas.
- **H₃** - As práticas educativas das enfermeiras especialistas de saúde materna e obstétrica nos Cuidados de Saúde Primários são realizadas de forma superficial na medida em que o tempo das consultas é reduzido.
- **H₄** - As práticas educativas desenvolvidas durante a gravidez pouco contribuem para a vivência de uma gravidez saudável porque as enfermeiras especialistas não abordam determinados assuntos.
- **H₅** - As práticas educativas desenvolvidas durante a gravidez contribuem para o sucesso do parto na medida em que as mulheres conseguem pôr em prática os conhecimentos adquiridos.
- **H₆** - As práticas educativas desenvolvidas durante a gravidez pouco contribuem para o sucesso no primeiro mês de vida porque as enfermeiras especialistas não fazem a preparação para a maternidade.

Depois de ter construído a problemática em estudo, impõe-se, agora, a elaboração do

enquadramento teórico que sustenta toda esta problemática. Por isso, no Capítulo II, consideramos importante, por um lado, reflectir sobre as políticas de saúde desenvolvidas em Portugal nos Cuidados de Saúde Primários, particularmente no pós II Guerra Mundial e que se encontram relacionadas com determinadas políticas internacionais, e por outro, dar ênfase à vigilância pré-natal nestas políticas de saúde. Finalmente, abordaremos os conceitos primordiais do estudo, tais como: a noção de saúde, de educação para a saúde, de promoção de saúde e de maternidade, não esquecendo de frisar o papel da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica no âmbito das consultas de vigilância pré-natal, tendo por base as necessidades das utentes grávidas inseridas na família.

CAPÍTULO II - A CONSTRUÇÃO DO ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA INVESTIGAÇÃO

1. O sistema de saúde português desde o pós II Guerra Mundial até à actualidade

Ao abordar a questão da educação para a saúde no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, é crucial, antes de mais, aprofundar o conhecimento sobre o sistema de saúde português e, principalmente, sobre os Centros de Saúde que estão na génese deste sistema. Importa, ainda, salientar que a concepção de uma saúde adequada através da elaboração de políticas de saúde se inscreve nos valores da modernidade. A saúde, ao ser construída como um valor individual e social de primordial interesse, permite avaliar o desenvolvimento de uma sociedade, sendo considerada como o principal motor das políticas de saúde do nosso país.

A organização dos serviços de saúde, ao longo dos tempos, foi seriamente influenciada por conceitos religiosos, políticos e sociais, vigentes em cada época, sendo concretizada para dar resposta ao aparecimento das doenças. Os sistemas de saúde existem desde que as pessoas se começaram a preocupar com a protecção da sua saúde e com o tratamento das doenças que as importunavam. Práticas tradicionais associadas a uma ajuda espiritual, centradas na prevenção e no tratamento de doenças, persistem há milhares de anos, muitas das vezes, paralelas à medicina moderna. Porém, os sistemas de saúde organizados, num sentido mais moderno, existem há pouco mais de uma centena de anos.

Nos finais do século XIX e início do século XX, a Taxa de Mortalidade Infantil, Juvenil e Materna eram muito elevadas. A esperança de vida era muito curta. Em França, em 1835, era apenas de 35 anos. Em Portugal, em 1920, era de 35,8 anos para os homens e de 40 anos para as mulheres (Barreto *et al.*, 1996). Os nascimentos ocorriam, quase sempre, no domicílio e o médico ou a parteira com adequada qualificação, raramente estavam presentes (O.M.S., 2000).

Com a Revolução Industrial, surgiram, nos países mais desenvolvidos, os sistemas organizados de saúde. Com o progressivo crescimento económico, após a II Guerra Mundial, a massificação da utilização de importantes descobertas científicas (*e.g.*, antibióticos), bem como a consolidação do Estado-Providência e das medidas sociais entretanto implementadas,

foi proporcionada uma extraordinária melhoria dos níveis de vida nas sociedades ocidentais. Por outro lado, as grandes organizações internacionais como, por exemplo, a Organização das Nações Unidas (O.N.U.) e a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), ao sugerirem projectos de desenvolvimento económico e social, influenciaram, de modo extraordinariamente positivo, as políticas de saúde em Portugal, tendo ainda contribuído para as mudanças de mentalidades e de comportamentos em relação ao modo e à qualidade de vida (Leandro, 2001a). Não obstante esta evolução, esta socióloga descreve que, apesar dos fabulosos progressos da ciência e da técnica, existe no campo da saúde uma certa insegurança, essencialmente pelo aparecimento de determinadas doenças associadas aos comportamentos.

Dir-se-á, então, que a vida de inúmeras pessoas depende, não só de um adequado sistema de saúde, mas, também, dos comportamentos e das condições sociais de existência. Desde o nascimento de uma criança com toda a segurança, até aos cuidados geriátricos prestados com dignidade, os sistemas de saúde assumem, em permanência, responsabilidades que beneficiam a todas as pessoas, sendo indispensáveis ao desenvolvimento sadio dos indivíduos, das famílias e da própria sociedade. Todavia, a melhoria da saúde não é o único objectivo de um sistema de saúde. Este deve responder às necessidades das pessoas e reduzir as diferenças entre indivíduos ou entre grupos, isto é, assegurar a cada um a mesma qualidade de cuidados, rejeitando qualquer discriminação. No *Rapport sur la Santé dans le Monde*, a O.M.S. (2000) vai muito além das preocupações tradicionais como o bem-estar físico e mental das pessoas, dando ênfase à qualidade e à equidade dos cuidados.

Este conceito, cada vez mais abrangente, levou a que o sistema de saúde fosse definido pela O.M.S. (2000) como as actividades cuja principal finalidade são a promoção, a recuperação e a manutenção de saúde. Para Ferreira (1989), um sistema de cuidados de saúde equivale a um conjunto de regras orientadoras de actividades desenvolvidas por serviços organizados pela sociedade, com a finalidade de alcançar melhor saúde. Fica aqui claro que, neste enquadramento, o sistema de saúde fica dependente dos sistemas políticos, sociais e económicos dominantes.

Nesta linha de pensamento, podemos afirmar que os sistemas de saúde assentam num conjunto de recursos, de pessoas e de instituições, relacionados com a regulamentação, o financiamento e a realização de actividades de saúde. Estas actividades afirmam-se como sendo aquelas acções cujo objectivo primário é promover ou proteger a saúde (O.P.S.S., 2003). Na opinião de Simões (2004), é possível reconhecer dois objectivos fundamentais nos sistemas de saúde. O primeiro diz respeito à promoção do acesso das populações aos cuidados de saúde, enquanto o segundo se encontra directamente relacionado com a promoção da

eficiência económica num quadro de controlo da despesa pública. Neste âmbito, convém salientar que, ao longo de mais de um século, os serviços de saúde tentaram alcançar objectivos sociais que se reflectiram na melhoria dos níveis de saúde. Assim, os objectivos de um sistema da saúde podem resumir-se em mais saúde, melhor resposta dos serviços de saúde e uma melhor contribuição financeira, socialmente mais justa.

A noção de Estado, como bem-estar, resulta do encontro de duas concepções de protecção social¹¹. Não se trata de dois modelos ideologicamente divergentes, porque ambos preconizam uma noção reformista de uma rede social protectora para atenuar as tensões sociais geradas pelo crescimento económico e consequente alongamento do progresso da sociedade para o desenvolvimento. Já em 1944, era evidente que todos os cidadãos necessitavam de ter possibilidades idênticas para obter os mais eficazes e mais modernos serviços médicos, independentemente dos seus rendimentos, da sua idade, do seu sexo e da profissão, devendo, por isso, ser gratuitos (Simões, 2004).

É fundamental assinalar que, em Portugal, a adopção do Sistema Nacional de Saúde (S.N.S.) não foi um evento isolado. Esta criação integrou-se num movimento mais amplo que contemplou outros países do sul da Europa. Destacam-se a Itália (1978), Portugal (1979), Grécia (1983) e Espanha (1986).

Quando se analisa, mais aprofundadamente, as políticas de saúde da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico (O.C.D.E.), cujo espaço social e económico é homogéneo, constatamos três motivos principais para a sua implementação: a equidade onde os cuidados são prestados em função das necessidades das pessoas, a eficiência técnica, que permite maximizar a satisfação dos utentes e os ganhos em saúde e a eficiência económica ou distributiva, que possibilita limitar as despesas com mecanismos apropriados (Simões, 2004). Este mesmo autor (2004, 47) acrescenta que a *liberdade de escolha dos prestadores pelos consumidores e a autonomia dos prestadores, no sentido de preservar o máximo de liberdade aos médicos e a outros técnicos podem ser considerados meios utilizados nas políticas de saúde*.

Verificamos assim que, em Portugal, como em muitos países da Europa (*e.g.*,

¹¹ O autor faz referência ao Modelo de Bismark e Beveridge que representam esquemas de segurança social. Em 1883, a Alemanha promoveu uma lei inovadora que impôs aos patrões a necessidade de contribuir para um esquema de saúde/doença em favor, numa primeira fase, dos trabalhadores pobres e numa segunda fase, dos que possuíam rendimentos elevados. As medidas preconizadas por este Modelo acarretou mudanças significativas, tais como: a criação de sistemas de seguros obrigatórios, pagos por cotizações partilhada entre empregadores e trabalhadores, tendo sido adoptado por muitos países da Europa (*e.g.*, Bélgica em 1894 e Noruega em 1904) mas também dos Estados Unidos (Simões, 2004). Este Modelo constitui-se o primeiro sistema nacional de segurança social cujos objectivos também eram de ordem económica, ambicionando promover um ambiente favorável à manutenção dos níveis de saúde e diminuir o absentismo. Em meados do século XX, a Inglaterra edificou um novo Modelo com base numa maior responsabilidade do Estado. Beveridge é um economista e sociólogo inglês que presidiu à elaboração do projecto, apresentado em 1943, de segurança social completo para todo o povo inglês (Ferreira, 1989). O Modelo Beveridgeano caracteriza basicamente o sistema de saúde português porque é influenciado por pressupostos ideológicos traçados desde o início dos anos 70 (Simões, 2004).

Espanha, Grécia, Itália, Reino Unido), os problemas da equidade e de acessibilidade aos cuidados de saúde estiveram, na década de noventa do século XX, presentes no debate das reformas o que, de alguma forma, permitiu o desenvolvimento do sector privado como resposta às expectativas demonstradas pelos utentes. É importante mencionar, ainda, que estes conceitos implicam a capacidade de assegurar um nível de serviços de saúde adequado e com um elevado nível de qualidade.

Um dos acontecimentos internacionais que teve um reflexo positivo no panorama português foi a Conferência Internacional que decorreu em Alma-Ata (1978), sobre os Cuidados de Saúde Primários e que considerou não só a necessidade de uma intervenção urgente por parte dos governos e de todo o pessoal do sector da saúde e desenvolvimento, como da comunidade mundial, para promover e proteger a saúde da população do mundo. Além disso, nessa Conferência realçou-se, ainda, a importância fundamental do desenvolvimento económico e social baseado numa ordem económica internacional, para uma completa realização da “Estratégia da Saúde para Todos até ao ano 2000” e com vista à redução do hiato entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e dos países desenvolvidos.

A promoção e a protecção da saúde dos povos são fundamentais para o permanente desenvolvimento económico e social, contribuindo, de forma decisiva, para uma melhor qualidade da vida e paz mundial. Em Alma-Ata, os governos foram responsabilizados pela saúde dos seus povos, tendo sido desafiados a tomar medidas higiénico-sanitárias e sociais que se mostrassem adequadas à promoção de saúde. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial, era que todos os povos do mundo, até ao ano 2000, alcançassem um nível de saúde que lhes possibilitasse levar uma vida social e economicamente produtiva. Neste contexto, os Cuidados de Saúde Primários constituíam a chave para que essa meta fosse atingida, como parte do desenvolvimento, num espírito da justiça social. As metas preconizadas na Declaração de Alma-Ata derivam de uma reacção contra a visão hospitalocêntrica, medicalizada e super especializada (Trigo, 2000). O estabelecimento da meta “Saúde para Todos até ao Ano 2000” teve como objectivos reduzir as desigualdades perante a saúde entre os diferentes países, mas também, dentro dos grupos socioeconómicos do mesmo país e, ainda, promover as capacidades individuais para dar mais vida aos anos, dar mais saúde à vida e dar mais anos à vida.

Foi sob esta influência que, em Julho de 1978, António Arnault subscreveu um Despacho Ministerial, que veio a ser publicado, onde oferecia a todos os cidadãos o acesso

aos serviços de saúde, através de uma inscrição nos Serviços Médicos Sociais. No conteúdo deste despacho, entre outros aspectos, responsabilizava-se a comunidade pela sua própria saúde, tal como é apregoado nas recomendações da referida Conferência Internacional. Assim, as políticas internacionais concedem-lhe a força suficiente para cimentar de novo os Cuidados de Saúde Primários. A filosofia desta Conferência confina um potencial amplo e inovador que desabrocha novas perspectivas à intervenção de enfermagem, levando-a a permanecer junto da comunidade, investigando as suas necessidades, informando, educando, ajudando a gerir recursos, mas deixando aos indivíduos, às famílias e às comunidades, toda a liberdade para que sejam eles próprios a definir a sua saúde (Vidal e Figueiredo, 1996).

Em 1980, Portugal compartilhou as resoluções da O.M.S. na expressão de uma política europeia de saúde comum, cujo grande objectivo foi a “Saúde para Todos no Ano 2000”, tendo adoptado, em 1984, os textos fundamentais das políticas de saúde preconizadas por aquela organização. Neste contexto, Portugal procurou assemelhar-se às democracias europeias, tentando estabilizar e modernizar a sua economia.

Podemos afirmar que estes fenómenos sociopolíticos internacionais contribuíram, decisivamente, para as políticas nacionais e, assim, para o levantar de um véu que Portugal identificou como sendo importante para a melhoria das suas políticas de saúde. Como já tivemos oportunidade de referir, o crescimento de uma sociedade avalia-se também pela capacidade que demonstra para dar atenção às questões relacionadas com a saúde, de modo a alcançar o bem-estar dos seus cidadãos. Cada sociedade necessita de organizar recursos e intervenções no sentido de construir diversos sistemas interligados, designadamente, a adopção de comportamentos saudáveis ou a criação das redes sociais onde se abriguem as práticas humanas e sociais comuns (Gonçalves e Domingues, 2002).

Na verdade, os sistemas de saúde representam uma rede essencial porque assentam num conjunto de regras e de normas com o objectivo de utilizar os recursos e a finalidade de alcançar mais saúde para a população, combatendo, mais eficazmente, os cenários de doença. Em 2004, a Ordem dos Enfermeiros (O.E., 2004a) constatou uma dicotomia inicial e uma posterior aproximação entre as diversas políticas europeias de saúde, no intuito de se favorecer uma melhor acessibilidade à saúde, advogando um melhor planeamento e uma adequada gestão de recursos. O sistema de saúde caracteriza-se, pois, por ser uma rede de estruturas e de conexões. Para reflectir sobre o sistema de saúde em Portugal é forçoso questionar a sua génese e a sua evolução.

1.1. Evolução do Sistema de Saúde em Portugal

O conhecimento da evolução do sistema de saúde português e dos factores que mais têm influenciado o seu desenvolvimento, permitem, por um lado, explicar melhor a sua configuração actual e, por outro, identificar e compreender, indubitavelmente, as oportunidades e os obstáculos para a sua transfiguração. A organização dos serviços de saúde mostra uma história de influências religiosas, caritativas, assistenciais e comunitárias. Ao longo dos tempos, inúmeras medidas governativas foram materializadas no sentido de modificar e de melhorar a organização da oferta de cuidados de saúde (O.E., 2004a). No que diz respeito à saúde em Portugal, importa invocar que entre 1899 e 1971, se verificaram três marcantes reformas: a reforma de 1899/1901¹², a reforma de 1944/1945 e a reforma de 1971. É de destacar que esta última acarretou mudanças significativas para o estado de saúde da população, promovendo uma melhoria dos cuidados de saúde prestados (Vidal e Figueiredo, 1996; Remoaldo, 2002a).

A reforma sanitária de 1899-1901 fundamentava-se, claramente, no exemplo da Inglaterra, apreciada como a *pátria da higiene* e modelo de organização médico-sanitária. Desta forma, a preocupação principal era a protecção e a melhoria da saúde comunitária, incluindo a “higiene da indústria e do trabalho” (Graça, 2000). Esta primeira reforma, conhecida pela reforma de Ricardo Jorge, foi influenciada pelos organismos e intervenções internacionais, em que se tentaram construir as bases do movimento da Saúde Pública que Ferreira (1990) considera como o começo do que se pode apelidar de “moderno sanitário”. Todavia, é necessário lembrar que durante os primeiros 30 anos do século XX, em Portugal, não houve modificações significativas nas condições de saúde em relação ao século anterior e que as reformas sanitárias, desde 1901, foram infrutuosas na melhoria da saúde da população, uma vez que as estatísticas demonstram uma mortalidade influenciada por óbitos à custa de doenças infecciosas desconhecidas (Ferreira, 1990). No que se refere ao campo da saúde materna ou dos cuidados materno-infantis, Carneiro (2008, 324) confessa que *considerado como um subsector dos serviços de saúde, só começou a estruturar-se pelos finais do século XIX, não obstante a literatura médica anterior sobre a criança já revelar preocupações com as grávidas, parturientes e recém-nascidos*. Neste âmbito, referimos o Decreto de 28 de Outubro de 1903 (Graça, 2000; Carneiro, 2008), que aprovou o Regulamento do Curso de Partejas, nas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e do Porto, bem como da Universidade de

¹² A reforma foi promulgada em 1899, regulamentada em 1901 e iniciou o funcionamento em 1903.

Coimbra, valorizando-se, desta forma, a parteira como elemento chave deste moderno sistema sanitário. Foi esta ansiedade e desassossego com a saúde das parturientes que levou à criação do Curso de Parteiras.

Por sua vez, na Europa, no final da segunda Guerra Mundial, houve necessidade de definir um quadro de políticas sociais, onde se geraram movimentos de “Estado-Providência”, aparecendo a saúde como um direito social. Na realidade, nessa época, as sociedades ocidentais colaboraram grandemente para a melhoria dos níveis de vida da população, o progressivo crescimento económico, o aumento e a importância das descobertas científicas e tecnológicas, a solidificação do Estado-Providência, o aumento das medidas sociais junto das camadas desprotegidas e as campanhas de sensibilização (Leandro, 2001a), criaram condições objectivas para a melhoria da saúde das populações. Assim, as mudanças sociais, económicas e científicas do pós-guerra, possibilitaram importantes repercussões nos sistemas e nos serviços de saúde, tornando-os mais complexos e exigindo ambientes tecnológicos, cada vez mais, sofisticados (Ramos, 1987).

A aludida reforma de 1944/1945¹³, teve a capacidade de ampliar a acção das autoridades de saúde, acrescentando-lhe o poder executivo e a independência das práticas relativamente às câmaras municipais e a grave desvantagem de estabelecer instituições de saúde autónomas, independentes, nas intervenções contra doenças específicas, tais como: a tuberculose, o paludismo ou a lepra, causando uma situação que agravou a coordenação de esforços na promoção da saúde e na prevenção da doença (Ferreira, 1990). Esta reforma visou, pela primeira vez, três objectivos diferentes da política de saúde: a assistência preventiva, a assistência paliativa e curativa e a assistência construtiva (Simões, 2004). Neste cenário e face ao panorama degradante da situação materno-infantil, queremos destacar a criação do Instituto Maternal¹⁴ em 1943, designado, entre outros, para efectivar e coordenar a prestação da assistência médico-social à maternidade e à primeira infância, bem como para desempenhar funções de ensino (*e.g.*, organizar e dirigir estágios médicos e de enfermeiras puericultoras) e funções de investigação. Não podemos deixar de referir que assistência à maternidade, destinada essencialmente às mulheres pobres, era, neste contexto, uma importante medida para a saúde pública, uma vez que era indispensável garantir o crescimento da população e manter a coesão social (Carneiro, 2008). Através da análise do

¹³ O Decreto-Lei n.º 35108, de 7 de Novembro de 1945, com funções de orientação e fiscalização da técnica sanitária e de acção educativa, foi decorrente do estatuto da Assistência Social com a Lei n.º 1998, de 15 de Maio de 1944, com a responsabilidade administrativa sobre os hospitais e sanatórios.

¹⁴ Decreto-Lei n.º 32651, de 2 de Fevereiro de 1943. A criação deste Instituto também era para dar resposta ao problema da existência das poucas maternidades, que devem ser encaradas como centros promotores e orientadores das várias formas da assistência materno-infantil.

Decreto-Lei nº 32651, de 2 de Fevereiro de 1943, podemos visualizar a defesa da inserção da mãe no meio familiar e social. Nunes (2003) expõe a importância desta legislação no sentido de explicitar que a assistência à mãe abrange não só o parto, mas, de igual modo, a gravidez e o puerpério. Refira-se ainda que o Instituto Maternal foi integrado na orgânica definida pelo *Estatuto de Assistência Social* um ano após a sua criação. Carneiro (2008, 482), recorda que o Instituto aspirava apresentar-se como a “*verdadeira espinha dorsal*” do sistema de saúde materno-infantil, admitindo a articulação de serviços. Dentro desta filosofia, fortaleceu-se a assistência da mãe, de forma a apoiar, indirectamente, a criança.

Durante o período de 1944 a 1971, houve a criação, por parte do Estado, de um sistema de saúde constituído por um número elevado de subsistemas, independentes e difíceis de coordenar, que originaram algumas rivalidades e conflitos, tendo como consequência a dificuldade na implementação e formação de equipas multi-disciplinares indispensáveis à resolução dos problemas de saúde (Ferreira, 1990). Durante esta época, a população continuava a *servir-se da medicina caritativa*¹⁵ (Vidal e Figueiredo, 1996; Ferreira, 1975), até ao aperfeiçoamento de um sistema mais organizado, a cargo do Estado, a Previdência, que procurou cobrir os riscos do trabalho, da velhice, *et cetera*. Este sistema correspondeu a uma forma de segurança social que o sector da saúde permitiu desenvolver, de forma mais efectiva, a prestação de cuidados médicos para grupos de trabalhadores e suas famílias (Ferreira, 1975). Em 1946, com a publicação da Lei nº 2011, de 2 de Abril, estabeleceu-se a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde então existentes: Hospitais das Misericórdias, Serviços Médico-Sociais, de Saúde Pública e Privados. De facto, o Estado tomou em consideração a importância da regionalização hospitalar, entregando a gestão destes estabelecimentos às Misericórdias¹⁶, eximindo-se dessa responsabilidade (Remoaldo, 2002a). Foi neste contexto que surgiu a convergência da parteira com a enfermagem, momento importante para fazer face às novas necessidades de cuidados sentidas pela sociedade, bem como para preparar pessoal mais qualificado, inserto num processo de divisão de trabalho em meio hospitalar, mas também, num quadro formativo que espelhava, cada vez mais, a disposição para a hospitalização do parto reflectindo as várias asserções sobre a

¹⁵ A medicina caritativa consistia numa forma de prestação de cuidados tradicional às pessoas em situação de inferioridade, pelo seu estado de pobreza, de doença ou de condição física. Os indivíduos, de livre vontade e, por uma questão de solidariedade, ajudavam-se mutuamente (Ferreira, 1975).

¹⁶ As confrarias ou irmandades foram denominadas de Misericórdias, tendo conhecida uma relevante propagação no nosso país apenas no século XVI, embora o tenham sido no século XV pela Rainha D. Leonor. Em Portugal, como no resto do Sul da Europa, as Misericórdias eram inicialmente de caridade cristã e beneficência, sendo a sua acção louvada no domínio humanitário e de acompanhamento na doença. Todavia com o tempo, passaram a representar um papel crucial na organização de serviços assistenciais de saúde. Apesar da brusca multiplicação destas instituições, a melhoria da saúde da população não terá sido efectiva porque a saúde sujeitava-se à falta colectiva de higiene e de sanidade geral do ambiente em que vivia a população, vectores acessíveis à propagação de doenças (Remoaldo, 2002a).

natalidade, inserida na produção de novos e contraditórios valores (Carneiro, 2008).

No final dos anos 40 e 50, apareceu uma grande proliferação de leis relacionadas com a saúde, embora o problema de saúde dos portugueses nunca fosse visto de uma forma global, o que agravou, ainda mais, as injustiças sociais (Ferreira, 1990; Remoaldo, 2002a). Esta situação, associada a uma certa liberdade, embora condicionada na altura das eleições, originou algumas críticas levando à criação, em 1958, do Ministério da Saúde e Assistência, substituído em 1973, pelo Ministério da Saúde. Porém, em 1974, passou a existir apenas uma Secretaria de Estado da Saúde, incluída no Ministério dos Assuntos Sociais, tendo sido extinto em 1983, altura em que foi reconhecido o modelo de Ministério da Saúde que, ainda hoje, se mantém (Macedo, 2000). Enquanto no início do século, se colocava a tónica na higiene do meio no combate à doença, na década de 50, alterou-se o enfoque para o desenvolvimento de políticas de saúde com ênfase na prevenção da doença.

Apesar de se verificar uma melhoria significativa de alguns índices (*e.g.*, Taxa de Mortalidade Infantil, Mortalidade Materna) em 1970, em relação ao observado em 1945¹⁷, Portugal continuava na cauda da Europa. Face a este panorama de subdesenvolvimento na saúde, o País enfrentou grandes transformações internas, levando o serviço de saúde português a reorganizar-se. Assim, podemos sintetizar que, durante este período, mas especialmente de 1945 a 1967, o Estado desempenhou um papel apenas complementar na assistência aos doentes.

A reforma da saúde legislada em 1971¹⁸, conhecida como "a reforma de Gonçalves Ferreira", abraçou o estabelecimento dos Centros de Saúde de Primeira Geração que persistiram pouco mais de uma década (1971-1982), representando um esboço de um verdadeiro Serviço Nacional de Saúde. Este facto constituiu um marco histórico na evolução da política de saúde nacional. Neste sentido, expandiu-se para todo o país um sistema de saúde de carácter nacional. Esta reforma visou, essencialmente, a saúde como um bem a atingir e a preservar, apostando-se, a partir de 1977, num Sistema Nacional de Saúde com alicerces virados para a educação para a saúde e para a prevenção das doenças, tendo sido considerados aspectos inovadores inerentes ao contexto político. A filosofia de assistência destes Centros de Saúde centrou-se, basicamente, na protecção da população, prevenção das

¹⁷ Durante o período de 1945-1970, houve uma diferença significativa na taxa de mortalidade infantil (56,9%), ou seja uma descida média anual de 2,3%. Em 1945 a taxa de mortalidade infantil cifrava-se em 114,4‰ e, em 1970, era de 58,0‰ (Ferreira, 1990), enquanto que em 1975 foi de 38,9‰.

¹⁸ A Publicação do Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro define a política de saúde e a orgânica dos serviços dando prioridade aos cuidados de saúde primários, sobretudo à saúde materno-infantil e o Decreto-Lei n.º 414/71, de 27 de Setembro caracteriza o funcionamento regular das carreiras profissionais em que se encaixam os trabalhadores de saúde.

principais doenças infecto-contagiosas, de que as campanhas de vacinação são um exemplo, e na assistência a grupos mais vulneráveis da sociedade, fundamentalmente, mulheres e crianças. Assim, a novidade e a modernidade deste diploma vai, também, no sentido de especificar o investimento nos cuidados de promoção de saúde e de prevenção da doença, como internacionalmente viria a ser adoptado, em 1978, em Alma Ata, no Cazaquistão.

Paralelamente, assistia-se, também, a uma importante intervenção do Estado que se traduz no direito à saúde para todos, com a criação, como já referimos, de Centros de Saúde em todos os concelhos. Até então, os Postos da Caixa de Providência prestavam assistência social e, quanto à doença, apenas o faziam aos trabalhadores e às suas famílias que descontassem para este organismo. Alguns autores, como Ferreira (1990) e Remoaldo (2002a), atestaram que nos primeiros quatro anos da década de setenta, houve uma melhoria de vários indicadores de saúde, nomeadamente, da diminuição da Taxa de Mortalidade Infantil e dos partos sem vigilância e sem assistência. Barreto e Pontes (2007a, 44) referem que *muito frequentemente as mulheres davam à luz “onde estavam”, no trabalho, no campo, a meio da vindima, debaixo de uma árvore*. Esta diminuição deve-se à melhoria da qualidade das consultas (*exempli gratia*, pediatria, puericultura e vigilância da gravidez) e dos cuidados de saúde, à implementação do Programa Nacional de Vacinação, à melhoria das condições de vida (alimentação, higiene, condições habitacionais), ao desenvolvimento de meios profilácticos e terapêuticos (*e.g.*, antibioterapia) e à elevação do nível de instrução da população.

No entanto, o primeiro diploma legal, que satisfazia os princípios mais modernos, foi o Decreto-Lei nº 413/71¹⁹, de 27 de Setembro, que defrontou as maiores dificuldades na sua concretização. De facto, Ferreira (1990) certifica que escasseou a vontade política de executar este diploma e de promulgar legislação que facilitasse a integração nele preconizada. Na mesma época, o Decreto-Lei nº 414/71, de 27 de Setembro, permitiu estabelecer a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais para os diversos grupos diferenciados de funcionários que prestavam serviço no Ministério da Saúde e Assistência. No seu preâmbulo referia-se que *embora corresponda, no essencial, a um princípio de organização do trabalho, a medida não pretende esgotar as iniciativas que, por outras vias, ajudem a encaminhar os serviços para a actuação plena e eficaz*. *Inserese,*

¹⁹ Este Decreto – Lei tinha por base os seguintes princípios: a) *Reconhecimento do direito à saúde de todos os portugueses, cabendo ao Estado a responsabilidade de o assegurar*; b) *Política unitária de saúde, da responsabilidade do Ministério da Saúde*; c) *Integração de todas as actividades de saúde e assistência, a nível local e regional*; d) *Planeamento central e descentralização na execução* (Biscaia *et al.*, 2006b, 43). A política de saúde define-se por uma promoção da saúde e prevenção da doença, o tratamento de doentes e reabilitação, a protecção e defesa da família, a protecção ao indivíduo socialmente diminuído, devendo as actividades de assistência social ser coordenadas com as de saúde (Silva *et al.*, 2002).

antes, num conjunto de providências interdependentes, por meio das quais o Governo deseja efectivar uma política de saúde e assistência social que, obedecendo aos modernos princípios de administração de saúde pública, comporte a possibilidade de franca adaptação evolutiva e tenha em conta as condições existentes.

Após a Revolução de Abril e com o aparecimento de novas políticas sociais, o Estado foi chamado a produzir novas reformas. Os fortes conflitos vividos na época originaram grande instabilidade social e política. Foi, no entanto, a partir de 1974 que se criaram as condições políticas e sociais para uma melhoria significativa dos cuidados de saúde através da acessibilidade universal aos Centros de Saúde, aos Serviços Médico-Sociais, aos Hospitais sendo ainda institucionalizado o Serviço Médico à Periferia. O principal objectivo destas políticas de saúde consistiu na diminuição das barreiras ao acesso aos cuidados médicos. Neste mesmo ano foi criado o Ministério dos Assuntos Sociais que agregava as Secretarias de Estado de Saúde e da Segurança Social, possibilitando a coordenação dos serviços de saúde e sociais, com forte impacto na saúde da população. Os Decretos-Lei n^{os} 704/74, de 7 de Dezembro e 618/75, de 11 de Novembro, transferiram para o sector público os hospitais pertencentes às Misericórdias, passando a gestão para o Estado. Esta estratégia, associada à diversa legislação publicada, permitiu a criação do Serviço Nacional de Saúde (S.N.S.), cujo objectivo era democratizar a saúde, tornando-a acessível à generalidade da população.

Deste modo, em 1976, a Constituição da República Portuguesa, no seu artigo 64^o, proclamava o direito à protecção da saúde através de um Serviço Nacional de Saúde (S.N.S.) universal, geral e gratuito²⁰. *O direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito, pela criação de condições económicas, sociais e culturais que garantem a protecção da infância, da juventude e da velhice e pela melhoria das condições de vida e de trabalho, bem como, pela promoção da cultura física e desportiva, escolar e popular e ainda pelo desenvolvimento da educação sanitária do povo* (art. 64 n^o 2). Associados a princípios de universalidade e equidade do sistema, aparecem a acessibilidade²¹, a globalidade e a continuidade de cuidados que promovessem a cobertura das necessidades da população (Silva, 2004).

²⁰ É de salientar que através da Lei n^o 1/89, de 08 de Julho, a Constituição da República foi revista e o S.N.S. tornou-se *universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito* (artigo 64, alínea 2a).

²¹ De acordo com Santana (2005, 176), a acessibilidade aos serviços de saúde incluem, por um lado, a procura dos utilizadores e os seus atributos dos quais se destacam o estatuto social, o rendimento e os recursos económicos disponíveis, a cobertura por segurança social ou o seguro de saúde, o tempo disponível para utilizar os serviços, o género, a idade, a dimensão e a estrutura do agregado familiar e o estado civil, a educação e a informação, as necessidades sentidas, as crenças e os factores culturais, o local de residência, os hábitos alimentares, as dependências, a etnicidade e a aculturação e, por outro, o tipo de oferta (hospital, centro de saúde, médico privado...), o local de prestação (consultório, domicílio...), o intervalo de tempo, o contacto com os serviços (uso ou não uso), o volume (quantidade de actos médicos) e a continuidade.

Assim, através da Lei nº 56/79, de 15 de Setembro, conhecida pela Lei Arnault, foi criado o Sistema Nacional de Saúde. Este S.N.S. fez parte da democratização política e social do país, permitindo uma considerável cobertura da população portuguesa em serviços de saúde. No período de 1971 a 1985, houve uma fortíssima expansão deste sistema de saúde. Todavia, as condições sociais, económicas e políticas em que o S.N.S. foi criado, levaram ao aparecimento de uma série de debilidades fundacionais. Estas fragilidades referem-se, sobretudo, ao débil apoio financeiro, à falta de inovação nos modelos de organização, à falta de transparência entre os interesses públicos e privados associada a um estado de coexistência assumida entre o financiamento do S.N.S. e da medicina convencionada e, finalmente, às dificuldades de acesso e à baixa eficiência dos serviços públicos (O.P.S.S., 2003).

Na década de oitenta, os serviços de saúde, não tendo recursos suficientes para dar resposta às solicitações da população²², incentivavam as instituições privadas a desempenhar um importante papel na oferta de cuidados e serviços de saúde, figurando aqui o Estado como mero financiador da saúde (Remoaldo, 2002a, 93). Em 1982, o Decreto-Lei nº 254/82, de 29 de Junho, criou as Administrações Regionais de Saúde e estruturou organicamente o Ministério da Saúde em duas Direcções Gerais, a Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Diferenciados e a Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários.

Durante o período de 1986 a 2002²³, os serviços de saúde continuaram a desenvolver-se, embora sob o signo de alguns constrangimentos, como, por exemplo, a dificuldade na acessibilidade aos cuidados de saúde por parte dos grupos de condição social modesta. O sistema de saúde tornou-se uma peça importante, mas não exclusiva, para assegurar o direito à saúde. A Lei de Bases da Saúde, Lei 48/90, de 24 de Agosto, descreveu as linhas gerais do actual sistema de saúde, valorizando, mais uma vez, o direito do cidadão à protecção da saúde, independentemente da sua condição socioeconómica. É nesta linha de pensamento que a alínea h) do nº1 da Base II refere que *é incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou à saúde individual*. É de salientar que, neste âmbito, se pretendeu o desenvolvimento da saúde com base num maior envolvimento do cidadão no próprio sistema.

A prioridade atribuída pelos Governos à Saúde Materna e Infantil determinou o

²² Podemos referir a afluência crescente aos serviços de urgência hospitalar como consequência do crescente aumento da consciência sanitária da população e da deficiência progressiva dos cuidados de saúde primários. Uma das medidas adoptadas pelo Governo da época foi o estabelecimento de uma taxa moderadora, de montante variável, embora ficassem isentos dessa taxa alguns grupos populacionais, tais como grávidas, parturientes e crianças até aos 12 anos de idade.

²³ Após a segunda revisão constitucional em 1989, foi afastado o princípio da completa gratuidade e a Lei de Bases de Saúde, de 1990, e o Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, de 1993, vieram consagrar a separação entre o sistema e serviço (Simões, 2004).

desenvolvimento de um programa específico dirigido a esta área da saúde. Em 1991, foram criadas as Unidades Coordenadoras Funcionais (U.C.F.), através do Despacho nº 6/91, de 28 de Maio, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, publicado em Diário da República, IIª Série, de 20 de Junho, que permitiu uma articulação e interligação entre os Centros de Saúde e os Hospitais. Neste contexto, a criação destas estruturas funcionais contribuíram, de alguma forma, para a continuidade dos cuidados de saúde revelando-se um instrumento positivo no estabelecimento de uma metodologia dialogante entre as diferentes instituições envolvidas, constituindo uma mais-valia para a identificação de carências e constrangimentos, sempre com a finalidade de diminuir a morbimortalidade, promover a saúde e otimizar progressivamente a qualidade de vida.

A constituição e as competências das U.C.F. foram reestruturadas através do Despacho nº 12917/98, de 27 de Junho (publicado no Diário da República, IIª Série, nº 171, de 27 de Julho), das quais realçamos: fomentar as consultas de referência e interligação regular e permanente, assegurar a divulgação e utilização correcta do Boletim de Saúde da Grávida (B.S.G.) e avaliar as necessidades e prioridades de cada área e propor medidas concretas no sentido de resolver os problemas de saúde materna e infantil desenvolvendo estudos epidemiológicos que permitissem um melhor conhecimento da realidade local²⁴.

Na nossa perspectiva, a articulação e a interligação entre os Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares foram, sem dúvida, um marco importante que impôs um salto qualitativo na área de saúde materna e infantil e na vigilância pré-natal, em particular. No entanto, é importante acrescentar que o desenvolvimento e funcionamento destas Unidades Coordenadoras não evoluíram à mesma velocidade em todas as regiões do País. Um importante programa de investimentos foi desenvolvido entre 1989 e 1994, incidindo, particularmente, na melhoria das instalações, dos recursos técnicos e humanos dos serviços de obstetrícia e neonatologia, bem como do equipamento dos Centros de Saúde afecto às intervenções no âmbito da vigilância da gravidez, do puerpério, do planeamento familiar e da saúde infantil (D.G.S., 2001).

Da análise dos programas desenvolvidos pelos diversos Governos do nosso país, encontramos o documento *Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do*

²⁴ As sucessivas alterações legislativas, nomeadamente a modificação dos modelos de gestão ao nível da prestação de cuidados de saúde primários e gestão hospitalar, designadamente com a criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde, a aprovação da rede de referência materno-infantil, por Despacho Ministerial, em 26 de Abril de 2001, a criação da Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente, através do despacho n.º 21929/2009, de 1 de Outubro, levou o Ministério da Saúde a efectuar a reestruturação das UCF da saúde materna e neonatal e da saúde da criança e do adolescente, permitindo a sua consolidação enquanto organismos funcionais indispensáveis à promoção da prestação de cuidados de saúde materna e neonatal e de saúde da criança e do adolescente, em cada região de saúde (Despacho n.º 9872/2010, publicado no Diário da República, IIª Série, nº 112 de 11 de Junho de 2010).

século (1998-2002), que foi reconhecida como uma das estratégias de saúde desenvolvidas com maior sucesso. Este documento identificava vinte e sete áreas *major* para a acção, desde o envelhecimento e a vida activa, até à depressão ou à saúde escolar. Identificava também o acesso aos serviços de saúde e qualidade desses mesmos serviços, as profissões de saúde, o financiamento da saúde, a gestão de recursos, bem como a informação e a cooperação europeia e internacional. As Administrações Regionais de Saúde incrementaram planos em concordância com esta estratégia a um nível mais operacional, sendo os profissionais estimulados a usar uma grelha estratégica para estabelecer e atingir os seus próprios objectivos (O.P.S.S., 2003).

Entretanto, o Decreto-Lei nº 156/99, de 10 de Maio, criou os Sistemas Locais de Saúde fixando como objectivos melhorar o acesso aos serviços de saúde e promover a saúde facilitando, desta forma, a redução das desigualdades. Esta política considerou importante e implementou, através da coordenação dos recursos públicos, sociais e privados, a integração de cuidados evitando duplicações e desperdícios e minorando a exclusão de pessoas e grupos sociais. No caso concreto da saúde materno-infantil, foi aprovada, dois anos mais tarde, a Rede de Referenciação Materno-Infantil, por Despacho Ministerial de 26 de Abril de 2001. As Redes de Referenciação Hospitalar (R.R.H.) foram definidas como sistemas através dos quais se ambicionava organizar as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições hospitalares e os Centros de Saúde, de forma a garantir o acesso de todos os utentes aos serviços e às unidades prestadoras de cuidados de saúde, suportado por um sistema integrado de informação interinstitucional (D.G.S., 2001).

A O.P.S.S. (2003) mencionou, tendo por base os últimos dezasseis anos, que o sistema político português não teve a competência suficiente para determinar processos de governação de saúde tecnicamente sérios e com um alicerce social de apoio sustentável. Salientou, ainda, que a compreensão deste fenómeno é primordial para o futuro. Actualmente, algumas mudanças têm sido introduzidas no sistema de saúde com vista à regulação e à eficiência do S.N.S.. O Ministério da Saúde exerceu uma intensa acção governativa, desencadeando um vasto conjunto de medidas, de entre as quais importa referir: a preparação do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, a nova Lei da Gestão Hospitalar, a implementação dos Hospitais S.A., a preparação de parcerias público-privadas, incluindo a adopção de uma nova Lei dos Cuidados de Saúde Primários (O.P.S.S., 2004).

No Plano Nacional de Saúde 2004-2010, é focado que os indicadores disponíveis em Portugal indicam, na sua globalidade, ganhos em saúde sustentados, revelando os dados estatísticos a melhoria dos cuidados de saúde. A título de exemplo, demonstramos que a Taxa

de Mortalidade Infantil atingiu, em 2004, o valor mais reduzido observado até essa data, 3,8‰ (I.N.E., 2005). Os indicadores da saúde infantil tiveram uma melhoria desde o início dos anos 60 do século XX, mas a redução mais acentuada operou-se durante a década de setenta, estando agora perto da média europeia. A mortalidade materna passou de 115,5 em 1960, para 5,3 por 100.000 mulheres, no final da década de 90. Segundo o I.N.E. (2004), a redução da mortalidade infantil contribui para a esperança média de vida à nascença que passou de 75 anos, em 1984, para 78 anos, em 2004. Contudo, há também que ter em conta a descida do Índice Sintético da Fecundidade²⁵. Como diz Segalen (1999), menos filhos mas melhor alimentados, mais bem vestidos, melhor cuidados e com melhor saúde. O sentido global destas mudanças possibilitou uma aproximação aos padrões europeus.

No entanto, a D.G.S. (2004a) apontava a capacidade para compreender a realidade nacional e planear, com mais detalhe, intervenções que conduzissem a maiores ganhos em saúde, estando, contudo, condicionada pelo limitado leque de indicadores disponíveis, reflexo do mau funcionamento do sistema de gestão da informação e do conhecimento. Deste modo, para obter mais ganhos em saúde, tendo em atenção o contexto de saúde na União Europeia, o Estado definiu como prioritárias as estratégias de saúde centradas na família e no ciclo de vida, bem como, na gestão da doença e das enfermidades. Deixamos para o subcapítulo seguinte a abordagem pormenorizada das políticas implementadas no âmbito da saúde materna.

Em síntese, podemos deduzir que os sistemas de saúde conheceram um desenvolvimento rápido por todo o país, parecendo estar ao alcance de todos, independentemente da localização geográfica e das condições sociais. Todavia, tendo em conta as alterações introduzidas no sistema de saúde e as suas implicações, em termos de complexidade e incerteza à volta do sector da saúde, um exercício de análise pode ajudar a sintetizar este contexto e a favorecer o enriquecimento da discussão pública e política sobre esta temática. Por outro lado, a análise de cada uma das áreas em que foram introduzidas novas medidas e propostas alterações, começa já a permitir identificar algumas implicações, reacções e tendências, o que favorece e aconselha a adopção de uma análise de futuro.

²⁵ As estatísticas demonstram de facto que a esperança de vida aumentou consideravelmente fixando em 2007 em 75,7 anos para os homens e 82,2 anos para as mulheres (I.N.E., 2008). Para além do aumento da longevidade, a baixa da natalidade é, também, responsável pelo envelhecimento da população. Segundo Segalen (1999), o Índice Sintético de Fecundidade é também denominado de *anual conjuntural* porque se exprime pelo número médio anual de nados vivos por mulher. Em 2007, em Portugal, esse Índice foi de 1,33 por mulher (I.N.E., 2008). Este facto traz algumas consequências para as famílias, uma vez que, a dimensão média diminuiu. A proporção de famílias constituídas por uma ou duas pessoas foi, em 2007, de 46,3%, contra 45,7%, no ano anterior (I.N.E., 2008). Já A. Barreto em 2000 salientava que em Portugal, a população conheceu oscilações significativas relacionadas com fenómenos como, a diminuição da natalidade, a redução da emigração, o aumento da imigração e a subida da esperança de vida.

Durante estas décadas, constatámos que o Estado foi assumindo progressivamente a responsabilidade da prestação e do financiamento da saúde.

Em termos globais e na nossa perspectiva, parece viver-se no sector da saúde um clima de insatisfação, incerteza e desconfiança, mais ou menos generalizada, sendo que as reformas introduzidas tardam em conseguir adeptos convictos entre os profissionais de saúde e em mostrar aos utentes a bondade das medidas adoptadas, no sentido de promover uma melhor saúde no país, enquadrada no âmbito do Serviço Nacional de Saúde.

Podemos ainda acrescentar que os sistemas de saúde derivaram essencialmente da confluência de duas concepções de protecção social que acabaram por criar uma rede destinada a responder às necessidades da população. O sistema de saúde português foi submetido a múltiplas reformas que levaram a avanços (ganhos em saúde) e recuos (perdas em saúde), no que diz respeito ao direito à saúde dos portugueses. Neste âmbito, salientamos o facto de algumas reformas demonstrarem falhas, uma vez que mantiveram traços de modelos anteriores e privilegiaram a componente normativa em prejuízo da executiva. Ao longo das últimas décadas, parece-nos que foi cometido um erro sistemático em que as propostas das reformas de saúde foram enunciadas sem analisar, de forma pormenorizada e minuciosa, o contexto económico, social, cultural e político da época em que estavam a ser implantadas. Será que os cuidados prestados eram acessíveis a todos, eficientes e de qualidade, com o intuito de prevenir as desigualdades sociais? *Há valores cuja defesa tem persistido ao longo do tempo como a cobertura universal, a equidade no acesso e utilização de cuidados de saúde e a solidariedade no financiamento* (Biscaia et al., 2006b, 52). A noção de Cuidados de Saúde Primários consagra, deste modo, uma nova concepção de sistema de saúde.

1.2. A Rede de Cuidados de Saúde Primários

Durante o último quarto de século, Portugal sofreu, sucessivamente, em períodos de tempo particularmente curtos, transformações de importância transcendente: democratização e descolonização (1974), entrada na Comunidade Económica Europeia (C.E.E.-1986) e integração na União Monetária Europeia (2000). Estas mudanças ocorreram num ambiente de rápida transição do paradigma tecnológico (O.P.S.S., 2003).

Não podemos esquecer que o S.N.S. português se caracteriza por uma adequada rede de Cuidados de Saúde Primários que permite um desenvolvimento social e económico global

da comunidade e que a interligação entre os Cuidados de Saúde Primários (C.S.P.) e Hospitalares (C.H.) é fundamental. Os Centros de Saúde são unidades de saúde que prestam cuidados de saúde²⁶ a uma comunidade geograficamente circunscrita e bastante bem definida, proporcionando o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade, o que possibilita a aproximação da assistência de saúde aos locais onde a população vive.

A Conferência Internacional de Alma-Ata, em 1978, descreveu os Cuidados de Saúde Primários como cuidados essenciais de saúde, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundamentados e socialmente aceitáveis, colocados ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade. Assim, mediante a sua plena participação, a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, dentro de um espírito de autoconfiança e de autodeterminação, os C.S.P. têm como finalidade alcançar um potencial de saúde para todos, através da promoção e da protecção da saúde dos indivíduos ao longo da vida. Na perspectiva desta Conferência, as actividades abrangidas pelos Cuidados de Saúde Primários são, entre outros, a educação para a saúde, a promoção de uma nutrição adequada e a assistência materno-infantil, incluindo o planeamento familiar. Refere, ainda, que estes fazem parte integrante do sistema de saúde do país, e representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, devendo ser levados o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. Se tivermos em consideração estas características, podemos certificar que, em Portugal, os Cuidados de Saúde Primários têm uma história que não vai além de trinta e nove anos, mas cuja infra-estrutura organizativa cobre todo o território nacional.

Ao longo deste tempo, houve um esforço sustentado para melhorar a saúde e os serviços de saúde, o que se traduz no aumento do financiamento da saúde e na expansão dos serviços de saúde, quer em termos de instalações, quer na adopção de novas tecnologias médicas e de informação. Contudo, reformas bem-intencionadas foram, muito frequentemente, implementadas de forma incompleta, quer por limitações de gestão, quer, ainda, por resistência à mudança ou descontinuidade política. Destacamos, contudo, um significativo salto qualitativo nos Cuidados de Saúde Primários que teve início a partir da década de 70 com o Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de Setembro (Lei orgânica do Ministério da Saúde) e cuja filosofia foi premonitória do que seria, sete anos mais tarde, promulgado em

²⁶ Os Centros de Saúde foram criados pelo Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de Setembro, reformulados pelo Decreto-Lei nº 254/82, de 29 de Junho, regulamentados pelo Despacho Normativo nº 97/83, de 28 de Fevereiro e redefinidos, em 1999, pelo Decreto-lei nº 157/99, de 10 de Maio. No entanto, o Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril que entrou em vigor com o diploma que aprovou a criação de uma entidade reguladora da saúde, ao conceber a rede de Cuidados de Saúde Primários introduziu um sentido diferente ao conceito de Centro de Saúde, no qual o director não é necessariamente um médico. Este contém ainda, as unidades de cuidados médicos, o apoio à comunidade e de Enfermagem, a Saúde Pública e a gestão administrativa (Simões, 2004).

Alma-Ata. Identificamos quatro fases relevantes no desenvolvimento deste sistema. Uma primeira fase, desde 1971 até ao período de 1974-1975, uma segunda, de 1975 a 1982, podendo ser caracterizada como a fase do Serviço Médico à Periferia e, finalmente, uma terceira fase, a partir de 1983, identificada como a fase dos Centros de Saúde Integrados, até à fase actual de transição (Branco e Ramos, 2001).

O Despacho normativo nº 97/83, de 22 de Abril, que aprovou o Regulamento dos Centros de Saúde, definiu-os como *uma unidade integrada, polivalente e dinâmica que presta cuidados de saúde primários, visa a promoção e vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, e se dirige ao indivíduo, família e comunidade.*

Em termos estatísticos e segundo informação do I.N.E. (2001b), existiam em Portugal em 1999, cerca de 390 Centros de Saúde, confirmando-se em 2003, a existência de 393 Centros de Saúde e 1.945 extensões de saúde (I.N.E., 2005). Porém, em 2008, verificámos uma diminuição desse número cifrando-se, em 377 (I.N.E., 2009b), muito embora a partir dos anos 70, se tenha reforçado o papel da promoção da saúde e da prevenção da doença, no quadro de uma organização de Cuidados de Saúde Primários, considerados como a base do sistema de saúde.

Até 2003, foi possível identificar três gerações de Centros de Saúde. A primeira, que nasce em 1971, integrou múltiplas instituições com inquietações preventivas e de saúde pública, até aí organizadas de modo vertical, numa rede orientada e inserida nas comunidades locais (Branco e Ramos, 2001). Estes Centros de Saúde prestavam cuidados ligados a programas de vacinação, de vigilância de saúde da grávida e da criança, de saúde escolar e de autoridade sanitária. Prioritariamente, as intervenções realizadas nestas instituições estavam mais associadas à prevenção. Porém, da análise das actividades desenvolvidas ao longo destes anos, destacamos o facto de coexistirem duas intervenções diferentes mas complementares em termos de necessidades e de expectativas dos utentes e que, em nossa opinião, influenciou as práticas de saúde. Assim, distinguimos uma intervenção comunitária com objectivos de promoção da saúde com actividades programadas e uma intervenção de cuidados imediatos, de resposta às necessidades de saúde dos doentes e que se traduziram num aumento de consultas, de visitas domiciliárias e de tratamentos de enfermagem, não planeados e organizados por objectivos de saúde. Tendo em conta os indicadores de saúde, podemos afirmar que esta primeira geração foi, para a sua época e contexto social, um sucesso notável.

A segunda geração aparece em 1983, denominada de Centros de Saúde Integrados, resultantes da mistura das principais vertentes assistenciais (Centros de Saúde, Postos dos Serviços Médico-Sociais e Hospitais Concelhios), que permitiram uma maior racionalidade

formal na prestação de cuidados de saúde. Esta segunda geração herdou as estruturas dos Centros de Saúde de primeira geração. No entanto, estes não apresentaram uma grande melhoria na acessibilidade a consultas e a visitas domiciliárias nem, tão pouco, na programação com objectivos de saúde e procedimentos preventivos e de vigilância (*e.g.*, área materno-infantil). Até podemos dizer que um dos problemas destes Centros era o facto de serem demasiados “autistas”, ou seja, de estarem encerrados sobre si próprios, sem muita abertura para trabalhar na comunidade.

Quanto à terceira geração de Centros de Saúde, esta não passou do Decreto-Lei que os criou (Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio). Este diploma concedia personalidade jurídica, autonomia administrativa, técnica e financeira aos Centros de Saúde e a sua constituição seria realizada por equipas em unidades independentes, mas interligadas. A criação deste novo modelo permitiria novas metodologias de trabalho, tendo formas de retribuição mais justas, porque se organizavam com uma estrutura assistencial em unidades operativas com missões complementares. De facto, estes estariam orientados para os utentes e a comunidade, em pequenas unidades profissionais constituídas por lista de utentes, por pequenas áreas geográficas ou por comunidade (Branco e Ramos, 2001). Esta organização permitiria, de alguma forma, conhecer e intervir no terreno, indo ao encontro dos mais vulneráveis e dos mais necessitados, reduzindo, deste modo, certas desigualdades.

A Ordem dos Enfermeiros (2006) assumiu que a organização e prestação de cuidados ao nível dos Cuidados de Saúde Primários eram áreas prioritárias para o bem-estar e estado de saúde das populações. A coordenação de programas de saúde dos cuidados de enfermagem e a participação no planeamento em saúde e na gestão dos serviços, são condição necessária para o melhor aproveitamento de meios e maior eficácia dos Cuidados de Saúde Primários.

Actualmente, uma maior diversidade de oferta de cuidados e uma crescente possibilidade de escolha dos cidadãos, pretende estimular uma nova mudança nos Cuidados de Saúde Primários. Mais recentemente, em 2003²⁷, *foi redefinida a rede de prestação de cuidados de saúde primários, ficando constituído pelos Centros de Saúde integrados no S.N.S., pelas entidades de sector privado, com ou sem fins lucrativos, que prestam cuidados de saúde primários a utentes do S.N.S. nos termos de contratos celebrados (...)* (Decreto-Lei

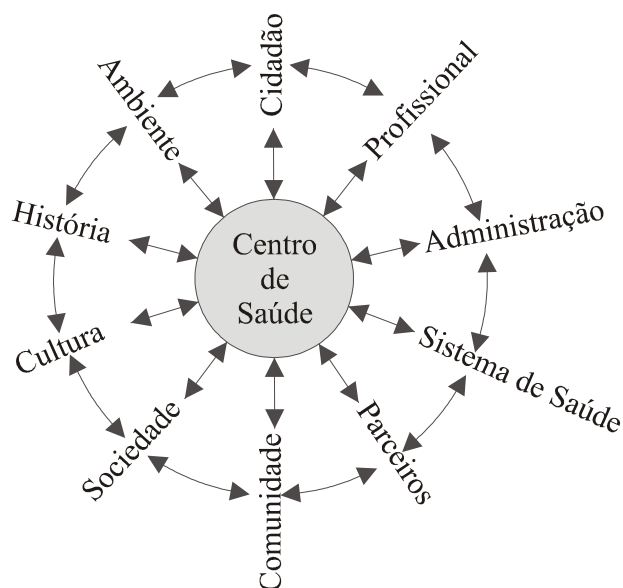
²⁷ O Decreto-Lei 60/2003, de 1 de Abril – Lei da Rede dos Cuidados de Saúde Primários explicava o sistema de prestação de Cuidados de Saúde Primários como o conjunto fundado por serviços públicos de prestação de cuidados de saúde primários, munidos de autonomia técnica e administrativa, denominados por Centros de Saúde (integrados no Serviço Nacional de Saúde) e por entidades do sector privado, com ou sem fins lucrativos, com quem fossem celebrados contratos ou acordos e que dispensassem Cuidados de Saúde Primários a utentes do Serviço Nacional de Saúde. Estes estão organizados em quatro unidades denominadas de cuidados médicos, de apoio à comunidade e de enfermagem, de saúde pública e de gestão administrativa, tendo cada uma o seu coordenador. Esta Lei foi revogada em 2005 (Biscaia *et al.*, 2006b).

60/2003, de 1 de Abril, art.º 1º, nº 2). A sua missão foi a de providenciar cuidados de saúde, tendencialmente gratuitos, abrangentes e continuados. A intervenção dos serviços integrados nesta rede abrange a promoção de saúde, a prevenção da doença e a gestão de problemas de saúde, articulando-se com os serviços hospitalares.

Presentemente, os Cuidados de Saúde Primários estão a viver uma reforma que estabelece novos desafios, designadamente à cultura das organizações de saúde. Estes situam-se essencialmente na estrutura, nos processos, nas estratégias e nos objectivos mas, também, no consciente organizacional, tais como, as crenças, as certezas fundamentais, os conflitos reprimidos (Biscaia, 2006a). Neste campo, esta última reforma permite a reconfiguração dos Centros de Saúde em Unidades de Saúde Familiares (U.S.F.), o que consiste na formação de equipas multiprofissionais, organizadas por especialistas em Medicina Geral e Familiar, que se agrupam voluntariamente com o objectivo de prestar cuidados de saúde mais próximos dos cidadãos. Assim, as U.S.F. podem ser examinadas como unidades elementares da vertente de prestação de cuidados individuais e familiares dos C.S.P.. Segundo a proposta apresentada em Janeiro de 2006 pelo Grupo da Missão dos C.S.P., a unidade apresentava como missão e responsabilidade, manter e melhorar o estado de saúde das pessoas por ela abrangidas, através da prestação de cuidados de saúde gerais, de forma individualizada, com acessibilidade eficaz e uma adequada continuidade, abarcando os contextos sócio-familiares, e os cuidadores informais. Isto significa que se preconiza que o utente e a sua família desempenhem, cada vez mais, um papel activo e influente na melhoria das condições de saúde e da qualidade dos cuidados que lhe são prestados. O acesso a cuidados de saúde de qualidade manifesta-se na sua aquisição, no local e na ocasião em que são imprescindíveis, com a certificação de efectividade, eficiência, continuidade e satisfação do utente. Para se conseguir tal desiderato, é forçoso criar um clima de cooperação e de inter-ajuda que, naturalmente, aperfeiçoe a acessibilidade dos utentes aos cuidados de saúde.

Portanto, tendo em conta que a saúde e a doença fazem parte do mesmo *continuum* multidimensional, a mudança terá de ser realizada no sentido de colocar o cidadão no centro, fomentando a equidade e valorizando a qualidade de vida. Para atingir os objectivos propostos, as equipas envolvidas nas U.S.F. deverão dispor de novas competências técnicas e profissionais, dando realce às competências de autonomia, de gestão pessoal, de negociação, de reconstrução de compromissos e de partilha de uma cultura comum (Covita, 2006). Nesta dinâmica, os Centros de Saúde são considerados organizações complexas, sistemas abertos que interagem com uma rede, também complexa que se estende a toda a sociedade (Figura 2) de que a informação, o conhecimento e a aprendizagem, fazem parte.

Figura 2 – Complexidade dos Centros de Saúde



Fonte: Adaptado de Ferrão e Biscaia (2006, 99).

Neste cenário, importa ainda referir que assistimos hoje, em Portugal, a mudanças fundamentais no sector da saúde. Já Hespanha (1987, 195) afirmava que alguns marcos primordiais de mudança foram, sem dúvida, *uma nova e mais arrojada política de saúde baseada na implantação de um serviço nacional descentralizado e gratuito, uma filosofia de prestação de cuidados primários assente na integração e planeamento a nível local das acções de saúde básica, a reestruturação do aparelho oficial da saúde, desde as direcções gerais até aos centros de saúde (...)*.

Em 2008, foi publicado o Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, que vem estabelecer o regime de criação, estruturação e funcionamento dos Agrupamentos de Centros de Saúde (A.C.E.S.), do Serviço Nacional de Saúde e que substituem as antigas Sub-Regiões de Saúde por integração nas diferentes Administrações Regionais de Saúde. A presente intervenção legislativa consiste na criação de A.C.E.S., serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais Centros de Saúde e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica, tendo sido criados com o objectivo de melhorar, ainda mais, a qualidade dos serviços. A maioria dos A.C.E.S. ainda estão a organizar-se não sendo, por isso, possível fazer uma avaliação sobre o seu funcionamento e sobre os ganhos em saúde, nomeadamente, no âmbito da vigilância pré-natal.

Podemos sintetizar que, tendo em conta os modos e as condições de vida da

população, os Cuidados de Saúde Primários apresentam-se como um meio de dar respostas às necessidades de saúde da população, trabalhando para e com esta mesma população. A reforma continuada das políticas de saúde tem de ser considerada como um processo de evolução contínua de forma a acompanhar as necessidades e as expectativas da sociedade, sendo importante para obter ganhos em saúde. Inserido neste contexto, podemos questionar como é que funciona o programa de vigilância de saúde pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários?

1.3. O programa de vigilância pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários

1.3.1. A vigilância pré-natal no contexto da Saúde Reprodutiva

As questões relativas à Saúde Reprodutiva têm despertado o interesse de pesquisadores, de gestores e da própria sociedade, por se tratar de um tema relevante para o delineamento de políticas populacionais e para o desenvolvimento socioeconómico. Identificamos, por exemplo, os serviços de saúde que têm sido organizados procurando garantir uma assistência integral e humanizada às grávidas e às suas famílias, no sentido de fortalecer as intervenções educativas no âmbito da promoção de saúde. Com este objectivo, os serviços de saúde têm já estabelecida uma Rede de Cuidados Primários de Saúde para a grávida em articulação com os serviços hospitalares de obstetrícia. De igual modo, as profundas modificações que ocorreram no tradicional modelo de família, associadas ao aparecimento de uma diversidade de formas de família, bem como a iniciação, cada vez mais precoce, dos jovens numa vida sexual activa, levaram a que o conceito de Planeamento Familiar fosse gradualmente substituído por um novo conceito, bastante mais abrangente, o conceito de *Saúde Reprodutiva* (Joaquim, 1999).

Este conceito foi abordado, pela primeira vez, em 1994, na Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (C.I.P.D.) que teve lugar no Cairo, sendo percebido como *um estado de bem-estar físico, psíquico e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade, em tudo o que diz respeito ao sistema reprodutivo, bem como às suas funções e processos* (D.G.S., 2008, 5). Foi a partir desta Conferência que este conceito foi plenamente aceite e difundido. A Direcção-Geral da Saúde (2008) expressa o direito de cada indivíduo a ser informado e a ter acesso a métodos de planeamento familiar de acordo com a sua escolha, e que sejam seguros, eficazes e aceitáveis. Também refere o acesso a serviços de

saúde adequados, que permitam às mulheres terem uma gravidez e um parto em segurança, possibilitando aos casais as melhores oportunidades de terem crianças saudáveis. Abrange, ainda, o direito à saúde sexual, entendida como potenciadora da vida e das relações interpessoais (D.G.S., 2008). Os cuidados a prestar em Saúde Sexual e Reprodutiva constituem, deste modo, um conjunto diversificado de serviços, de técnicas e de métodos que visam a saúde e o bem-estar reprodutivos de mulheres e de homens ao longo do seu ciclo de vida.

Podemos vislumbrar da própria definição que este não é apenas um conceito médico ou biológico, incluindo nele aspectos sociais e culturais. Assim, o sistema de saúde é confrontado, por um lado, com a saúde como um bem social em que há uma evidente exigência de cuidados de saúde de qualidade e, por outro, como meio de garantir a todos os cidadãos a equidade e a continuidade dos cuidados. *A introdução deste ponto de vista holístico minimiza a exclusividade que o paradigma biomédico tinha na definição tradicional: o estado de saúde envolve também o contexto emocional, político, económico e social onde ocorre a vida quotidiana dos indivíduos* (Almeida, 2004, 25). Concordamos, ainda, com esta socióloga, quando aponta que o destaque é igualmente colocado numa *dimensão de cidadania*²⁸.

Neste sentido, a Saúde Reprodutiva é uma das áreas de cuidados de saúde consideradas prioritárias no quadro das Estratégias de Saúde aprovadas pelos mais diversos Governos do nosso país e integra os cuidados pré-concepcionais, pré-natais, de planeamento familiar e de puerpério, bem como o direito à saúde sexual, como podemos constatar da Carta dos Direitos Reprodutivos. De facto, as políticas ambicionam fomentar as relações de dignidade, de equidade e de respeito entre sexos.

Ao longo da vida da mulher, surgem momentos especialmente vulneráveis associados, muitas das vezes, à saúde reprodutiva mas, também, a fenómenos relacionados com o papel social que a mulher desempenha (Portugal, 1999). Logo, a saúde durante a gravidez é um bem indispensável. O nascimento de uma criança é um acontecimento primordial na vida das famílias. A mudança do contexto histórico social ao longo do século passado contribuiu, claramente, para a evolução da Saúde Reprodutiva em Portugal. Durante séculos, os cuidados prestados às mães e às crianças foram considerados assuntos domésticos, pertencentes ao foro das mães e das parteiras, tendo-se transformado, gradualmente, numa prioridade de saúde pública. A prestação de cuidados de saúde tal como a vemos hoje, organizada e com recursos

²⁸ Os direitos reprodutivos fazem parte integral de uma carta universal dos direitos humanos e pressupõem que homens e mulheres façam uma livre escolha informada em matéria de reprodução e sexualidade.

físicos e humanos adequados, com profissionais devidamente formados é extremamente recente (Santana e Vaz, 1999). Assim, a saúde da mulher e da criança, constituiu uma prioridade da política de saúde do nosso país cujo objectivo fundamental é a melhoria da prestação de cuidados deste grupo populacional. Deste modo, é importante enquadrar a vigilância de saúde pré-natal num projecto político que responda às necessidades e às exigências da sociedade, zelando, deste modo, pela saúde dos seus cidadãos, garantindo acesso aos cuidados (O.M.S., 2005).

Na Europa, por exemplo, em França, na Dinamarca ou na Bélgica, encetou-se há já sessenta anos, a formalização dos sistemas de saúde para a grávida, assentes em consultas de rotina com intervalos regulares (Remoaldo, 2002a), havendo, no entanto, uma evolução no número de consultas recomendadas. Na verdade, não existe ainda consenso no que diz respeito ao número ideal de consultas durante a gravidez. A maioria dos autores sugere a seguinte periodicidade: uma consulta de 4 em 4 semanas, ou seja, mensal até à 32ª semana; uma consulta de 2 em 2 semanas, isto é, quinzenal, da 33ª à 37ª semana e uma consulta semanal, a partir da 38ª semana (Graça, 1996). O Instituto Universitário Dexeus, em Barcelona, recomenda a frequência das consultas de uma por mês até à 30ª semana; uma quinzenal da 30ª até à 36ª semana; uma semanal da 37ª até à 40ª semana e uma, ou duas, vezes por semana a partir da 40ª semana. Em Portugal, segundo a Direcção-Geral da Saúde (1989), as consultas de vigilância pré-natal são marcadas mensalmente até à trigésima sexta semana de gravidez, quinzenalmente até à quadragésima semana e, a partir daqui, semanalmente, se a gravidez se prolongar até à quadragésima segunda semana. No entanto, devido a condicionamentos dos Centros de Saúde, estas consultas podem ser marcadas em esquema reduzido, num mínimo de seis consultas. As razões apontadas estão, sobretudo, relacionadas com a situação clínica da mulher grávida. Em nossa opinião, o número de consultas é importante para que os cuidados pré-natais sejam adequados. Todavia, o momento da primeira consulta e a qualidade do atendimento são, ainda, mais relevantes. Nesta circunstância, o desafio das autoridades políticas, dos profissionais de saúde e da comunidade é, primordialmente, lutar para garantir às mulheres as medidas de promoção de saúde, em todo o seu processo de vida e, mais especificamente, no ciclo gravídico-puerperal.

Jacques (2007), estudando alguns aspectos relativos ao processo de nascimento, descreve o aparecimento de regras científicas consistentes para a vigilância das mulheres durante a gravidez, explanando a importância das futuras mães adquirirem uma consciência do papel que vão desempenhar. Knibiehler (1997) também afirma que esse papel pressupõe uma consciência, uma educação e uma cultura de origem científica. A maioria dos autores

considera a vigilância de saúde pré-natal como a assistência prestada à futura mãe durante a sua gestação, envolvendo o feto em desenvolvimento, identificando, diagnosticando e tratando das diferentes respostas, quer fisiológicas, quer psicossociais ou culturais da mulher e da família. De facto, é necessário realizar uma adequada avaliação dos riscos psicossociais susceptíveis de comprometer o bem-estar futuro da mulher, da criança e da própria família. Na esteira deste objectivo, os serviços de saúde têm sido reorganizados procurando garantir uma assistência integral e humanizada às mulheres, redireccionando um modelo vigente curativo e intervencionista, no sentido de fortalecer as intervenções preventivas e de promoção de saúde (Brienza, 2005). Nesta linha de pensamento e para certificar que todas as famílias têm acesso a cuidados de saúde, os Governos tentam desenvolver um processo de criação de sistemas de saúde coerentes, integrados e eficazes que permitam responder às necessidades das pessoas, eliminando entraves financeiros e défices de recursos humanos à prestação de cuidados (O.M.S., 2005).

Em Portugal, as políticas de saúde e as políticas sociais, atribuem uma importância capital ao nascimento, desenvolvendo medidas específicas a favor das mulheres grávidas. Estas políticas asseguraram um mínimo de cuidados necessários durante a gravidez, cujos ganhos observados, comparativamente ao passado e relativamente à diminuição da mortalidade materna e perinatal, são fortes testemunhos do longo caminho já trilhado. Estes não são apenas indicadores de saúde, representam, principalmente, uma melhoria das condições socioeconómicas e da qualidade dos serviços de saúde disponíveis (D.G.S., 2002b). De facto e como já referimos no item 1.1. do Capítulo II, nos últimos trinta e cinco anos, o nosso país tem demonstrado uma extraordinária melhoria de alguns índices, nomeadamente: a Taxa de Mortalidade Infantil e a Taxa de Mortalidade Materna, o que comprova a preocupação do Estado na produção de políticas capazes de responder às necessidades populacionais, evidenciando ainda que a saúde pública se generalizou no período em estudo. É de salientar que, desde 1998, Portugal deixou de ocupar o último lugar da União Europeia no que diz respeito à Taxa de Mortalidade Infantil, encontrando-se agora numa posição mais favorável do que a Irlanda, a Grécia e o Reino Unido. Quanto à Taxa de Mortalidade Materna, em 2000, cifrava-se em 2,5% e os partos sem vigilância eram, nesse mesmo ano, de 0,15%. Porém, o decréscimo destas taxas não é apenas devido às políticas de saúde, relacionando-se, também, com a melhoria das condições de vida, com as mudanças nos comportamentos individuais, com a melhoria das condições no trabalho e com um maior nível de instrução, como já foi mencionado. A título de exemplo, podemos salientar uma melhor nutrição resultante de maiores aportes alimentares, uma mudança alimentar para reduzir a ingestão de

calorias, de gorduras, de sal e de açúcar, a prática de exercício físico moderado, os avanços na higiene, bem como a vigilância periódica de saúde. Não menos importante, destacamos a qualidade dos cuidados de saúde que conduzem à saúde e ao bem-estar da população, assim como a formação dos profissionais de saúde que intervêm no processo de nascimento. A Organização Mundial de Saúde (1996) aponta a enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica como a profissional mais adequada e com menor custo de efectividade para ser responsável pela vigilância de saúde durante a gravidez e parto normal. Todavia, a escassez de enfermeiros especialistas nesta área, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, reflecte-se na qualidade dos cuidados a prestar à mulher e à família durante a gravidez.

De igual modo, pretendemos salientar algumas estratégias referidas no Plano Nacional de Saúde orientado por prioridades definidas no âmbito de programas de saúde e que deverão ser implementadas de 2004 a 2010. Assim, a Direcção-Geral da Saúde realça, entre outros, a necessidade de:

- aumentar o número de casais que realiza uma consulta médica no período pré-concepcional com o objectivo de preparar uma gravidez;
- aumentar os esforços dirigidos às adolescentes e às minorias étnicas;
- fornecer uma maior atenção à promoção da saúde mental na gravidez e no primeiro ano pós-parto, através dos Cuidados de Saúde Primários;
- aumentar ainda mais a taxa de cobertura das puérperas;
- dar continuidade ao reforço das garantias em Saúde Sexual e Reprodutiva;
- fortalecer a promoção de comportamentos saudáveis durante a gravidez, principalmente dos que visam a diminuição de risco, tais como o consumo de tabaco e de álcool e à possibilidade de infecção por infecções sexualmente transmissíveis;
- assegurar condições de exercício da autodeterminação sexual assente num processo educativo integrado e na adequação gradual dos serviços prestadores de cuidados;
- realizar a preparação para o parto, quer física quer psicologicamente, com equipas de profissionais disponíveis (D.G.S., 2004b).

No seguimento destas orientações, acentuamos o interesse destas estratégias no sentido de dar prioridade ao aumento da cobertura no período pré-concepcional e no

puerpério, bem como de resgatar a fulcral importância da gravidez e do parto, tanto para a mulher, como para o pai e restante família. Este processo pressupõe um cuidar holístico, considerando os aspectos físicos e psicológicos mas, essencialmente, os aspectos sociais e culturais que com ele interferem, como, por exemplo, as representações sociais relativas à gravidez, os mitos e as crenças e o apoio social, quer da família, quer da comunidade. Deste modo, a vigilância de saúde pré-natal tem sido considerada uma prioridade em desenvolvimento de programas, de actividades e na realização de experiências. O controlo da mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida²⁹, provocaram um aumento da população o que estimulou os Governos a criarem políticas de saúde com o objectivo de apoiarem as consultas de planeamento familiar e de vigilância pré-natal.

A diminuição da Taxa de Fecundidade pode estar relacionada com uma pluralidade de factos: a difusão da contracepção, a progressiva laicização da sociedade, os novos hábitos e mentalidades, o emprego das mulheres, a urbanização, a emigração e o aperfeiçoamento da educação (Barreto *et al.*, 2000). *Quantificada nos seus contornos, intensidade e diversidade, a queda da fecundidade em Portugal explica-se, num horizonte mais imediato, pelo crescente acesso e utilização dos métodos de contracepção médica, segura e eficaz, cujo uso é encorajado pelas políticas sociais e de saúde posteriores ao 25 de Abril* (Almeida, 2004). No nosso entender, o enorme progresso e aumento da utilização dos métodos contraceptivos, permitiu às mulheres evitar ou reduzir os nascimentos indesejados, fazendo apelo a uma maternidade e paternidade responsáveis. Outros factores, considerados importantes na explicação da queda da fecundidade, estão ligados à redução progressiva da mortalidade infantil (já analisada anteriormente) e à idade tardia do casamento, reflexo, por exemplo, da procura de uma estabilização profissional ou desejo de autonomia e ao alargamento dos intervalos entre os nascimentos (Meliço, 1991). A insegurança no trabalho, que indica a dificuldade em garantir um nível de rendimento sólido e durável, é outro factor importante, pois os casais têm tendência a não se comprometerem com novas despesas, designadamente com as relativas aos filhos.

É unânime considerar-se que os cuidados de saúde prestados à grávida, ao feto, ao recém-nascido e à família, influenciam a mortalidade e a morbidade materna e fetal. Autores

²⁹ Como vimos a esperança de vida aumentou significativamente nas últimas décadas porque por, um lado, houve a melhoria das condições de vida económicas e sociais (vistas através de indicadores de consumo, de equipamento doméstico, de conforto e de acesso à educação), dos progressos da medicina e da facilidade nos acessos a serviços de saúde e por outro, o decréscimo rápido da fecundidade que inclui novos cenários (*e.g.*, calendário dos nascimentos e a relação entre nupcialidade e procriação – Barreto *et al.*, 2000; Almeida, 2004). Houve também o recurso a novos métodos contraceptivos. Em 1962, apareceram em Portugal os primeiros métodos contraceptivos hormonais (pílula), cuja prescrição era apenas utilizada com fins terapêuticos. Esta provocou uma verdadeira revolução sexual e social. Segundo o inquérito à Fecundidade e Família, realizado pelo Instituto Nacional de Estatísticas em 1997, esta é o método mais utilizado em Portugal. 60% das mulheres utilizam a pílula como método contraceptivo de escolha. A maioria da população também passou a gozar de infra-estruturas tais como água, luz, saneamento básico, o que ajudou a melhorar o bem-estar colectivo e individual.

como, Graça (1996), Cunnigham (2000), Remoaldo (2002a) e Cabral (2003), sublinharam que os cuidados pré-natais eficazes e adequados previnem o aparecimento de atraso de crescimento intra-uterino, reduzem o risco de parto pré-termo ou de morte perinatal. De facto, estes são factores decisivos na prevenção de vários resultados desfavoráveis à gravidez, sendo ainda geradores de benefícios em termos económicos, uma vez que é mais barato providenciar cuidados de saúde ao longo da gravidez do que prestar cuidados neonatais intensivos. Assim, os cuidados pré-natais afiguram-se como uma relevante história de sucesso. Contudo, os profissionais de saúde poderão actuar melhor nesses cuidados, enfatizando intervenções mais eficazes (O.M.S., 2005). Na verdade, estes profissionais podem otimizar o uso dos cuidados pré-natais, ajudando as mães a preparem-se para o parto e para a maternidade, uma vez que persiste uma enorme necessidade de informação e de instrução (O.M.S., 2005).

As políticas de saúde alertam para que, antes e durante os nove meses de gestação, a mulher e a sua família recorram várias vezes aos serviços de saúde para uma vigilância e um acompanhamento adequado. A consulta pré-concepcional é de extrema importância no planeamento de uma gravidez e consiste na prestação de cuidados destinados à manutenção da saúde, pondo em realce comportamentos saudáveis que promovam a saúde da mulher e do seu potencial feto. Nesta consulta, é executado um exame global para detectar situações de doença que possam prejudicar uma futura gravidez, sendo ainda efectuada uma avaliação do risco genético através da história familiar. O rastreio de determinadas doenças também é preconizado, na medida em que, caso existam, poderão prejudicar o desenvolvimento do feto ou a saúde da mãe.

É de salientar que na consulta se proporcionam momentos para discutir os direitos reprodutivos, fornecer algumas informações sobre a fisiologia da reprodução, dar especial atenção às doenças infecciosas e crónicas, planear o nascimento do primeiro filho e preparar o casal para as funções parentais. Sabemos que as consultas de planeamento familiar constituem também momentos privilegiados para a prestação de cuidados pré-concepcionais, importantes para o planeamento de gravidez, conforme é preconizado na Circular Normativa n.º 2/D.S.M.I.A. (Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes), de 16 de Março de 2006, que revoga a Circular de 18 de Março de 1998, e onde a Direcção-Geral da Saúde estabelece várias recomendações (Quadro 2).

Quadro 2 – Recomendações da D.G.S. sobre a consulta pré-concepcional

Cuidados pré-concepcionais	
Determinar	<ul style="list-style-type: none">• Risco concepcional / Risco genético;• Os possíveis efeitos da gravidez sobre as condições médicas existentes;• Introduzir as modificações convenientes, orientando de acordo com os riscos.
Efectuar	<ul style="list-style-type: none">• Grupo sanguíneo e Rh;• Rastreamento das hemoglobinopatias (conforme circular normativa nº18/D.S.M.I.A./2004);• Rastreamento de toxoplasmose, da sífilis, da infecção por VIH e por Citomegalovírus;• Imunidade à rubéola e vacinação;• Estado de portador de hepatite B e vacinação de acordo com o Programa Nacional de Vacinação (P.N.V.) 2006 (circular normativa nº 8/DT/2005);• Vacinação Antitetânica de acordo com P.N.V. 2006;• Rastreamento do cancro do colo do útero;• Outros testes laboratoriais.
Discutir	<ul style="list-style-type: none">• Espaçamento recomendado entre os nascimentos, incluindo as questões relativas ao uso dos contraceptivos e à sua interrupção;• As possíveis consequências para o feto da ocorrência na gravidez de uma infecção de transmissão sexual e a importância da adopção de comportamentos seguros;• Aspectos psicológicos, familiares, sociais e financeiros relacionados com a gravidez;• Estado nutricional, hábitos alimentares e estilos de vida;• Importância da vigilância pré-natal precoce e continuada.
Recomendar	<ul style="list-style-type: none">• Registo do calendário das menstruações;• Suplemento com ácido fólico a iniciar pelo menos dois meses antes da data de interrupção do método contraceptivo;• Rastreamento pelo futuro pai da sífilis, da infecção pelo VIH e do estado de portador de hepatite B.
Programar	<ul style="list-style-type: none">• Acompanhamento de situações de risco, em estreita colaboração com o Hospital de Apoio Perinatal.

Fonte: Elaboração própria, tendo por base a circular normativa nº 2/D.S.M.I.A., de 16 de Janeiro de 2006.

Importa ainda salientar que, em nosso entender, uma equipa multiprofissional é importante para o acompanhamento do casal nestas situações. Portugal (1999) lembra a necessidade da rede de Cuidados de Saúde Primários organizar serviços multiprofissionais orientados para a promoção de saúde da mulher e da sua família, designadamente, o aconselhamento, a informação ou a educação para a saúde. Todavia, como já tivemos a oportunidade de realçar, a enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, tem um papel fundamental no desenvolvimento destas consultas. Não podemos esquecer que o estabelecimento de uma adequada relação entre a utente e a enfermeira, antes e durante a gravidez, encoraja a confiança e promove a comunicação nas futuras mães de forma a melhorar o sucesso da vigilância pré-natal, contribuindo, desta forma, para que a mulher recorra, mais precocemente, a esta consulta e adira às recomendações. Neste sentido, a Direcção-Geral da Saúde elaborou um conjunto de Orientações Técnicas³⁰ com o objectivo de

³⁰ As Orientações Técnicas nº 2, denominadas Vigilância Pré-Natal e Revisão do Puerpério, têm por finalidade fornecer aos profissionais de

uniformizar e melhorar o nível de cuidados prestados durante a gravidez, tornando-se importante a avaliação dessas medidas (Cabral, 2003). Iniciadas, de preferência, logo após a primeira ausência de menstruação, as consultas pré-natais oferecem a oportunidade para assegurar, eficazmente, a saúde da mãe e do seu filho. A avaliação inicial abarca uma história de saúde completa, ostentando a história da gestação actual, das anteriores, da família, uma avaliação do perfil psicossocial, a realização do exame físico e, finalmente, a investigação e avaliação dos riscos potenciais. Os objectivos da vigilância de saúde consistem na obtenção de um impacto positivo na qualidade da saúde materna e fetal, avaliar o bem-estar materno e fetal através de parâmetros clínicos e laboratoriais criteriosos, detectar precocemente factores de risco que possam afectar a evolução da gravidez e bem-estar do feto, orientar correctamente cada situação e promover a educação para a saúde, integrando o aconselhamento e o apoio psicossocial (D.G.S., 1989).

Temos consciência que a gestação se caracteriza como um período de grandes mudanças físicas e emocionais da mulher. É um momento singular de intervenção, uma vez que a mulher está subordinada a procedimentos organizados de cuidados de saúde, para os quais, na maior parte das vezes, está motivada e desperta. Por esse motivo, o principal objectivo do acompanhamento pré-natal será o acolhimento da mulher, a oferta de respostas e a prestação de apoio aos sentimentos de medo, de dúvida, de angústia ou, simplesmente, a curiosidade de saber o que acontece com o seu corpo. Em cada uma destas consultas, a grávida é desafiada a resumir os acontecimentos mais relevantes desde a anterior consulta, sendo questionada sobre o seu bem-estar emocional e físico, sobre eventuais desconfortos ou problemas e sobre dúvidas que possa ter. Identificam-se e exploram-se ainda as necessidades pessoais e familiares de educação para a saúde. Todavia, é importante que se estabeleça, em todas as consultas, uma relação de confiança e de empatia com a grávida e/ou família para que estas sintam a necessidade e atribuam importância à frequência das consultas. Este espaço de

saúde orientações indispensáveis para conseguir um impacto positivo na qualidade da Saúde Materna e Fetal. Nestas orientações são focadas o esquema de vigilância pré-natal segundo a idade gestacional:

- Da 8ª à 12ª semana: história clínica e factores de risco, exame ginecológico com palpação mamária, informação alimentar e de saúde, informação sobre a necessidade do registo pela grávida da data dos primeiros movimentos fetais, pedido dos exames laboratoriais, início do preenchimento do Boletim de Saúde da Grávida (B.S.G.);
- Da 18ª à 22ª semana: confirmação do tempo da gestação, auscultação dos ruídos cardíacos fetais, registos dos primeiros movimentos fetais, avaliação dos exames pedidos, eventual suporte vitamínico mineral;
- Da 28ª a 32ª semana: continuação da vigilância e do bem-estar materno fetal, evolução da tensão arterial, altura uterina, peso, movimentos fetais e ruídos cardíacos fetais, repetição das rotinas laboratoriais;
- Da 36ª a 40ª semana: avaliação das condições para o parto em função do grau de risco e da distância hospitalar; informação sobre contracepção e importância da consulta da revisão de puerpério.

Estas orientações focalizam a importância do B.S.G., o protocolo dos exames e a educação para a saúde. Os temas são: aconselhamento sobre a importância da vigilância periódica, regime alimentar, importância dos suplementos de ferro e/ou vitaminas quando prescrito, aumento de peso, actividade física e períodos de repouso, relações sexuais, movimentos fetais, rede venosa aparente, preparação para a amamentação, preparação do agregado familiar para o nascimento, preparação dos pais para a importância da vigilância de saúde da criança, informação e motivação para o planeamento familiar e informação sobre a necessidade de revisão do puerpério. Existe também uma preocupação em alertar os profissionais de saúde para a integração de outros membros da família na acção educativa.

consultas torna-se um lugar adequado para que a grávida fale dos seus receios e das suas ansiedades que, tantas vezes, afectam negativamente a normal evolução da sua gravidez.

Como já referimos anteriormente, é indispensável cumprir o número mínimo de consultas pré-natais, mas, ainda mais importante, é a sua precocidade, havendo um consenso em recomendar o início da vigilância pré-natal no primeiro trimestre de gravidez (DGS, 1989; Graça, 1996; Cunningham (2000); Remoaldo, 2002a; Silva e Alves, 2003; Almeida, 2004). A Direcção-Geral da Saúde, em 2004b, alude que em Portugal a percentagem de grávidas que possui, pelo menos, uma consulta pré-natal é superior a 98%, tendo 80% iniciado a vigilância antes da 16ª semana de gestação e mais de 80% realizou esquemas de vigilância considerados adequados. No estudo realizado pela geógrafa Remoaldo, referente a quatro concelhos do Noroeste português, Guimarães, Fafe, Celorico e Cabeceiras de Basto, a percentagem de mulheres que iniciaram precocemente a vigilância pré-natal, até às doze semanas, variava conforme as regiões, entre 66% e os 75% (Remoaldo, 2002a), o que demonstra que tem havido por parte das grávidas uma extraordinária adesão às consultas de vigilância pré-natal. Podemos constatar que os serviços médicos associados a Cuidados de Saúde Primários são utilizados com grande frequência, principalmente durante a gravidez, o que garante um acompanhamento satisfatório. Todavia, continuam a existir franjas da população (*e.g.*, mulheres com baixa escolaridade ou com baixos recursos económicos) com vigilância de saúde insuficiente ou inadequada, demonstrando mesmo, em alguns casos, a ausência de qualquer vigilância.

Vários investigadores, Remoaldo (2002a), Canteiro (2005) e Martins (2007), referindo-se ao Noroeste português, demonstraram que este facto poderá estar relacionado com o desconhecimento sobre a importância da consulta de vigilância pré-natal mas, especialmente, parece estar associado ao facto de algumas mulheres ocultarem a gravidez por obediência ao prescrito por mitos e crenças, transmitidas de mães para filhas, muitas das vezes, associadas ao medo do mal de inveja ou do mau-olhado. A título de exemplo, realçamos os seguintes relatos que incluímos na Dissertação de Mestrado em 2003:

Eu só fui à consulta médica por volta do terceiro mês. Foi a minha sogra que me aconselhou porque dizia que não era bom e que não adiantava ir tão cedo à consulta porque não me iam fazer nada (mulher de 18 anos, cuja gravidez era a primeira, com o 3º Ciclo do Ensino Básico e residente em Braga).

Esperei para dar a notícia. Tive medo que acontecesse alguma coisa. Sabe, nos primeiros meses, é melhor esperar, (...). Tenho medo do mau-olhado e do mal de inveja. Os olhos dos outros, por vezes,

podem fazer mal ao bebé, porque este é um ser sem defesa, tão pequenino, tudo lhe entra, tudo lhe pega (mulher de 26 anos, cuja gravidez era a primeira, com o Ensino Superior e residente em Braga).

Apesar das diversas mudanças positivas que ocorreram a nível da saúde materno-infantil, existem, todavia, barreiras no âmbito da vigilância pré-natal que podem condicionar a sua qualidade. Algumas investigações apontam certas variáveis, *exempli gratia*, a idade da mãe, o *status* marital, o grau de instrução, a paridade associada ao nível de prestação de cuidados, a acessibilidade, e os custos dispendidos pela população, como susceptíveis de explicar, em parte, os condicionalismos da vigilância pré-natal (Graça, 2000; Remoaldo, 2002a). Esta última autora, em 2002, considerou, particularmente, três barreiras passíveis de dissuadir a utilização dos cuidados de saúde pelas utentes grávidas: as barreiras estruturais (*e.g.*, a organização dos serviços, a eficácia dos cuidados, o tempo e os custos); as barreiras individuais, (*e.g.*, o conhecimento, os sentimentos e os comportamentos) e, finalmente, as barreiras sócio-demográficas (*e.g.*, a idade, o estatuto socioeconómico e o grau de instrução). Contudo, não podemos esquecer que, hoje em dia, as mulheres também têm mais facilidade em recorrer a diversos meios de auto-educação para a saúde, tais como: revistas, livros, programas televisivos, internet e família.

As actividades de comunicação e de informação em saúde, necessitam de ser priorizadas no percurso da vigilância de saúde pré-natal, uma vez que o intercâmbio de informações e de experiências pode ser a melhor forma de promover a compreensão do processo da gestação, do parto e pós-parto. Por conseguinte, os encontros pré-natais tornam-se um lugar excepcional de socialização dos papéis parentais porque as redes familiares de aprendizagem, já reduzidas, são pouco enaltecidas no discurso científico e algumas etapas da vida são medicalizadas (Valentini, 1987).

Nesta linha de orientação, o contexto em que se apresenta o “Programa de Vigilância de Saúde Pré-Natal”, tem que favorecer uma praxis efectiva de comunicação em saúde, visto ter como prioridade a promoção da saúde e a prevenção das doenças e complicações, cujo pilar de sustentação é, exactamente, a educação para a saúde. Portanto, a aproximação entre as enfermeiras e os actores sociais (grávida e família) parece ser um elemento que facilita a adequada compreensão da realidade e identificação dos traços culturais e sociais da comunidade. A interligação entre os Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares é, de igual modo, fundamental.

Pela 36ª semana de gestação, a grávida é enviada ao Hospital para realizar a consulta

de referência. Após o parto, a *Notícia de Nascimento* é enviada aos Centros de Saúde, por fax, indicando o registo do parto, as condições em que ele ocorreu e o estado de saúde da mãe e do recém-nascido. Somos de opinião que esta notícia ficaria ainda mais completa se incluíssem outros dados como, por exemplo, as condições sociais da família, entre outra informação considerada relevante. O envio deste documento é fundamental para que os profissionais de saúde possam entrar em contacto com a puérpera uma vez que, muitas vezes, esta não se apresenta no Centro de Saúde para a vigilância do puerpério.

Estas reflexões permitem salientar que a vigilância de saúde assume-se como um modo tecnológico de intervenção em saúde que tende a incorporar modelos assistenciais em vigor e articular-se com as propostas actuais de promoção de saúde (Paim, 2005). Massé (2001, 6) realça que, para além da luta contra a doença, a saúde pública propõe um novo objectivo com o intuito de mobilizar os actores em volta da gestão racional dos riscos, elaborando estruturas de intervenção responsáveis da aplicação dos programas de prevenção. *Mais dans la mesure où cette «nouvelle santé publique» définit les comportements et les habitudes de vie qui sont prescrits ou proscrits, la réussite de sa mission dépendra largement de l'acceptation par la population de ce nouveau cadre normatif.* Todavia, ao contemplar as necessidades sociais e determinantes socioculturais, a vigilância de saúde pré-natal poderá intervir progressivamente sobre todas as situações e não unicamente sobre os factores de risco.

1.3.2. O discurso de risco e a vigilância pré-natal

Vimos nos parágrafos anteriores que o período pré-natal requer cuidados especiais tendo em vista o desenvolvimento adequado da gravidez, a obtenção de um parto sem complicações e o nascimento de uma criança sem problemas de saúde. Este acompanhamento é efectivado, geralmente, nos Centros de Saúde no âmbito das consultas de vigilância pré-natal, salvo raras excepções, como, por exemplo, no caso de uma gravidez de risco, que é realizada nos Hospitais. Carricaburu e Ménoret (2004, 123-124) realçam que *une réforme de la périnatalité a restructuré la prise en charge de la grossesse (...) en considérant, sur la base de données épidémiologiques, que le risque obstétrical est en grande partie prévisible et que les professionnels doivent orienter les femmes enceintes selon le niveau de risque évalué pour elles-mêmes et pour l'enfant à naître : à chaque niveau de risque (bas, moyen, haut) (...) Il s'agit en quelque sorte de la mise en oeuvre d'un dispositif émanant de la «médecine des*

preuves». Actualmente em Portugal, é no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários que a vigilância de saúde pré-natal se desenvolve³¹, sob a orientação específica do Médico de Família e da Enfermeira de Cuidados Gerais ou da Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, quando exista nos quadros dos respectivos Centros de Saúde.

A valorização do risco é, cada vez mais, tomada em consideração no contexto das sociedades contemporâneas, uma vez que os indivíduos estão mais despertos em relação ao risco, muito particularmente, ao que advém do uso de novas tecnologias, mas também ao associado a estilos de vida. Os sentimentos de insegurança prevalecem no âmbito da vigilância pré-natal, onde o risco é frequentemente tomado em consideração. Na verdade, durante a gestação, perdura sempre um risco para a saúde da mãe e do feto. Mas, a par desse risco mínimo, há ainda riscos que podem e devem ser controlados durante a assistência pré-natal. A prevenção desse tipo de risco apresenta um contingente de natureza comportamental, pelo que, como acima foi descrito, deverão ser criadas estratégias de educação para a saúde susceptíveis de levar as gestantes a iniciar a vigilância pré-natal o mais precocemente possível, levando-as a efectuar visitas regulares durante a gravidez e a seguir as orientações recebidas. Mendes (2002) referiu que, na sociedade ocidental, o risco adquiriu um novo relevo convertendo-se numa construção cultural fulcral nessas mesmas sociedades. Isto ocorre na medida em que o risco é muito valorizado, mesmo pelos meios de comunicação que lhe dão destaque nesse sentido. Este novo enquadramento pode levar-nos a reflectir se, neste cenário, a dimensão sociocultural do risco, bem como as práticas associadas à promoção de saúde, não poderão ser colocadas em causa.

Sabemos que, ao longo dos tempos, a noção de risco mudou frequentemente de significado. Foi nos séculos XVI e XVII que esta começou a ganhar maior expressão com a partida dos exploradores ocidentais para as suas viagens. Este conceito estava ligado, essencialmente, à insegurança marítima e aos perigos que poderiam advir dessas mesmas viagens e que, de algum modo, eram consequência de forças divinas sendo entendidos como acontecimentos naturais (Mendes, 2002). Segundo Giddens (2005), o risco abrangia, na sua origem, a noção de espaço sendo, posteriormente, ligado à noção de tempo, aquando da sua utilização pelo sistema bancário, quando associado à avaliação e cálculo das potenciais consequências de um qualquer investimento. Nesta perspectiva, o conceito de risco está

³¹ Referimo-nos à gravidez normal ou de baixo risco. Jacques (2007) encontrou nos profissionais, de saúde, nomeadamente nos médicos, muita dificuldade, em definir o que entendiam por gravidez dita normal. Para uns, o normal só podia ser definido após exclusão da presença de toda a patologia. Neste contexto, a passagem do patológico para o normal só pode ser feito após a mulher efectuar todo um conjunto de exames para fazer essa despistagem. Para outros, o normal constitui a maior parte das suas práticas, embora a patologia possa sempre surgir. *Pour les uns, la grossesse est a priori pathologique, pour autres elle est a priori normale* (Jacques, 2007, 58). As enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica têm competências para seguir a gravidez normal, mas desde que o diagnóstico de patologia surge elas tem a obrigação de encaminhar a utente para um médico.

inerente à ideia de probabilidade e de incerteza. De qualquer forma, a aceitação positiva do risco consiste na própria fonte de energia criadora de riqueza numa economia moderna. Giddens (2005) reconhece a existência de dois tipos de risco, o risco exterior, que deriva das imposições da tradição ou da natureza e o risco provocado, que provém do impacto do desenvolvimento tecnológico sobre o ambiente (*e.g.*, riscos ambientais relacionados com o aquecimento global). Todavia, a noção de risco expandiu-se a outros campos, inclusive ao ser humano (*e.g.*, a conduta, a liberdade, as relações) deixando, assim, de ficar apenas ligado à natureza (Mendes, 2002).

Actualmente, podemos entender que a palavra “risco” está associada a “perigo” enquanto a expressão “alto risco” pode ser conotada como “muito perigo” (Douglas, 1991), sendo utilizado, quase sempre, para relatar factos negativos ou indesejáveis. Lupton (1999), citado por Mendes (2002), realça seis categorias de risco: os riscos ambientais, relacionados com a poluição, as radiações, os químicos, as cheias, os fogos e as estradas perigosas; os riscos dos estilos de vida, ligados ao consumo de certos alimentos e de drogas, ao envolvimento em actividades sexuais, às práticas de condução, ao *stress* ou mesmo ao prazer; os riscos médicos, relacionados com a experiência de cuidados ou tratamentos médicos; os riscos interpessoais associados aos relacionamentos íntimos, às interacções sociais, ao amor, à sexualidade, ao papel familiar, às amizades e ao casamento; os riscos económicos, relativos ao emprego, ao desemprego ou subemprego, assim como aos investimentos e os riscos criminais que podem emergir de processos judiciais. Tendo por referência estas categorias, podemos constatar que nos mais variados aspectos da vida diária, o risco é uma presença constante. A tomada de consciência deste risco e a sua avaliação, é susceptível de influenciar e condicionar as decisões do quotidiano (Mendes, 2002). Não podemos esquecer que a vigilância pré-natal consiste em identificar, através de uma história clínica criteriosa, os riscos e tentar reduzir esses mesmos riscos na prossecução do bem-estar da saúde da mulher grávida e do seu filho.

Mendes (2002) alude que o conceito de risco tem vindo, nas sociedades contemporâneas, a substituir a antiga noção de pecado, emergindo como um termo que invade todos os domínios da vida social, com o objectivo de moralizar e politizar todos os perigos intrínsecos ao quotidiano. Do mesmo modo, Douglas (1991) sustenta que estar em risco, alcança um significado contrário ao de pecar, uma vez que o realce assenta no perigo ocasionado pelas forças externas que influem sobre o sujeito, em vez de o colocar nos perigos que o sujeito gera na comunidade. Assim, constatamos que os discursos da promoção de saúde sugeriram um novo sentido moral sobre o risco. No âmbito da vigilância pré-natal,

podemos afirmar que o tema dominante nos discursos dos profissionais de saúde, aquando das informações dadas, se baseia na responsabilização das mulheres grávidas em evitarem os riscos de saúde e para cuidarem delas e dos seus filhos como se fosse o seu maior bem. Neste cenário, se estas decidirem ignorar os riscos de saúde, colocam-se em perigo de adoecerem ou de provocar alguma complicação, o que as desvia do normal cumprimento do seu papel social. Mendes (2002) descreve estes sujeitos como os *risk takers*, que são contemplados como irracionais e irresponsáveis, uma vez que desafiam a determinação dos grupos de risco, ainda que, frequentemente, ouçamos falar que as mulheres grávidas devem ser consideradas como um grupo vulnerável. Nas sociedades modernas a promoção do indivíduo é enaltecida. Todavia, a sua vulnerabilidade também aumenta. Neste sentido, é necessário instâncias de protecção contra os perigos e riscos que podem advir de diferentes lugares (Leandro e Moreira, 2006).

Embora o feto possa ser apresentado como um indivíduo, as suas condições *in utero* tornam-no especialmente vulnerável. A futura mãe, usufruindo de uma permanente ligação com o feto, converte-se num agente responsável pelo seu estado de bem-estar (Jacques, 2007). Assim, a sociedade espera da mulher grávida a grande responsabilidade pelo adequado desenvolvimento físico e psíquico do feto, protegendo-o contra todos os riscos que possam ocorrer. Por vezes, o estado de dependência e a vulnerabilidade do feto transformam a mulher num estado de tensão e *stress* permanente. Jacques (2007) refere, ainda, que a representação desta responsabilidade, é historicamente datada do início do século XX, e foi construída através de entidades, como a escola ou a medicina, que definiram o papel parental como uma verdadeira profissão, regido por regras predefinidas por especialistas. Fica implícita a culpabilização da grávida se esta actuar diferentemente das prescrições dos profissionais de saúde ou não cumprir com as suas obrigações, colocando o feto em risco. A vida quotidiana da mulher fica, de algum modo, limitada por precauções. Estas noções não são novas porque, até há algumas décadas atrás, alguns livros utilizados para a formação de parteiras, tais como *Fecundação, Gravidez e Parto de Verneau* (1951), realçavam as obrigações morais da mulher grávida. A título de exemplo, destacamos os seguintes deveres: *toda a mulher que está para ser mãe tem, desde o primeiro momento em que o sabe, deveres sagrados para com o ser a quem vai dar à vida. Entre esses sacrifícios contam-se os de evitar festas mundanas, espectáculos, livros ou conversas emocionantes, trabalhos fatigantes, excessiva actividade sexual, viagens longas, numa palavra, tudo o que possa fatigar corpo ou espírito* (Rodrigues, Gomes e Lopes, 2009, 80-81). Assim, convidam-se as grávidas, desde o início da gravidez e, se possível, já no período pré-concepcional, a modificarem os seus comportamentos,

essencialmente os considerados de risco. A consulta pré-concepcional ou a primeira consulta de vigilância pré-natal será, então, uma forma de a mulher aprender as regras socialmente prescritas e que serão, de alguma forma, reforçadas pelas revistas, pelos livros mais especializados e pelo ambiente circundante (vizinhos, amigos, família). Podemos dizer que a saúde é da responsabilidade de cada um na vida privada e não apenas dever dos profissionais de saúde (Guillec, 1990).

Também, Massé (2001) frisa, mais uma vez, a ideia que o projecto político e social de uma população com saúde passa por uma construção sociocultural da repreensão do indivíduo que apresenta comportamentos “irresponsáveis” e que podem pôr a sua saúde em perigo. Neste contexto, resulta um discurso moralizador sobre a prática de comportamentos de risco. Concluímos que os discursos sobre a responsabilidade e os comportamentos de risco se propagam através da obrigação. Jacques (2007) indica que os comportamentos das grávidas considerados adequados são perfeitamente socializados, ficando estas na obrigação de os adoptar. Neste sentido, a sociedade obriga as mulheres grávidas, desde a fase pré-concepcional e pré-natal, a desenvolverem o seu papel de “boas mães”. A consequência do incumprimento leva, por vezes, à criação de sentimentos de culpabilização e de ansiedade, quando surge a transgressão dessas normas. *Le sentiment de risque pendant les premiers mois de gestation prends essentiellement deux formes: un risque biologique, donc médical, qui se traduit par l’angoisse de la fausse couche, de l’anormalité et un risque social exprimé par les femmes en de termes d’«angoisse d’éducation», de «craintes pour l’avenir»* (Jacques, 2007, 19). A autora revela que os profissionais de saúde desempenham um duplo papel: de oferta e de procura, uma vez que participam na construção da definição do risco, disponibilizando, ao mesmo tempo, soluções para o evitar ou mesmo anular.

Lembramos apenas que a luta contra a febre puerperal, a vigilância da gravidez pelos médicos, bem como o progresso na medicina, contribuíram largamente para a definição de risco obstétrico. A noção de risco foi concebida inicialmente como um instrumento de diminuição da incerteza (Carricaburu, 2007). As políticas de saúde pública tiveram, de facto, como objectivo a prevenção, ou seja, opor-se ao surgimento de patologias (risco vital) e antecipar a sua actuação sobre eventos patológicos previsíveis (antecipação do risco). Estas duas lógicas do risco articulam-se e formam um sistema complexo. Pode-se ainda passar de uma para a outra à qualquer momento (Jacques, 2007). Surge frequentemente um sentimento de insegurança que assenta na ideia da necessidade de se preocupar com a patologia mais do que com a vigilância de um processo fisiológico. Neste contexto, todas as gravidezes são definidas como de potencial risco, uma vez que qualquer dificuldade assenta na fronteira entre

o normal e o patológico, entre o baixo e alto risco. Não podemos esquecer que já Canguilhem (1952), fazendo alusão à actividade médica, advertia que sem os conceitos de normal ou patológico, o pensamento e a intervenção médica, eram incompreensíveis. Por isso, são indispensáveis para um julgamento médico.

Numa outra perspectiva, podemos afirmar que o corpo gravídico é considerado um produto social consequência de determinadas práticas culturais e históricas, centrando-se, prioritariamente, em actividades de regulação, de controlo e de dominação para que haja a manutenção da ordem social (Muñoz, 2008). Este corpo é capaz de induzir riscos aos quais os profissionais de saúde têm de intervir. Assim, com a vigilância pré-natal, verifica-se a existência de um corpo carente e vulnerável justificando, deste modo, o controlo a que a mulher é submetida. *La desconfianza respecto a los cuerpos gestantes conforma la sospecha de un cuerpo-máquina productor que presenta habitualmente fallos en su funcionamiento o que, por diferentes circunstancias, no responde adecuadamente a sus funciones creativas* (Muñoz, 2008, 26). Uma das consequências destes discursos sobre o risco traduz-se na dissimulação de uma relação de poder entre os profissionais de saúde, as instituições de saúde pública e a população. *Les rites de prévention proposés aux citoyens, tant des sociétés modernes que traditionnelles, remplissent des fonctions sociales de renforcement de la solidarité (la santé pour tous, avec le concours de tous), de l'identité (ex: nous les non-fumeurs), et du contrôle des déviances, pour n'en nommer que quelques-unes* (Massé, 2001, 22).

Nos capítulos anteriores, optámos por discutir e analisar algumas questões actuais e relevantes do sistema de saúde português, fazendo uma retrospectiva da sua evolução desde a Segunda Guerra Mundial, focando algumas influências da política internacional no sistema, exprimindo, ainda, a nossa opinião quer como enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, quer como docente. Em primeiro lugar, importa salientar que, em Portugal, ao longo das últimas seis décadas, as mudanças sociais foram profundas e rápidas. Todavia, foi durante os últimos 26 anos do século XX que Portugal sofreu, em fases particularmente breves, sucessivas transformações de capital importância, designadamente a democratização e a descolonização em 1974, o alargamento da escolarização a ambos os sexos, a entrada na Comunidade Económica Europeia em 1986 e a integração na União Monetária Europeia em 2000, tudo isto num ambiente de rápida transição de paradigma tecnológico. Convém aqui destacar que a consideração da saúde como um direito social após 1974 deu um extraordinário impulso a toda a política de saúde. A criação de Centros de Saúde em todos os concelhos foi,

sem dúvida, um marco importante na prevenção e promoção da saúde materno-infantil. A análise da evolução do sistema de saúde permitiu distinguir várias fases, desde os antecedentes, ao estabelecimento e à expansão do S.N.S.. No entanto, é importante frisar que, ao longo de todas estas mudanças, as políticas de saúde deram sempre relevância ao primado da pessoa e ao direito da saúde. Dentro da temática em estudo e nas conjunturas actuais, os Cuidados de Saúde Primários mantêm-se como base de prestação de cuidados na comunidade, mas deveria ser gradualmente implementada a visitação domiciliária às mulheres no pós-parto, promovendo, desta forma, a sua saúde e o seu bem-estar no seio da família, o que implicaria, por certo, um aumento dos recursos humanos nestas instituições de saúde. O sentido global destas transformações foi o da aproximação aos padrões europeus. Os indicadores demográficos, sociais e económicos portugueses assemelham-se, cada vez mais, aos dos países mais desenvolvidos da União Europeia. Embora as mudanças políticas sejam mais visíveis e, aparentemente, mais radicais, as mudanças sociais e demográficas são bem mais profundas (Barreto *et al.*, 2000).

Em segundo lugar, a melhoria acentuada dos principais indicadores sanitários, como, por exemplo, a Taxa de Mortalidade Infantil, a Taxa de Mortalidade Materna e a percentagem de partos realizados com assistência, são dados importantes que demonstram a eficácia das políticas implementadas ao longo destas décadas. Acrescentamos a estes dados, a crescente sofisticação tecnológica e a certeza de que os seus avanços estão associados à qualidade e segurança dos cuidados prestados. No entanto, podemos questionar: não deverão as políticas de saúde ter em conta outros critérios de avaliação da qualidade desses mesmos cuidados? Não deverão as políticas de saúde ter mais em atenção a qualidade da vigilância pré-natal e não tanto a quantidade?

O terceiro ponto, permite mencionar que, mesmo o Ministério da Saúde, considera presentemente a frequência da mulher/casal na consulta pré-concepcional como bastante reduzida, já que a importância desta consulta permite a melhoria dos cuidados a prestar à grávida e à sua família. Depois de se ter conseguido que, a quase totalidade dos partos, ocorram em meio hospitalar e que mais de 98% de gravidezes sejam vigiadas, torna-se relevante e urgente desenvolver intervenções de promoção de saúde durante a vigilância pré-natal com o objectivo de preparar a mulher grávida e sua família para a gravidez, para o parto e para a adaptação à maternidade.

Finalmente, verificamos, a partir da pesquisa bibliográfica efectuada, que a sociedade contemporânea é frequentemente descrita como uma sociedade do risco, em que este é percebido como elemento central para a tomada de uma decisão racional perante o

crescimento da incerteza na cultura moderna. Surge, então, um discurso de risco que, de uma forma geral, se encontra presente na vigilância pré-natal e nos discursos dos profissionais de saúde. Este discurso de risco representa uma tentativa para dominar a incerteza, sendo mesmo entendido como uma estratégia política para negociar entre os perigos públicos e os medos privados (Mendes, 2002). A promoção da saúde é, deste modo, influenciada por este discurso.

Para dar continuidade ao enquadramento teórico, importa analisar as noções de saúde, educação, educação para a saúde e promoção de saúde, tentando fazer a relação com a vigilância pré-natal, o que faremos nos subcapítulos que se seguem.

2. Educação e promoção de saúde: tempos de mudança

2.1. Da noção de educação à noção de saúde

Tendo por referência a análise levada a efeito nos subcapítulos anteriores sobre as políticas de saúde, impõe-se agora compreender melhor as noções de educação e de saúde. Num breve olhar sobre estas noções, necessário se torna entender que “educação” e “saúde” são campos do conhecimento que se inter-relacionam, se integram e se articulam, com o objectivo comum de promover transformações na vida das pessoas e, conseqüentemente, na sociedade em que se inserem (Martins, 2007). A saúde é entendida nas sociedades modernas como um valor, um bem supremo que se tem ou que se pretende alcançar. Porém, para a sociedade em que vivemos, a perspectiva de saúde depende, por um lado, daquilo que possa ser considerado normal, ou anormal, na vida humana e passível de respostas técnico-científicas, económicas e políticas (Stotz e Araújo, 2004) e, por outro, depende das condições sociais de existência, dos comportamentos, do ambiente e das relações familiares e sociais. Por seu turno, a educação é primordial para a construção da cidadania e a adequação das competências transformadoras e criadoras de condições de uma vida saudável (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005). Neste contexto, a saúde e a educação constituem práticas socialmente produzidas em tempos e espaços histórico-sociais bem definidos.

2.1.1. Educação: uma perspectiva sociológica

Tendo a educação como objectivos, entre outros, socializar e fornecer elementos à pessoa para poder encarar os desafios da vida, então, a sua promoção precisa ser encarada

como um dever de todos. Por educação, entendemos o acto de educar, de orientar, de acompanhar, de nortear, mas, também, o de trazer de “dentro para fora” as potencialidades do indivíduo. A educação está, pois, colocada no âmago do processo que possibilita ao indivíduo aceder à sua condição de pessoa, através da relação e na relação com o outro ou com os outros. Na verdade, a educação é entendida como uma função tão natural e universal da comunidade humana e tão evidente que tem exigido, por isso mesmo, muito tempo para ser plenamente compreendida, tanto pelos educandos, como pelos educadores.

Fazendo uma pesquisa sobre a noção de educação³², verificamos que existe uma variedade de significados dos quais salientamos a educação «como facto» existente em todas as sociedades, a educação «como actividade e processo» que se baseia numa construção, a educação como relação, a educação «como efeito ou resultado», apontando para a consequência da actividade realizada e a educação «como tecnologia», realçando o conjunto de métodos e de técnicas utilizados no processo educativo (Cabanas, 2002). Podemos assim dizer que o termo educação é *um poliedro* de várias faces (Cabanas, 2002, 52), das quais distinguimos a dimensão pessoal, relacional, afectiva, psicológica, social, cultural e política.

Hoje em dia, o vocábulo “educar” é utilizado com frequência no discurso quotidiano comum. “Educar”, do latim *educare*, significa etimologicamente, “elevar”, “tornar maior” e aplica-se ao desenvolvimento das faculdades do homem, sejam elas intelectuais ou físicas (Enciclopédia Público, 2004). Nesta ordem de ideias, a educação é o acto ou a actividade de educar. *No entanto, a sua vulgarização raramente corresponde a uma concepção sobre o seu sentido, especialmente quando se tem que distingui-lo de noções ou conceitos que para o senso comum lhe são afins, como sejam: ensinar, socializar, aculturar, instruir (...)* (Caria, 1992, 171). O étimo latino *educare*, designa “alimentar, produzir, cultivar”. Com o mesmo radical, salienta-se o verbo *educere* que significa “conduzir para fora; fazer sair; tirar para fora” (Quesada, 2004). Muitos educadores vêm nos dois verbos latinos, as duas componentes conflituosas da educação: “alimentar o indivíduo” ou “fazer sair” toda a riqueza própria do indivíduo (Veiga, 2001). Embora, estes dois verbos se resumam em palavras com significados diferentes, não deixam de ser complementares porque não existe *educare* sem *educere* nem, tão pouco, *educere* sem *educare*. Mas será que as pessoas gostam de ser “conduzidas” no âmbito da educação para a saúde? Desde já podemos afirmar que Lefevre e Lefevre (2004) salientaram que, a vertente educativa do tipo “conducente” carece ser abandonada a favor de uma mais informativa. De facto, as pessoas não necessitam nem pretendem ser educadas, uma

³² A Enciclopédia da Editorial Verbo (2004, 2965) refere que a educação é polidez, cortesia, instrução e disciplinamento.

vez que, através do diálogo e com alguma ajuda que lhe permita descodificar a informação técnica, ambicionam conduzir a sua vida (Lefevre e Lefevre, 2004). Pois, o grande desafio reside na comunicação, como qualidade decisiva para mudar ou manter determinadas atitudes ou comportamentos.

Todavia, a forma de educação assumida ao longo dos tempos, nem sempre foi a mesma. Para alguns clássicos da sociologia, como, por exemplo, Durkheim (1980), o processo educativo surge através da família, da igreja, da escola e da comunidade. Para este ilustre sociólogo, o objecto da sociologia é o facto social. A educação é, assim, examinada como um facto social que se impõe coercitivamente como se fosse uma lei ou uma norma. Fundamentalmente, o autor diz que o ser humano quando nasce é “enfant” que necessita de ser preparado para a vida em sociedade, sendo este processo, normalmente, executado pela família e pela escola. A educação é um tema essencialmente social, tanto pelas suas origens como pelas suas funções. Sendo assim, esta consiste na acção exercida pelas gerações adultas sobre as que ainda se não estão maduras para a vida social (Durkheim, 2001). A formulação deste conceito presume uma acção das gerações adultas sobre as gerações mais novas, tendo em conta os factores extrínsecos ligados à transmissão e à reprodução dos costumes e dos saberes dos mais velhos. É através das relações sociais admitidas pelo acto educativo, que o indivíduo evolui, se encontra e se estrutura, o que constitui um verdadeiro ensino/aprendizagem. Nesta ordem de ideias, a educação compromete-se a homogeneizar e a distinguir os seus membros, confirmando a reprodução da própria sociedade (Pinto, 1995).

Assim, na concepção deste sociólogo francês, é através da educação, como função colectiva, que a sociedade permite reavivar as condições da sua existência e certificar uma heterogeneidade que é indispensável à diversificação e à especialização. Por meio da educação, a transmissão dos valores e dos hábitos mentais de uma geração à outra está garantida de forma sistemática. Neste sentido, esta participa activamente na formação duma “consciência colectiva” tornando-se num princípio de integração social que não é estático. Se há reprodução social no acto educativo, também há inovação, uma vez que, as sociedades e os indivíduos que a formam são dotados de dinâmica social. Caso contrário, ainda hoje viveríamos numa sociedade primitiva como o refere Balandier (1986). Por outro lado, duma geração para a outra, por mais clássicas que sejam as sociedades, há sempre algo que muda (Leandro, 1994).

Porém, não podemos esquecer que estas proposições devem ser percebidas no contexto da obra e do tempo histórico, uma vez que, conforme menciona Durkheim, é necessário manter a coesão social e a integração moral contra o egoísmo e a anomia das

sociedades modernas. Este facto permite reproduzir um passado mais coeso e melhor integrado no presente (Caria, 1992). Neste sentido, era imprescindível preservar e transmitir a cultura e os valores que nas sociedades modernas deveriam ser função dos sistemas educacionais. Outros autores, como Dewey (1971) e Mannheim (1971) apresentam a noção de educação como um mecanismo dinamizador das sociedades, onde é o indivíduo que promove as mudanças. Na opinião de Dewey (1971, 29), *a educação é vida* porque permite desenvolver-se e crescer ao mesmo tempo, não sendo, por isso, preparação nem conformidade. Do nosso ponto de vista, a educação pode ser compreendida, não só como a apropriação de um saber historicamente produzido, mas também, como o recurso de que as sociedades dispõem para que a produção cultural se transmita de geração em geração. De alguma forma, pode ser considerada como uma mediação que possibilita a garantia da perpetuação histórica, bem como os efeitos da auto-educação e dos grupos de pares que permitem a renovação das sociedades e da cultura. O processo de auto-educação, onde o indivíduo é o agente da sua própria educação, compreende um processo de construção ao longo da vida que tem como objectivo a procura do bem-estar (Carvalho e Carvalho, 2006).

Podemos afirmar que a educação abrange o aperfeiçoamento das habilidades do indivíduo, permitindo o desenvolvimento de estratégias para aumentar a qualidade de vida. Do ponto de vista da promoção da saúde, a educação é extraordinariamente importante, uma vez que tem a sua origem no exemplo dos pais ou de outras figuras sociais determinantes na estruturação da personalidade. Um elevado nível educativo indica conhecimento, habilidade, detenção de valores e de normas comportamentais que facilitam a aquisição de informação básica sobre saúde. Contudo, não podemos ignorar os resultados de alguns estudos de onde se constata que 40% da população, embora saiba ler, tem dificuldade em compreender o conteúdo da informação transmitida (Nunes e Rego, 2002).

Fazendo uma breve retrospectiva sobre o século passado, reconhecemos que o século XX trouxe alterações significativas no domínio conceptual da educação. Nos anos 50 e até ao início da década de 60, a educação escolar foi principalmente encarada como um instrumento de mobilidade social. Neste sentido, além das funções de socialização e de formação, a educação escolar facultava um melhor *status* aos indivíduos, na medida em que permitia a ascensão na hierarquia de prestígio que representam as posições mais elevadas na estrutura piramidal da sociedade. A educação tinha, assim, um papel importante no processo de legitimação pelo grau de abertura da sociedade. Em muitos países europeus, particularmente nos do centro e nos do norte, assistimos, nas mesmas décadas, a uma admirável democratização e massificação da escola através da acessibilidade a todos a níveis de ensino

que, no passado, se encontravam circunscritos apenas aos mais ricos e poderosos (Almeida, 2005). Mas a verdade é que, em Portugal se ingressa muito tardiamente na modernidade escolar.

Em 1976, na Declaração de Nairobi, a educação é comparada a um processo único que abrange a vertente formal, não formal e informal. Nesta perspectiva, a criação de condições para que cada pessoa possa desenvolver e integrar harmoniosamente todas as suas capacidades, permite definir a educação. Não podemos ignorar que nesta Declaração se pretendia o desenvolvimento de uma educação permanente e comunitária. Parece-nos importante sublinhar o facto de a educação se substanciar num percurso de vida, distinguindo-se como um meio incontornável para uma vivência digna. Assim, a educação *não é mais entendida como preparação para a vida, ao invés, redimensiona-se em função dela, ou seja, das oportunidades que oferece e das necessidades que suscita constituindo, assim, um processo que salta os muros da educação escolar* (Antunes, 2008, 50). Podemos afirmar que a educação é um instrumento de transformação social, não só a nível da educação formal, mas, de toda a acção educativa que propicia a reformulação de hábitos, a aceitação de novos valores e o estímulo da criatividade.

Analisando as diversas teorias da educação e, mais especificamente, dentro das teorias contemporâneas, salientamos não só as teorias sociocognitivas, partilhadas por Bandura, como as teorias sociais, identificadas como as que desempenham um papel importante na reflexão sobre as finalidades da educação, a noção de aprendizagem e a sua pertinência social e cultural. As teorias sociocognitivas descrevem factores culturais e sociais identificando-os como responsáveis pela construção do conhecimento. Nestas, insiste-se sobre as interacções sociais e culturais no mecanismo de aprendizagem (Bertrand, 1998). Segundo a perspectiva deste autor, perduram cinco formas diferentes na abordagem sociocognitiva, *as teorias de aprendizagem social*, defendidas por Bandura, *a teoria do conflito sociocognitivo*, desenvolvida por vários investigadores franceses, *a teoria sóciohistórica* proposta por Vygotsky, *a teoria de aprendizagem contextualizada* e *a teoria cooperativa* de ensinamento e de aprendizagem. Estas teorias valorizam um grande número de factores sociais que influem na educação e na educação para a saúde. Salientamos, entre outros, as relações com os pais, com os educadores e com as percepções pessoais do educando. Quanto às teorias sociais, estas assentam no princípio de que a educação resolve problemas sociais, culturais e ambientais, ou seja, permitem regular os problemas da sociedade. Através da educação, o estudante, ou formando, adquire alguns instrumentos, designadamente: os afectivos, os intelectuais, os psicomotores ou os imaginativos, de forma a conseguir intervir em qualquer

situação, transformando, deste modo, a sua realidade quotidiana (Bertrand, 1998). Destacámos, neste âmbito, a pedagogia de *conscientização*³³ de Freire (2007b), que sublinha a necessidade de uma pedagogia de comunicação para vencer o anti-diálogo, desprovido de pensamento crítico. Nesta vertente, educar significa orientar a pessoa, ajudando-a a tornar-se um actor social. De facto, Freire (1997b) evidencia que o processo educativo apresenta alguns pressupostos, tais como, «ninguém educa ninguém, todos se educam mutuamente»; «o acto de ensinar não é transferir conhecimentos, mas criar possibilidades para a sua construção»; «ensinar exige respeito dos saberes do educando» e a «educação para ser verdadeiramente humanista deve ser libertadora». Neste contexto, a educação está alicerçada na criatividade, estimula a acção e a reflexão sobre a realidade, sendo o diálogo um factor fundamental. O resultado desta acção de reflexão sobre a realidade será entendida como *transformação*. Estas teorias são fundamentais para compreendermos como os profissionais de saúde conceptualizam a noção de educação para a saúde.

Em consequência destas concepções, desvendámos que, desde o século XVIII até aos finais do século XX, considerado o período moderno, se assistiu a um fervor excepcional dos processos de mudança (Giddens, 2000). Houve, de facto, alterações profundas relacionadas com vários factores, dos quais destacámos a industrialização, o desenvolvimento da ciência e da tecnologia, assim como a forte implantação de uma nova forma de produção que se pode designar como sociedade de informação³⁴, sem deixar de referir a grande melhoria dos processos de comunicação. A época actual caracteriza-se por ser um período em que a produção de bens culturais e a circulação da informação desempenham um papel de destaque na formação do indivíduo. A família, a escola e os *mass media* podem ser contemplados como redes de interdependência estruturadas por relações sociais específicas (Setton, 2002). É importante analisar que, em Portugal, nas últimas duas décadas, a sociedade tem vindo a associar-se à realidade dos meios de comunicação de forma cada vez mais intensa.

A família, considerada como responsável pela transmissão de um património económico, social e cultural, permite forjar a identidade social do indivíduo, transmitindo para os seus descendentes uma cultura, um estilo de vida e saberes sociais. Um dos aspectos mais relevantes deste papel está relacionado com o quadro de valores que todos nós constantemente exigimos, como “bússola de orientação” das nossas escolhas. A família constitui o primeiro

³³ Segundo Freire (1997), a conscientização implica ultrapassar a esfera espontânea de apreensão da realidade, para chegar a uma esfera crítica, não podendo existir sem um acto de reflexão, sendo uma forma de transformar o mundo.

³⁴ O autor refere-se a uma sociedade que está baseada na produção de conhecimento e não tanto na produção de bens materiais. A noção de sociedade da informação está intimamente relacionada com o nascimento das tecnologias da informação, como por exemplo, os computadores e os sistemas electrónicos.

lugar de toda a educação e certifica, por isso, a ligação entre o afectivo e o cognitivo. Deste modo, desempenha um papel decisivo na educação formal e informal sendo um espaço onde se aprofundam os laços de solidariedade e se constroem as ligações entre as gerações, podendo ser considerada o berço da cultura, a base da sociedade futura e, também, o centro da vida social. Além disso, é considerado como o lugar da reprodução física e psíquica quotidiana (*e.g.*, cuidado do corpo, higiene, alimentação, descanso, afecto) que constituem as condições básicas de toda a vida social e produtiva.

Antes da obrigatoriedade da escola, as crianças e os jovens educavam-se na família, na igreja e na comunidade, inclusive pela participação nas práticas produtivas e rituais colectivos. A educação, como transmissão cultural, distinguia-se entre popular e erudita (formal como sinónimo de cultura). Cada pessoa aprendia no seio do espaço social constituído pela comunidade a que pertencia o que permitia uma aprendizagem de cooperação e de solidariedade. Assim, a educação decorre do desejo de viver próximo e de alicerçar a coesão do grupo num conjunto de projectos comuns (Delors *et al.*, 1996), embora, cada família viva, de forma singular, o seu património. A sua recente história indica um poder de adaptação, bem como uma resistência permanente perante as mudanças de cada período (Setton, 2002). Na modernidade e nas sociedades urbano-industriais, a educação e a família diferenciaram-se e particularizaram-se. A transformação do modo de produção económica desencadeou drásticas mudanças na vida familiar. Na sociologia, Durkheim também apontou a superioridade da escola sobre a família na função de socialização para a vida moderna.

A educação adquirida na família é imprescindível, marcando, de forma indelével, toda a vida da pessoa. No entanto, salientamos a partilha da função educativa da família com outras instituições, *exempli gratia*, a escola, os *mass media* e os grupos de pares. Por isso, sublinhamos que *é no seio da família que a criança desabrocha para a vida, aprende os primeiros rudimentos da linguagem, a relacionar-se com os outros (...), formalizando um sistema simbólico e um conjunto de representações que orientam o seu processo de socialização, conjuntamente com outras influências externas* (Leandro, 2001b, 87) Deste modo, a família constitui uma instância fundamental em matéria educativa, auxiliada, contudo, por outras instituições, tais como: a escola, os profissionais de saúde, os *mass media* ou o grupo de pares. Seguindo estas reflexões, concordamos ainda com Leandro (2001b) quando alude que as estratégias educativas familiares, mais abertas aos valores da modernidade, se relacionam com o projecto individual de cada uma e dependem da sua condição social.

Quanto à escola, sempre foi entendida, por um lado, como responsável pela

transmissão de um saber reconhecido, útil para a manutenção de uma ordem assente na divisão social do trabalho (Durkheim, 1989) e, por outro, pelo desenvolvimento do acesso ao conhecimento ao mesmo tempo que pode colaborar na consolidação de um saber restrito (Bourdieu, 1998). Actualmente, a escola tem que se adaptar a um novo desafio, respondendo às necessidades de uma sociedade cada vez mais exigente e em mudança constante, nomeadamente no que diz respeito à transmissão de conhecimentos formais no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. A educação escolar tornou-se o modo de educação predominante nas sociedades democráticas modernas, a partir da escolarização obrigatória. Contudo, autores como (Setton, 2002) alegam que a escola não responde mais ao projecto integrador de Durkheim, uma vez que não consegue harmonizar a transmissão de valores, a qualificação do público e a adaptação a uma realidade social, continuando a ser uma instituição do saber e da produção do conhecimento. A instituição escolar que surgiu para, entre outros objectivos, proporcionar informação e conhecimento, compete actualmente com diversas fontes fornecedoras de informação que, na nossa opinião, não têm o objectivo principal de educar.

A difusão da tecnologia da informação parece influenciar a educação com diversas configurações, assumindo, algumas delas, uma importância capital. De facto, a digitalização da informação influiu uma revolução intensa no mundo da comunicação. Sem dúvida, que a evolução da mudança tecnológica tem sido muito mais rápida do que sucedia antigamente. Por isso, a educação não pode ser considerada, apenas, como uma fase de preparação prévia à passagem do indivíduo para o mercado do trabalho (Giddens, 2000). É um processo que ocorre ao longo da vida. A internet é considerada como o mais completo e complexo instrumento de aprendizagem. Podemos, através dela, localizar fontes de informação que, virtualmente, nos habilitam a estudar diferentes áreas do conhecimento (*e.g.*, sintomas da gravidez, cuidados na gravidez, desenvolvimento da gravidez, cuidados com o bebé), através de uma imensurável tecnologia que possibilita o acesso à informação onde quer que os utilizadores arquitectem inter-subjectividades, levando mesmo a que esta tecnologia possa ser considerada como uma tecnologia social. Evidentemente, esta mudança tecnológica estabeleceu um componente substancial para o entendimento da modernidade, na medida em que concebe novas formas de socialização e, até mesmo, novas delineações da identidade individual e colectiva (Delors *et al.*, 1996). No entanto, o relatório da U.N.E.S.C.O. da autoria da Comissão Internacional, presidida por Jacques Delors, referencial sólido e prenunciador dos desafios educativos no século XXI, alerta para duas consequências da utilização da Internet que podem ser nefastas para as pessoas: o isolamento e a perturbação dos laços de solidariedade (Delors *et al.*, 1996). Da pesquisa efectuada, parece-nos evidente que a grávida

recorre frequentemente a várias fontes para obter as informações de que necessita durante a sua gravidez.

As aprendizagens devem desenvolver-se, não podendo ser pensadas como simples transmissão ou assimilação de informações. Neste sentido, actualmente, de uma óptica unidimensional cimentada apenas na dimensão do saber, a educação abraça quatro elementos fundamentais que foram apresentados no relatório da U.N.E.S.C.O. como os quatro pilares da educação: *aprender a conhecer* [adquirir os instrumentos da compreensão], *aprender a fazer* [para poder agir], *aprender a viver juntos*, *aprender a viver com os outros* [com o objectivo de participar e cooperar] e *aprender a ser* (Delors *et al.*, 1996, 17). Estas quatro dimensões estão intimamente ligadas e devem ser tidas em conta ao longo da vida. Neste sentido, como meio para uma total realização, a educação é, simultaneamente, um processo individualizado e uma construção social interactiva. No caso do presente estudo, torna-se relevante incentivar a grávida a aprender a aprender, o que permitirá desenvolver o seu processo de auto-educação, aprendendo com todas as experiências e relações que estabelece ao longo da vida. Aprender a aprender, praticando a atenção, a memória e o pensamento é indispensável para aprender para conhecer (Delors *et al.*, 1996).

Em síntese, podemos realçar que a família e a escola continuam a ser duas das forças que podem contribuir para a criação de um capital social, sendo mesmo imprescindíveis a uma educação global da pessoa. Na primeira, predominam as aprendizagens do coração, assentes no afecto e na cumplicidade. Na segunda, ocorrem as aprendizagens da mente, que agrupam a cognição e a estabilidade emocional (Carneiro, 2001). Porém, a rápida transformação das inovações tecnológicas, associadas à mobilidade humana, fazem emergir a necessidade de uma educação “ao longo de toda a vida” (Delors *et al.*, 1996). Este tipo de educação é uma construção contínua da pessoa não se limitando apenas a uma etapa inicial da vida, dando relevância à construção do seu saber, das suas aptidões e da sua capacidade de discernir e agir. Logicamente, aprender ao longo da vida, tem como finalidade aliar a tradição e a contemporaneidade, sendo ainda uma forma de responder às crescentes necessidades do progresso. A educação não é uma panaceia, mas, sem educação, não temos respostas. Pensemos, por exemplo, na promoção da saúde, na promoção de uma vida mais saudável, e certamente, na possibilidade de uma maior auto-realização pessoal e comunitária. A educação faz indubitavelmente bem à saúde, assegurou Bonito (2009). Neste âmbito, a educação e a saúde estão estreitamente interligadas, na medida em que a educação é uma condição imprescindível para desenvolver o potencial de saúde. Com base nestas acepções, a acção

educativa torna-se uma das principais componentes do cuidado à mulher grávida, uma vez que permite abrir “uma janela” para um processo de transformação, importante para reforçar a saúde, potenciar e desenvolver a adopção de estilos de vida saudáveis, de uma forma livre e informada.

Depois de ter analisado a noção de educação, importa agora olhar sobre a noção de saúde, para que, conjugando as duas, se estabeleça uma relação da educação com a promoção de saúde.

2.1.2. Olhares multifacetados sobre a saúde

A saúde assume uma capital importância, quer para as pessoas, quer para os governos dos diferentes países. Num hipotético cenário em que a saúde estivesse ausente, tudo deixaria de fazer sentido. A concepção de sonhos, a fixação de objectivos, o estabelecimento de prioridades, só faz sentido existir num cenário de perfeita saúde. Em sentido lato, a saúde representa um bem não só pessoal, mas também, comunitário, sendo vista como um dos principais indicadores de desenvolvimento. Deste modo, a saúde constitui uma mais-valia e uma riqueza muito especial que não pode ser negligenciada. Todavia, a noção de saúde muda de indivíduo para indivíduo, de acordo com as civilizações e as épocas. A ideia de saúde associado ao “mais vale prevenir do que remediar” varia em função do estrato social e da idade. A título de exemplo, salientamos um estudo realizado em França por Houtaud (2003) que incide sobre as representações da saúde junto dos habitantes das regiões de Nancy e Nimègues, e onde se demonstra a distinção entre a saúde como um “equilíbrio físico e moral”, referido pelos quadros superiores de empresas e a saúde como uma noção de “equilíbrio familiar”, relatada pelos agricultores, o que vem confirmar, neste contexto, a ideia de solidariedade familiar nas explorações agrícolas. *Miroir des positions sociales, économiques et culturelles des uns ou des autres, la santé acquiert pour chacun une valeur essentielle à son image de soi* afirmou Houtaud (2003, 189). A saúde advém do projecto de vida, do sentido de felicidade e da forma especial de estar no mundo de cada pessoa (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005). Contudo, através de uma imagem individual, brota uma imagem social da saúde, que se transforma num valor e dá sentido à vida do ser humano (Houtaud, 2003). Mas, então, como poderemos definir “saúde” face aos padrões actuais?

No Dicionário *Le Grand Robert de la Langue Française*, a saúde, do latim *sanitatem*, *accusativo de sanitas e de sanus* significa *bon état physiologique d'un être vivant*, et

notamment d'un être humain; fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme pendant une période appréciable, indépendamment des anomalies et traumatismes qui affectent les fonctions vitales (Rey, 2001, 173). Na página 175, faz-se referência ao estado fisiológico e psíquico de um grupo social, saúde dos seus membros; estado de bem-estar numa sociedade. Esta definição é, de facto, uma das mais conhecidas internacionalmente. Greene e Simmons (1988) relataram que o termo “saúde” foi empregado pela primeira vez na língua inglesa, por volta do ano 1000 a.C., com um sentido de qualidade de vida e de integridade, abarcando conotações físicas, intelectuais e espirituais.

Assim, a saúde como qualidade, tem sido exaustivamente pesquisada e valorizada ao longo da história da humanidade. Por esta razão, muitos autores como, Herlichz (1996), Branco (1995), Annandale (1999), Leandro, (2001a), Carricaburu e Ménoret (2004) ou Reis (2005), têm pretendido encontrar definições claras, descrevê-la e medi-la com precisão, envolvendo-se numa tarefa de difícil resolução. Há ainda que ter presente critérios que implicam escolhas de acordo com as orientações políticas vigentes nas sociedades em cada época histórica. Assim, a saúde pode ser entendida com diversos sentidos. Não raras vezes, acontece que na procura de conhecimento e influência em relação ao meio, surgem as explicações mágicas, os rituais e todo um sistema cultural assente na mitologia. É conveniente acrescentar que a saúde e a doença não são condições ou atributos estáveis, mas antes noções essenciais, submetidas à constante avaliação e mudança.

Frise-se que nas sociedades ocidentais, uma meticolosa leitura sociológica sobre as questões da saúde possibilita-nos constatar que a mesma se tem transformado numa noção do senso comum (Leandro, 2001a), no sentido em que a mesma se inscreve na temática da individualização de expressão livre e da realização pessoal. Neste propósito, como qualquer valor, a saúde é um fim que se justifica por si mesmo e que conduz à realização pessoal, à liberdade, ao prazer e até à felicidade. *A saúde, tornando-se um objecto socialmente elaborado, afirma-se, então, como «analisador do social», tornando-se uma «linguagem social» que nos interroga sobre a noção de normas e de normalidade e sobre os fundamentos das medidas tomadas em seu nome* (Paul, 2005, 33).

Fazendo uma pequena retrospectiva histórica, autores como Drulhe (1996), Graça (1999), Leandro (2001a), Carvalho (2002), Rodrigues, Pereira e Barroso (2005) consideram que a noção de saúde tem a sua génese nos tempos mais remotos, com origem na figura mitológica do Deus Esculápio. Efectivamente, este tinha duas filhas, que para os gregos personificavam a *saúde, a higiene da vida* (Hígia) e a *terapêutica* (Panaceia). Explicitando melhor, Panaceia (do grego *panakeia* e do vocábulo latim panaceia “remédio para todos os

males ou doenças”), representa as substâncias e os medicamentos que permitem a prestação de uma assistência adequada. Na modernidade, este culto encontra-se ligado à *tecnologia médica*. Por sua vez, Hígia (do grego *hygieia* e do latim *salute*) defende os valores da moderação, das normas de conduta, os estilos de vida e o bem-estar, valorizando a prevenção da doença e a protecção da saúde. Este antigo culto encontra-se relacionado nos nossos dias, com a *higiene e a prevenção*.

Convém, todavia, recordar que, na Antiguidade, ter má saúde estava associada a uma fatalidade ou a um castigo divino que se abatia sobre a família ou sobre o indivíduo, como, por exemplo, a narrativa de Jó nos textos bíblicos. De facto, ao longo da Bíblia, existem referências à doença como castigo divino. Nestes termos, *desenha-se aqui toda uma lógica da economia da salvação, de que fala M. Weber (1964), porquanto, apelando a uma atitude de resignação perante a doença, esta torna-se em objecto de purificação e sublimação e, por conseguinte, virá a ser transubstanciada em penhor de salvação na vida do além* (Leandro, 2001a, 77).

Assim, não descurando imediatamente a responsabilidade divina como causa de moléstia, esta concepção perdurou, de forma mais ou menos explícita, durante toda a Idade Média, secundarizando-se, progressivamente, a noção mágica-religiosa. Para tal, apontou-se alguns processos naturais, aprovando a presença de leis internas e inabaláveis. Acreditou-se na existência de um poder de auto-regeneração do corpo humano, no qual era imprescindível ajudar a não contrair a doença (Nossa, 2001). Pensamos que este conceito estava, de algum modo, interligado com a noção religiosa, de pureza e de pecado.

No que diz respeito à saúde, esta tem passado por sucessivas acções de reorganização, sobretudo das práticas higiénicas, desde os séculos XVIII e XIX, em consequência das diversas articulações entre o Estado e a Sociedade que, na realidade, decretam as respostas sociais às necessidades e aos problemas de saúde da população. Na Europa Ocidental, na segunda metade do século XVIII, surgiu um processo para disciplinar o corpo, estabelecendo intervenções sobre as pessoas, de que destacamos, por exemplo, as medidas de higiene e as políticas de saúde implementadas que produziram um discurso social sobre a saúde. Com o aparecimento da Revolução Industrial, foram criadas as condições para uma melhoria substancial da vida e da saúde das populações.

Foi, contudo, no século XIX que se desenvolveram duas perspectivas relativas à saúde: por um lado, o estudo das doenças e dos meios para o seu tratamento e, por outro, a elaboração de programas higienistas que visavam a salubridade. *L'hygiène est alors une affaire d'éducation des sens par une quête de diversité qui offre la palette de tous les plaisirs*

possibles et dont le principe est l'autorégulation (Drulhe, 1996, 31). Com o avanço científico e a explicação dos fenómenos humanos, a noção de saúde abandonou estes significados e, no princípio do século XX, a saúde era apenas concebida como ausência de doença ou de enfermidade. Durkheim (1993) enfatiza a saúde como uma noção operatória nos projectos de organização da sociedade, através da distinção entre o normal e o patológico, traduzindo uma necessidade de passar de um imperativo lógico a um imperativo prático.

Analisada esta problemática noutra prisma, Cabral, Silva e Mendes (2002) realçam a importância de progressos marcantes para a saúde no início do século XX, e que qualificaram em quatro dimensões: *a dimensão demográfica*, que possibilitou a baixa da mortalidade infantil e o controlo das doenças infecciosas, dos quais resultou um aumento da esperança de vida e das doenças crónicas e degenerativas associadas à velhice; *a dimensão política*, referindo a promoção do bem-estar da população o que levou a saúde a ser considerada como prioridade dos governos; *a dimensão médica*, que permitiu um desenvolvimento e o crescimento dos cuidados de saúde para melhorar a qualidade de vida e *a dimensão sociocultural*, que facultou a melhoria das condições materiais de vida com a subida generalizada dos salários e a melhoria na habitação e urbanismo, bem como o aumento do níveis de escolaridade.

A evolução do conceito de saúde, tem passado pelo conceito negativo de saúde igual a ausência de doença, como é exemplo a definição de R. Leriche datada de 1937: "A Saúde é a Vida no silêncio dos órgãos" (Pestana, 1996, 187). Todavia, segundo Leriche, a saúde é positiva, mas não primitiva, demonstrando que *o silêncio dos órgãos* não é forçosamente equivalente à ausência de doença, uma vez que pode haver lesões no organismo sem o indivíduo apresentar qualquer sintomatologia, mas cuja vida pode estar em risco (Canguilhem, 1966). Este autor francês advoga uma outra definição. Segundo ele, a saúde é um conjunto de segurança (*sécurité*) no presente e de seguros (*assurances*) no futuro. Estar em boa saúde significa poder ficar doente para depois ficar bom. É um luxo biológico (Canguilhem, 1966). Nesta perspectiva, o indivíduo saudável mede a sua saúde tendo em conta a sua capacidade de ultrapassar as crises orgânicas e instaurar novas normas. Daí que se diga que a saúde *est une façon d'aborder l'existence en se sentant non seulement possesseur ou porteur mais aussi au besoin créateur de valeur, instaurateur de normes vitales* (Canguilhem (1966, 134), comparando-a à imagem de um atleta.

Tendo em conta a bibliografia consultada, parece-nos difícil construir uma definição abrangente que agrade aos diferentes autores. Aquela de que temos conhecimento, como a primeira definição positiva, foi divulgada pela Organização Mundial da Saúde, em 1946,

identificando-a como um estado de completo bem-estar, físico, mental e social e não só a ausência de doença. Não podemos esquecer que esta definição traduz uma noção estática porque a saúde é percebida como um “estado” e não como uma “dinâmica”. Todavia, esta definição constitui um bom ponto de partida para a explicação da noção de saúde. Encontramos, pela primeira vez, o termo bem-estar que se opõe à doença como ao mal-estar, mas que traduz uma situação de equilíbrio e de harmonia entre o biológico e o social. Porém, ao longo da última metade do século XX e apesar da proposta holística da O.M.S., o ponto de vista nitidamente predominante nos cuidados de saúde, privilegiou uma concepção de saúde como a ausência de doença. Neste sentido, contesta-se a posição do modelo biomédico e destaca-se uma nova abordagem conceptual com uma nítida viragem de paradigma, incluindo outras dimensões relevantes, para além da biológica, como é o caso da psicológica e da social. A Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários, em 1978, em Alma-Ata, reafirmou que a saúde é um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não a mera ausência de doença ou enfermidade, sendo um direito fundamental do ser humano.

Importa ainda mencionar que a matriarca da enfermagem moderna, Nightingale, já descrevia a saúde como “sentir-se bem”, utilizando ao máximo todas as capacidades da pessoa (Tomey e Alligood, 2004). Também, Benner e Wrubel (1989) definem a saúde como aquilo que pode ser avaliado, enquanto o bem-estar é a experiência humana de saúde. Na opinião destas enfermeiras, a saúde não significa apenas ausência de doença, o que vai de encontro à perspectiva preconizada pela O.M.S. e pela Conferência Internacional de Alma-Ata.

Esta noção de bem-estar deverá ser relativizada por cada indivíduo, considerando Poletti (1980) que o indivíduo é constituído por um “todo” com aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos e espirituais, articulados numa dinâmica complexa. Não esquecendo que se encontra inserido num meio sobre o qual age e, simultaneamente, sofre influência, procura um estado de equilíbrio dinâmico entre o seu corpo e o seu espírito, entre os diferentes estados da sua personalidade, entre si mesmo e o meio. A saúde é um potencial de energia que permite manter um equilíbrio de bem-estar do organismo. Este estado de bem-estar é necessário para levar uma vida agradável, interessante e produtiva. Assim, enquanto sinónimo de bem-estar individual, familiar e social, a saúde é considerada como um valor fundamental das sociedades modernas (Leandro, 2001a). Portanto, no âmbito de uma determinada cultura, os significados e as representações pessoais divulgadas, são uma componente relevante do bem-estar global da pessoa. Deste modo, a saúde não pode ser vista isoladamente, uma vez que é cultural e socialmente determinada por grupos sociais de

pertença.

Contudo, torna-se difícil encontrar uma definição satisfatória de saúde. Tendo em conta a complexidade e a diversidade dos indivíduos, parece-nos que uma verdadeira definição deva conciliar os objectivos a longo prazo, como o “bem-estar” e os objectivos mais específicos, mais dinâmicos de promoção de saúde. A saúde promove-se proporcionando condições de vida decentes, especificadamente: as adequadas condições de trabalho, a educação, a cultura física e as formas de lazer e de repouso. Por outro lado, é do conhecimento geral que o estilo de vida individual é modificado pelos efeitos de interacção entre os indivíduos e pela aprendizagem social. Além de mais, os estilos de vida modelados pela experiência e pelos factores ambientais, não levam a decisões individuais de evitar ou de aceitar riscos de saúde. As opções oferecidas aos indivíduos defrontam-se com limites impostos, quer pelo ambiente físico, social e cultural, quer pelos respectivos meios financeiros, sendo os diferentes estilos de vida adoptados pelos indivíduos e pelas famílias.

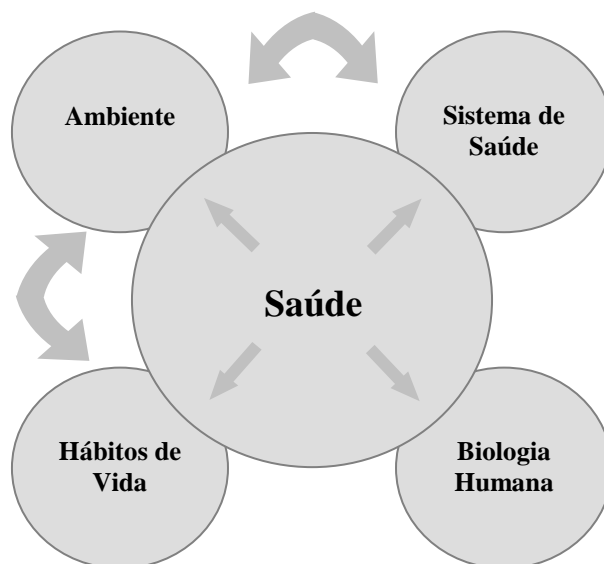
Gonçalves e Domingues (2002, 265) definem quatro dimensões de saúde caracterizadas como indissociáveis que se manifestam na sociedade actual e que equivalem a conceitos que promovem a compreensão do significado da situação, aparecendo de uma forma gradual entre o completo bem-estar e a incapacidade total. Deste modo, fazem alusão a:

- uma concepção médica da saúde considerada como estado de ausência de doença;
- uma concepção psico-social da saúde vista como bem-estar, estado de conforto, sensação de confiança e segurança pessoal;
- uma concepção político-legal da saúde examinada como pré-requisito funcional para a conservação da força e do equilíbrio adaptativo da vida das pessoas e da sociedade;
- uma concepção económica da saúde encarada como factor de interesse económico indispensável.

O comportamento humano é saudável quando conseguimos, através de práticas simples, preservar e promover a saúde, sem esquecer que a motivação é um aspecto importante a ter em conta na satisfação dessas atitudes. Não podemos esquecer que, em 1974, o ex-Ministro da Saúde canadiano, Lalonde, ao estudar as principais causas da morte prematura dos canadianos, construiu um modelo que passou a ser clássico em Saúde Pública, modelo esse conhecido por “Determinantes da Saúde” (Figura 3), segundo o qual o nível de saúde de uma comunidade é determinado pela interacção de quatro variáveis, a *biologia*

humana, o meio ambiente, o estilo de vida e o sistema de organização de saúde, em que apenas a biologia humana não se pode modificar sendo todas as outras variáveis passíveis de alteração.

Figura 3 – Determinantes da Saúde



Fonte: Adaptado de Precioso (1992, 113).

Uma breve explicação sobre esta teoria, permite-nos concluir que a *biologia humana* envolve todos os acontecimentos que se manifestam como consequência da constituição orgânica, incluindo a herança genética e o processo de envelhecimento. Todavia, actualmente, conhecendo o genoma de cada um, pode-se prevenir a manifestação de certas doenças. *O ambiente* agrupa os factores externos ao organismo nas suas dimensões, física, química, biológica e sociocultural, *id est*, envolve o físico, o psicológico e o social. *O estilo de vida* representa o conjunto de decisões adoptadas pelo indivíduo a respeito da sua saúde, no qual podem ser considerados a participação no emprego e os riscos ocupacionais, os padrões de consumo e os riscos das actividades de lazer. Finalmente, mas não menos importante, *o sistema de assistência sanitária* consiste na disponibilidade, quantidade, cobertura e acessibilidade aos cuidados de saúde (Precioso, 1992).

A evolução paradigmática no domínio da saúde passou da polarização clássica de causa orgânica das patologias e da sua identificação no meio ambiente para uma visão multifactorial e probabilística. Antonovsky (1984), pai deste paradigma (modelo salutogénico), ultrapassa a dicotomia saúde/doença na medida em que considera a saúde como um *continuum*, entre dois pólos conceptuais. O contexto social onde as pessoas vivem

influencia a saúde, bem como o suporte social de que dispõem. As características individuais e as condições sociais e culturais desenvolvidas ao longo da vida são condições para o crescimento de um suporte social forte (Leandro, 2001a), levando a que os estudos sobre saúde tenham incorporado, cada vez mais, os indicadores sociais nas suas pesquisas. Esses indicadores estão associados às condições sociais e psicológicas, à qualidade de vida, às atitudes e comportamentos, à qualidade do emprego, às condições habitacionais, à alimentação, ao ambiente de qualidade, à funcionalidade familiar ou às relações sociais, entre outros aspectos. O efeito do aperfeiçoamento da medicina, dos *mass media* e da publicidade, faz com que a saúde se ligue ao bem-estar, à juventude e à beleza (Houtaud, 2003).

Actualmente, a maioria dos problemas de saúde resulta de complexas reacções psicológicas e físicas da população face ao ambiente social, económico e à longevidade. Surgem, cada vez mais, novas patologias, nomeadamente a Sida, associadas a modos de vida e hábitos em saúde, comprovando que no binómio saúde/doença se insere o comportamento. Nestas circunstâncias, o estado de saúde depende, em grande medida, do estilo e dos modos de vida e das condições sociais envolventes. Nesta perspectiva, a saúde pressupõe, não só uma estabilidade e uma harmonia de todas as dimensões da pessoa humana, biológica, psicológica e social, mas, também, um empenho dos indivíduos na resolução dos seus próprios problemas. Presentemente, mais do que nunca, a noção de saúde pressupõe o enaltecimento da vida como principal valor (Leandro, 2001a), prezando ainda a capacidade de se adaptar constantemente às mudanças do meio ambiente e dos modos de vida.

Na Carta de Ottawa (1986), a saúde foi apresentada como um conceito mais dinâmico e global ao afirmar que *é criada e vivida pelas populações em todos os contextos da vida quotidiana: nos locais onde se aprende, se trabalha, se brinca e se ama (...) resulta dos cuidados que cada pessoa dispensa a si própria e aos outros; do ser capaz de tomar decisões e de assumir o controlo sobre as circunstâncias da própria vida* (D.G.S., 2003, s.p.). Podemos distinguir nesta Carta alguns pressupostos associados a esta concepção de saúde, os quais são denominados de recursos para a saúde, vida, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e cooperação. Importa, ainda, referir que ao longo da vida e quotidianamente, a saúde é percebida não só como um recurso individual mas também como um recurso colectivo. Neste sentido, podemos afirmar que a saúde é um elemento constitutivo das sociedades modernas e uma pedra angular para as economias dos diferentes países. É importante destacar que a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde, cujas acções procuram reduzir as diferenças no estado de saúde da população e no acesso a recursos diversos para uma vida mais saudável.

Reafirmamos a ideia de Leandro (2001a) quando sustenta que a saúde, como conceito médico, biológico, filosófico, espiritual, social, psicológico e económico e, também, como noção de qualidade e de seguimento de uma vida, recruta áreas da actividade humana, social e cultural. Se, por um lado, é um conceito em construção e em constante mutação, dependendo de valores sociais, históricos e culturais, relacionados com interesses económicos e sociais, por outro, abarca os conceitos de satisfação, de gratificação e de sociabilidade. A saúde confina-se a um sentimento de capacidade para se adaptar às necessidades do indivíduo, como é o caso das grávidas que nos propomos estudar.

A saúde, quando vista como colectiva, abrange determinadas práticas que têm por objecto as necessidades sociais de saúde, como instrumentos de trabalho distintos, saberes, tecnologias, e como actividades centradas nos grupos sociais, independentemente do tipo de profissional e do modelo de institucionalização (Pereira, 2005). Todavia, é importante considerar que a saúde deixou de ser um “estado” e passou a ser um “projecto” devendo ser clarificado em cada nação, ou em cada grupo social, de acordo com a sua possibilidade económica, técnica, política e cultural. Cada sociedade interpreta “bem-estar” como uma opção característica de viver com dignidade.

De uma forma geral, ao longo da vida, também lidamos com noções de saúde e de doença que, muitas das vezes, podem corresponder a representações mentais que completam as percepções do estado do corpo e do bem-estar mental. Abordar e questionar a noção de saúde permite, de alguma forma, expressar a nossa cultura com os seus valores, crenças, normas e rituais. Silva (2004) refere que pode haver normas que são evidentes, destacando, a título de exemplo, a norma da preparação para a maternidade que se efectiva com a frequência de uma consulta médica anterior à decisão de engravidar. Também, Herzlich (1984) classificou a saúde em várias categorias: *ser*, *ter* e *fazer*. A saúde como *ser* relaciona-se com a ausência de doença, como *ter* evidencia-se com um bem ou uma reserva que a pessoa possui quando não se encontrar doente e, finalmente, como *fazer* está associada à capacidade funcional, capacidade esta que permite cumprir as suas actividades. De alguma forma acrescentamos a ideia que, muitas das vezes, compartilhamos formas de ser, de ter e de fazer que nos foram transmitidos pelos nossos familiares, amigos ou, mesmo estranhos, sem sequer nos questionarmos.

Recapitulando as noções expostas, apercebemo-nos que é complexo justapor variáveis físicas, psicológicas, sociais, económicas, políticas e sociais numa definição de saúde, devendo antes colocá-las em interacção. Porém, deve estar presente uma característica que

qualifica o ser humano, isto é, a capacidade que as pessoas, os grupos, as sociedades ou as culturas dispõem para enfrentar as adversidades (Sousa, 2006). Também podemos afirmar que, actualmente, a saúde é um bem e que o discurso sobre a saúde e a doença realça a noção de saúde integral e de promoção da saúde, estimulando as pessoas a evitarem a doença pela prática de uma vida saudável. Dentro desta dinâmica, esta noção obriga os poderes públicos a uma preocupação constante dos efeitos das medidas políticas sobre a saúde. De facto, é hoje conhecido que a moderna medicina se caracteriza pela especialização dos profissionais de saúde. Nesta perspectiva, os enfermeiros, como actores sociais, desempenham práticas educativas fundamentais no quotidiano das instituições de saúde, reconhecendo a importância dos factores individuais e colectivos. Perguntamos, então, como é que se incorpora a noção de educação para a saúde? Como é que as noções de promoção de saúde e educação para a saúde se concretizam e se articulam?

2.2. A educação para a saúde/promoção de saúde: aspectos conceptuais

2.2.1. A educação para a saúde: campo multifacetado

A educação para a saúde tem sido considerada internacionalmente como parte integrante dos esforços para prevenir a doença e promover a saúde. Como processo, a educação para a saúde é encarada como uma educação permanente e progressiva, ou seja, uma aprendizagem que dura vários anos e que se inicia na primeira infância, amplificando-se ao longo da vida (Araújo, 2004). Fazendo uma retrospectiva, verificamos que, tal como a noção de saúde, a educação para a saúde sofreu, ao longo dos tempos, uma rápida mudança paradigmática, acompanhando a evolução das Ciências da Saúde e da Educação. Historicamente, a educação para a saúde, denominada de educação sanitária, era essencialmente uma instrução sobre a saúde onde dominava a abordagem informativa, transmissiva e didáctica. Andrade (1995) assinala que esta assentava numa concepção médica, onde os educadores transmitiam conselhos, princípios de higiene e normas de conduta. Neste contexto, a educação sanitária estava estreitamente ligada à prevenção da doença, com o objectivo de modificar comportamentos identificados como factores de risco para o aparecimento de doenças. Actualmente, é fundamental a participação activa das pessoas para que esta seja designada como um processo educativo, que destaque, ainda mais, a importância da educação para a saúde.

Rodrigues, Pereira e Barroso (2005) afirmam que a educação para a saúde é um processo que serve de ligação entre a informação de saúde e as práticas de saúde, considerando o indivíduo como centro da educação. Por sua vez, Green, Kreuter, Deeds e Partridge (1980) descrevem a educação para a saúde como uma combinação de experiências de aprendizagem planeadas, com o objectivo de facilitar a mudança voluntária de comportamentos saudáveis. Na óptica de Rochon (1991), esta definição foi considerada como uma das mais completas porque assentava nos alicerces de uma adequada prática da educação para a saúde como, aliás, transparece da análise detalhada das diferentes partes da definição. A acepção “combinação” encerra um conjunto de objectivos do projecto de educação para a saúde que implica a necessidade de utilizar métodos educativos complementares. As “experiências de aprendizagem planificada” integram os aspectos cognitivos (conhecimentos), afectivos (atitudes e valores) e psicomotores (habilidades) do comportamento que se pretende cumprir, tendo em conta um processo de reflexão prévia à elaboração do projecto de educação para a saúde. O verbo “facilitar” determina o papel que o formador precisa desempenhar, coadjuvando a comunicação no processo de educação para a saúde. As “mudanças voluntárias do comportamento” estimulam a participação voluntária do indivíduo. Para isso, devemos considerar os seus comportamentos, as suas atitudes, os seus valores, as suas experiências e os seus conhecimentos. Finalmente, os “comportamentos saudáveis” são a finalidade a atingir no sentido de melhorar a saúde.

Mais recentemente, a educação para a saúde abriu-se aos aspectos sociais, ambientais e culturais das pessoas, intervindo nos conhecimentos, nos valores e nos comportamentos. Entendendo a educação para a saúde como um meio de dar educação necessária para alterar uma série de hábitos e atitudes pouco saudáveis ou de contribuir para um melhor nível de saúde e bem-estar, parece-nos que este conceito significa dar informação, mas visa, sobretudo, a co-responsabilidade das utentes nas tomadas de decisão. Neste sentido, esta precisa de proporcionar um conjunto de meios ou de instrumentos que permitam aos indivíduos encontrar a solução adequada à sua personalidade e cultura. Desta forma, os indivíduos tornam-se co-produtores activos da transformação do seu perfil. Também, Precioso (1999) salientou que a educação para a saúde não deverá restringir-se às actividades tradicionais, nem limitar-se, apenas, às informações sobre saúde.

Frequentemente, observamos que as actividades de educação para a saúde são realizadas segundo “as necessidades das pessoas”. Porém, é extraordinariamente difícil obter uma definição da noção de “necessidade” que se mostre genericamente aceite por todos, na medida em que as necessidades humanas divergem, significativamente, de indivíduo para

indivíduo, ou mesmo, de sociedade para sociedade. Sabemos, contudo, que, perante a diversidade das necessidades que sentimos, somos obrigados a tomar opções, decidindo pela satisfação daquelas que supomos serem as mais urgentes.

Segundo Chombart de Lauwe (1983), confunde-se, por um lado, o termo de necessidade³⁵ com os termos de desejo, instinto ou vontade e, por outro, com a noção de interesse. Pelo contrário, Bastos e Rosa (2009) argumentam que não é possível confundir o termo “desejo” com o termo de “necessidade”, uma vez que as necessidades são socialmente construídas. Os desejos são, deste modo, analisados como privados, enquanto as necessidades como objectivas e públicas. Tremblay (1973) definiu, para a língua francesa, o termo «besoin» como sendo mais complexo que a noção de «nécessité» que, por sua vez, implica uma avaliação normativa do que é essencial (*essentiel*) e do que satisfaz³⁶ (*satisfaisant*), bem como a ideia de direito. É assim que se distingue *besoin objectif* do *besoin subjectif* sendo o primeiro concebido como o mínimo essencial ao funcionamento de um organismo, enquanto o segundo compreende o conjunto dos bens e serviços que o indivíduo considera como necessários para manter o seu estatuto social (Tremblay, 1973, 8).

Chombart de Lauwe (1983, 165) refere, igualmente, a oposição entre as necessidades das classes dominadas e as das classes dominantes. Parece resultar deste pensamento a existência de um conflito entre as necessidades das classes dominadas marcadas pelos grupos que dominam e os interesses das sociedades capitalistas. Deste modo, uma criteriosa análise das necessidades, é fundamental para evitar manipulações onde os grupos dominantes definam as necessidades das outras classes sociais através das suas próprias representações, tendo em conta os seus particulares interesses.

Analisando, com maior detalhe, o termo de “necessidade” ou “necessidades”, podemos afirmar que, frequentemente, está associado à noção de falta, de privação ou de ausência, relacionando-se habitualmente, com diversos graus de exigência, de utilidade, de aspiração ou de impulsão. A necessidade pode, ainda, ser definida como uma ânsia de obtermos aquilo que não possuímos. Neste contexto, a necessidade (*le besoin*) exprime o estado observado e sentido no qual se encontra o indivíduo ou o grupo que, *dans un milieu tel que nous l’avons défini, manque d’un objet qui lui serait nécessaire, obligatoire ou utile, soit pour sa vie interne, soit pour sa vie sociale, en rapport avec les autres individus ou groupes* (Chombart de Lauwe, 1983, 170).

³⁵ Este autor faz a diferença entre “besoin” e “nécessité”. Na língua portuguesa, não é possível fazer essa distinção. Desta forma, utilizaremos o termo necessidade.

³⁶ Necessário.

A classificação das necessidades é de origem diversa. Nas sociedades tradicionais, os sacerdotes e os filósofos, forneciam algumas das necessidades individuais. Também, os códigos sociais relatavam algumas medidas colectivas para reduzir os efeitos das doenças na comunidade, bem como para tornar o ambiente menos árido, constituindo o aparecimento e aperfeiçoamento da medicina uma resposta à constante diversificação e crescimento das solicitações. Já no século XVIII se falava das necessidades primárias e secundárias. Virgínia Henderson, enfermeira e investigadora do século passado, explicitou a teoria das necessidades fundamentais do ser humano. Verifica-se a existência de uma correlação entre a hierarquia das necessidades de Maslow³⁷ e as catorze componentes dos cuidados em enfermagem³⁸ ou funções de enfermagem relatadas por Henderson. Estas necessidades iniciam-se com as necessidades físicas e progridem para as componentes psico-sociais (Tomey e Alligood, 2004) e têm como objectivo descrever os cuidados de que qualquer pessoa necessita, independentemente do diagnóstico e do tratamento prescrito pelo médico. Esta classificação teve por base o suporte teórico à abordagem funcional das necessidades o que, na nossa perspectiva, pode ser bastante redutor porque, por exemplo, as necessidades de realização pessoal não são tidas, logo, em conta. A lista das catorze necessidades humanas básicas, representa as áreas onde os problemas de saúde podem ocorrer, podendo aplicar-se a qualquer ambiente e, do mesmo modo, servir de guia tanto na promoção da saúde, como na prestação de cuidados de enfermagem ao utente. Nesse contexto, o significado que é dado ao termo “necessidades” é de deficit humano, falta de algo que pode ser ultrapassado através dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. Porém, realçamos que com base na hierarquia das necessidades de Maslow, *construiu-se uma teorização dos cuidados de enfermagem, que se enquadra no conceito de saúde idealizado e caracterizado por parâmetros mensuráveis e numa visão do papel dos profissionais de saúde como sendo detentores do saber e do poder* (Bastos e Rosa, 2009, 19).

A necessidade pode ser uma exigência vital do indivíduo ou do grupo porque, a sua falta, é susceptível de gerar consequências observáveis do exterior. Do ponto de vista de

³⁷ A pirâmide das necessidades, segundo Maslow tem na base as necessidades fisiológicas, seguindo-se a necessidade de segurança, a necessidade de estima e consideração e no topo a necessidade de realização pessoal (Bastos e Rosa, 2009, 19).

³⁸ Os catorze componentes dos cuidados de enfermagem incluem o respirar normalmente, o comer e beber de forma adequada, eliminar os resíduos corporais, movimentar-se e manter a postura correcta, dormir e descansar, escolher a roupa – vestir-se e despir-se, manter a temperatura corporal dentro dos valores normais mediante a selecção de roupa e a modificação do ambiente, manter o corpo limpo e cuidado e os tegumentos, evitar os riscos do ambiente e evitar lesar os outros, comunicar-se com os demais, expressando emoções, necessidades, temores e opiniões, realizar práticas religiosas segundo a fé de cada um, trabalhar de modo a sentir-se realizado, jogar ou participar em diversas formas de recreação e aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e a uma saúde normais e utilizar os recursos de saúde disponíveis. Assim, os componentes dos cuidados básicos de enfermagem, considerados por Henderson como as funções de competência exclusiva das enfermeiras, podem ser descritos como: respiração, alimentação, eliminação, movimento, sono e repouso, vestimentas, temperatura corporal, higiene, controle do ambiente, comunicação, prática religiosa, realização, actividade de lazer e aprendizagem.

Chombart de Lauwe (1983, 180), as necessidades podem ser marcadas pela necessidade ou pela obrigação ou pelas duas ao mesmo tempo. Neste contexto, distingue-se a “necessidade-estado” e a “necessidade-objecto”. Perante a necessidade vital, a obrigação social tem um lugar cada vez mais importante, podendo ser uma obrigação legal (*e.g.* instrução através da escola) ou moral (Chombart de Lauwe, 1983). Embora seja difícil definir o termo de necessidade, podemos dizer que as necessidades humanas divergem muito de pessoa para pessoa, bem como de sociedade para sociedade. Deste modo, a enfermeira especialista precisa identificar adequadamente as necessidades reais das grávidas e incorporá-las nas actividades no âmbito da promoção de saúde, pois, é preciso que ela tenha um entendimento integral a respeito da saúde e de qualidade de vida das mulheres neste processo de transição para a maternidade.

Numa outra vertente e sendo a educação uma prática social, histórica e política que se articula com outras práticas sociais, as intervenções educativas possuem uma interdependência com a formação académica do educador, num contexto histórico vivido numa instituição em que esta prática se realiza (Pereira, 2005). Quando falamos de educação para a saúde pensamos logo na dimensão de socialização. Neste contexto e como já expusemos no decorrer deste trabalho, a educação para a saúde é muito mais que a difusão de informação, embora não deixe de ser difusão de informação (Lefevre e Lefevre 2004). Assim, é necessário informar o cidadão, *de modo claro e transparente, não escamoteando nenhum aspecto do problema, e considerando, sobretudo, que os destinatários desta informação não são, nem devem ser vistos como epidemiologistas ou médicos ou sanitaristas leigos mas como pessoas comuns, que vivem no quotidiano do trabalho, da vida familiar, dos problemas particulares* (Lefevre e Lefevre, 2004, 60). Sendo assim, entendemos que a educação para a saúde na vigilância pré-natal é um encontro educativo activo e co-participativo que visa informar, motivar e ajudar a grávida. De igual modo, pretende envolver mudanças no seu modo de pensar, de sentir e de agir.

2.2.2. Um olhar sobre a promoção da saúde

Um outro aspecto que é importante salientar neste estudo, é a noção de promoção da saúde que não é uma ideia nova quando considerada como qualquer actividade que pode beneficiar a saúde dos indivíduos e das comunidades. Como uma das estratégias de produção de saúde, a promoção de saúde contribui para a edificação de intervenções que possibilitam

responder às necessidades sociais em saúde. Por vezes, confunde-se educação para a saúde com promoção de saúde, embora esta última seja mais ampla, encontrando-se o primeiro conceito incluído no segundo. Green e Kreuter (1999) definiram a promoção de saúde como qualquer combinação planeada de suportes educativos, políticos e organizacionais para acções e condições de vida que conduzem à saúde dos indivíduos, dos grupos ou das comunidades.

Assim, a educação para a saúde e a promoção da saúde têm uma relação simbiótica em que a promoção de saúde abarca a educação para a saúde. Na verdade, a promoção da saúde depende da participação activa da população bem informada no processo de mudança, enquanto a educação para a saúde é uma ferramenta de capital importância neste processo (Kuhn, 2002). No quadro da vida quotidiana, a noção de promoção da saúde é uma noção dinâmica e evolutiva que possibilita obter um bem-estar físico, mental e social. Basicamente, a promoção da saúde é uma actividade do campo social onde os profissionais de saúde desempenham um papel importante. Na Carta de Ottawa (1986), este conceito foi caracterizado como o processo de capacitação da comunidade para agir face ao aperfeiçoamento da qualidade de vida e de saúde, possibilitando uma maior participação no controlo deste processo e o reconhecimento da importância do poder e do auto-controlo na promoção de saúde. Na referida Carta, evidenciam-se alguns postulados que orientam as estratégias de atenção primária da saúde e que passamos a indicar:

- a obtenção do mais alto grau de saúde exigindo a intervenção de sectores sociais e económicos, para além do sector da saúde;
- a promoção e a protecção da saúde da população fundamental para suportar o desenvolvimento económico e social contribuindo para a melhoria da qualidade de vida;
- o direito e o dever da população participar, individual e colectivamente, no planeamento da saúde.

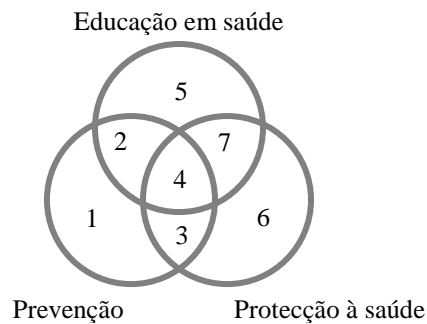
Neste sentido, reconhecem-se três estratégias indispensáveis para a promoção de saúde: a *advocacia* para a saúde, que permite adquirir todas as condições necessárias para que possa haver saúde, a *capacitação* que aprova todas as pessoas para alcançar o seu potencial auge de saúde e a *mediação* entre os distintos interesses da sociedade na procura de saúde (Portugal, 1999). A promoção da saúde é o resultado da confluência de forças distintas e pretende ir além da protecção à saúde, incluindo a redistribuição de poder e controlo sobre questões de saúde individual e colectiva, a redução do impacto negativo da grande variedade

de determinantes associados com o ambiente social, político e económico (Assis, 2004). Podemos daqui destacar que a promoção da saúde favorece o crescimento pessoal e social, enquanto proporciona a informação, a educação em saúde e alimenta as atitudes fundamentais à vida, neste caso específico, à gravidez, ao parto e à preparação para a maternidade. O acesso à informação é essencial para uma participação activa da mulher no processo de saúde, permitindo, assim, a sua realização pessoal. Todavia, é difícil distinguir a fronteira entre as práticas que contribuem para o desenvolvimento, a manutenção ou a restauração da saúde e as outras práticas (Drulhe, 1996). É importante realçar que, associado à promoção de saúde, surge o conceito de equidade em saúde, que está relacionado com a eliminação de diferenças desnecessárias, evitáveis e de injustiças, que restringem as oportunidades para alcançar o direito ao bem-estar.

Em 2000, no México, decorreu a 5ª Conferência Global sobre a Promoção de Saúde tendo como principais objectivos colocar a saúde no topo do desenvolvimento internacional, nacional e local, bem como estimular as parcerias entre diferentes sectores de saúde, nas diferentes sociedades. Nesta Conferência foram, também, destacados aspectos sociais da promoção de saúde como forma de aperfeiçoar a vida económica e social das populações desfavorecidas. *O princípio da causalidade múltipla do processo saúde/doença, que é claramente expressa nas conferências internacionais, determina estratégias de resposta de promoção de saúde orientadas para o processo de capacitação dos indivíduos e das comunidades, aumentando o controlo sobre os determinantes de saúde* (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005, 19).

As Conferências Internacionais têm realçado a abrangência deste conceito tendo por base a evolução das sociedades. Da mesma forma, os diferentes países têm tido em consideração a promoção de saúde nas políticas de saúde, sendo vista como uma prioridade programática. Dentro deste panorama e como já focámos nos itens precedentes, Portugal não foge à regra, embora seja evidente a existência de um debate conceptual entre educação para a saúde, prevenção da doença e promoção da saúde. O modelo apresentado por Downie, Tannahill e Tannahill (1997, 59) descrito na Figura 4, reproduz uma visão que integra a educação e prevenção como elementos da promoção da saúde, demonstrando as suas interfaces e as suas sobreposições. Este modelo salienta uma grande possibilidade para a promoção da saúde que abrange os esforços para estimular a saúde positiva e diminuir o risco dos constrangimentos à saúde, através da sobreposição de esferas da educação para a saúde, prevenção e protecção à saúde (Downie, Tannahill e Tannahill, 1997).

Figura 4 – Modelo de Promoção da Saúde



- 1 – Medidas preventivas (ex: imunização).
- 2 – Esforços educacionais para influenciar os estilos de vida na prevenção de problemas de saúde e uso dos serviços preventivos.
- 3 – Protecção à saúde preventiva (ex. fluoretação da água).
- 4 – Educação dos administradores de políticas.
- 5 – Educação para a saúde positiva.
- 6 – Dimensão positiva da protecção da saúde.
- 7 – Medidas de protecção à saúde positiva entre o público e os administradores.

Fonte: Adaptado de Downie, Tannahill e Tannahill (1997, 59).

Em síntese, evidenciamos que o papel da educação para a saúde permite fortalecer uma intervenção social como a principal estratégia para um empoderamento da comunidade, bem como o desenvolvimento de capacidades individuais para realçar a participação efectiva e responsável na vida social. Não podemos esquecer que o principal objectivo da educação para a saúde é garantir que as pessoas estejam bem informadas sobre as questões da saúde para serem capazes de fazer escolhas sobre a sua saúde e estilos de vida, sendo ainda capazes de implementar acções e comportamentos para implementar estas escolhas. Como processo multifacetado que visa capacitar os indivíduos e as comunidades a ampliar o controlo sobre os factores que determinam a saúde, a promoção de saúde permite tornar mais fáceis as opções.

2.2.3. A promoção de saúde no âmbito da vigilância pré-natal

A educação para a saúde é uma componente substancial da prática de todos os profissionais que desempenham funções durante a vigilância da saúde da mulher. Sendo uma área em desenvolvimento e em crescimento, é percebida como uma parte indispensável para atingir resultados eficazes nos cuidados. Deste modo, a educação e o cuidar têm andado sempre “abraçadas”. A gravidez é, sem dúvida, um momento particular da vida de uma mulher e da sua família, sendo ainda um momento privilegiado de intervenção, uma vez que a grávida está sujeita a um regime organizado de cuidados de saúde. Por esse motivo, a consulta

pré-natal pode ser considerada um espaço privilegiado para a transmissão de informação. Assim, o processo educativo requer a permeabilização de todas as práticas de cuidado da grávida e envolver a família nesses mesmos cuidados. Tal como o processo de enfermagem, o processo de ensino possui, de igual modo, fases de apreciação de diagnóstico, metas, intervenção e avaliação (Redman, 2003).

Frise-se, ainda, a preocupação com a saúde da grávida nas diferentes Conferências Internacionais (Quadro 3), algumas já referidas no decorrer deste trabalho. Não podemos esquecer que a assistência materno-infantil surge nessas Conferências como proposta de cuidados para uma gravidez saudável abrangendo o binómio mãe-filho e onde estão incluídos a comunidade, o meio ambiente, a família e a educação. É possível entender a importância das propostas contidas nestas Conferências para a melhoria da qualidade de vida. Em todas elas se destaca o reforço da promoção de saúde no sentido de conduzir um comportamento positivo dentro das políticas de saúde e de programas públicos (Silveira *et al.*, 2005).

Quadro 3 – Síntese das propostas internacionais de atenção à saúde da grávida

Ano	Conferencias Internacionais	Recomendações
1978	Alma-Ata, Ex-URSS - Saúde para Todos no Ano 2000: importância de criar estratégias para melhorar a qualidade de vida da população.	<ul style="list-style-type: none"> • Educação e Saúde; • Saúde materno-infantil; • Planeamento Familiar; • Tecnologias simples recursos disponíveis; • Participação da comunidade.
1986	Ottawa, Canadá - I Conferência sobre Promoção de Saúde: a saúde é um processo positivo, social e pessoal (bem-estar global).	<ul style="list-style-type: none"> • Educação; • Reorientação de serviços.
1988	Adelaide, Austrália - II Conferência sobre Promoção de Saúde: Políticas Saudáveis. As mulheres são consideradas as principais promotoras de saúde no mundo. Preservação das preferências e direitos da população feminina para usufruir uma maternidade saudável e assistência segura.	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas saudáveis – enfoque e apoio às mulheres durante a maternidade (acesso às informações para ter uma participação mais efectiva); • Práticas de parto, baseadas nas preferências e necessidades das mulheres; • Licença para prestar cuidados com os filhos doentes; • Alerta para os danos produzidos pelo tabagismo e abuso do álcool, que interferem negativamente durante a gestação.

Fonte: Elaboração própria com base em Silveira *et al.* (2005, 454).

Quadro 3 – Síntese das propostas internacionais de atenção à saúde da grávida (conclusão)

Ano	Conferencias Internacionais	Recomendações
1991	Sundsvall, Suécia – III Conferência Internacional: Ambientes Favoráveis à Saúde (prioridade básica à equidade para a promoção de saúde). A educação é considerada um direito com vista a mudanças políticas, económicas e sociais.	<ul style="list-style-type: none">• Movimento organizado de mulheres.
1992	Santa Fé, Bogotá Colômbia – Conferência versão latino-americana.	<ul style="list-style-type: none">• Debatidas questões mais específicas da região (esclarecimentos a população como estratégia de promoção de saúde e particularmente à mulher na fase reprodutiva da vida).
1997	Jakarta, Indonésia – IV Conferência Internacional: Inclui o sector privado na promoção de saúde.	<ul style="list-style-type: none">• Identificação de novas estratégias para viabilizar uma melhor promoção da saúde futura, imprescindível ao desenvolvimento socioeconómico.
2000	México – V Conferência Internacional: Promoção de Saúde e desenvolvimento social é um dever e responsabilidade dos governos, compartilhada por todos os sectores da sociedade.	<ul style="list-style-type: none">• A promoção de saúde faz parte essencial e necessária das políticas e programas públicos;• Os programas de saúde requerem profissionais das diversas áreas.

Fonte: Elaboração própria com base em Silveira *et al.* (2005, 454).

Como já salientámos, os serviços de saúde têm organizado formas para garantir uma assistência integral e humanizada às mulheres e suas famílias no sentido de fortalecer as intervenções preventivas e de promoção de saúde. Uma vigilância pré-natal adequada significa diagnosticar, tratar e prevenir os acontecimentos indesejáveis na gravidez, visando o bem-estar materno e fetal. Porém, a nossa experiência enquanto profissional de saúde, permite-nos afirmar que as finalidades das intervenções em enfermagem nem sempre são alcançadas. Na verdade, os compromissos fixados para a promoção de saúde não oferecem respostas suficientes frente às necessidades das mulheres grávidas. Num estudo levado a efeito por Brienza (2005), esta autora comenta que a dimensão cuidadora tem sido diminuída, desligada da liberdade criativa pelo modelo manual, técnico e biológico do próprio trabalho em saúde. Outros autores (*e.g.*, Koffman e Bonadio, 2005), observaram no Estado de São Paulo no Brasil, que a cobertura adequada da atenção pré-natal, por si só, não é suficiente para garantir resultados eficazes na diminuição dos coeficientes de mortalidade materna por causas obstétricas indirectas e perinatais precoces. É importante referir que, para além do número de consultas, o conteúdo do atendimento oferecido é ainda mais relevante para obter serviços de saúde eficazes.

Sabemos que as enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica, durante ou após a sua formação académica, estabelecem um corpo de conhecimentos científicos passíveis de aperfeiçoar a saúde das pessoas. Esse conjunto de conhecimentos arquitecta na profissional um misto de significados que lhe conferem uma visão e uma explicação dos fenómenos diferentes da visão que as pessoas possuem sobre os mesmos acontecimentos (Sousa, 2006). Esta constatação permite a uniformização de algumas práticas educativas, uma vez que constatámos que as intervenções educativas ainda permanecem centradas na transmissão de conhecimentos fundados nas concepções dos profissionais que nem sempre têm em consideração os saberes familiares, a existência de práticas populares ou as representações sobre o processo saúde-doença-corpo (Martins, 2003a). Apesar dos profissionais terem intenção de orientar os cuidados para a saúde, transmitem conhecimentos elaborados cientificamente, dificultando a compreensão da grávida. *O relacionamento, muitas das vezes dá-se de forma assimétrica, coercitiva, confirmando somente as opiniões do profissional, faltando informações sobre o significado que essas pessoas atribuem ao processo saúde-doença* (Queiroz e Jorge, 2004, 72). Assim, encarar a educação como um simples instrumento de transmissão de informações, é olhar a grávida como um recipiente passivo do conhecimento. Mendes (2009) reconheceu que a maioria das acções educativas se canalizam para a prevenção das doenças e a responsabilidade individual, o que indica que as causas sociais da falta de saúde não têm sido consideradas com a devida importância.

Numa perspectiva idealista, a educação para a saúde na vigilância pré-natal deveria iniciar-se antes da gravidez (*e.g.*, na consulta pré-concepcional) ou precocemente na gravidez e prolongar-se até três meses após o parto. Redman (2003) realça que o ensino formal precoce, na gravidez, tem sido descurado e que as aulas do segundo trimestre de gravidez são quase inexistentes. A maior parte das vezes, o ensino pré-natal surge no terceiro trimestre, na vertente de preparação para o parto.

Normalmente, o aumento da informação durante a gravidez contribui para aumentar os conhecimentos e o bem-estar da mulher, evidenciando menor ocorrência de complicações ou de problemas. A intervenção em grupo pode funcionar como um suporte que permite as trocas de vivências e a reflexão sobre as mesmas (Nascimento, 2003; Mendes, 2009). Além disso, uma consciencialização colectiva sobre as condições de vida é resultante do diálogo estabelecido (Mendes, 2009). Não podemos omitir que *cada cidadão [grávida] assume assim um papel inelutável de actor e de educador de saúde, pelo que a educação se deve centrar nas disposições e capacidades individuais e grupais, oferecendo conhecimentos, influenciando modos de pensar, gerando ou clarificando valores, ajudando a mudar atitudes*

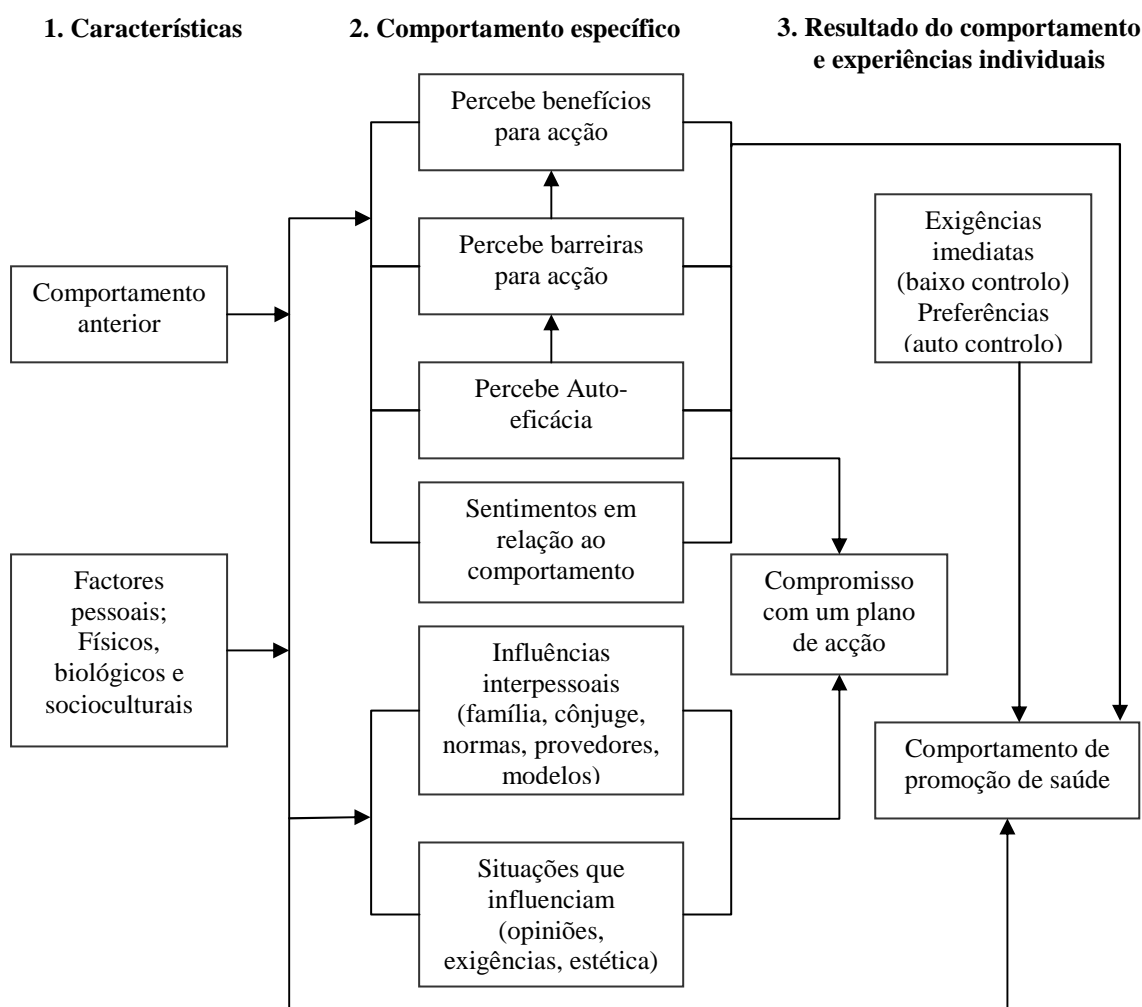
e crenças, facilitando a aquisição de competências e produzindo mudanças de comportamento e estilos de vida (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005, 19).

Pender (1996) identificou a promoção da saúde como um objectivo para o século XXI. Na sua época e como forma de dar resposta à esfera política e social, clarificando o papel de enfermagem na promoção de saúde, esta enfermeira elaborou o Modelo de Promoção de Saúde (H.P.M.), com base na Teoria de Aprendizagem Social de Albert Bandura, que, na nossa opinião, poderá ser completamente implementado no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, designadamente na consulta de vigilância pré-natal, uma vez que abrange a adopção de comportamentos para melhorar a saúde. O modelo baseia-se numa tentativa de descrever a natureza multifacetada das pessoas em interacção com o ambiente, enquanto buscam a saúde (Tomey e Alligood, 2004). Neste contexto, o Modelo de Promoção de Saúde fornece uma estrutura simples e clara, em que o enfermeiro pode realizar cuidados individuais, ou em grupo, permitindo um planeamento, uma intervenção e uma avaliação das intervenções desenvolvidas. Neste âmbito, o termo saúde é encarado com base nos aspectos individuais, familiares e comunitários, dando ênfase ao bem-estar, ao desenvolvimento de capacidades, levando em consideração a idade e a cultura, entre outros aspectos, numa perspectiva holística. Neste paradigma, a saúde não é apenas considerada como ausência de doenças.

Pender desenvolve determinados conceitos e determina características que afectam as intervenções de saúde. Assim, o Modelo de Promoção da Saúde é composto por três grandes componentes denominadas: «as características e experiências individuais», «os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento» e, finalmente, «o resultado do comportamento» e que estão representados graficamente na Figura 5. Estas componentes estão divididas em variáveis que passamos a comentar. A primeira componente, «características e experiências individuais», abrange o *comportamento anterior relacionado*, ou seja, o comportamento que carece ser mudado, os *factores pessoais*: biológicos (*e.g.*, idade, género, agilidade), psicológicos (*e.g.*, auto-estima, auto-motivação, competência pessoal, estado de saúde percebido) e socioculturais (*e.g.*, raça, etnia, aculturação, educação, estatuto socioeconómico). A segunda componente, «os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento», é composta pelos *benefícios da acção percebidos*, que são representações mentais positivas que fortalecem as consequências de adoptar um comportamento. Esta componente também considera as *barreiras percebidas à acção*, que são as percepções negativas sobre um comportamento (*e.g.*, dificuldades), a *auto-eficácia percebida*, que se relaciona com as capacidades pessoais de organizar e executar acções e a *actividade relacionada com a apresentação* que representa sentimentos positivos ou negativos subjectivos relacionados com

o comportamento. Por último, integra as *influências interpessoais* que incluem normas, apoio social e modelagem, sendo consideradas como fonte, a família, o cônjuge, os pares, os profissionais de saúde, as *influências situacionais* relacionam-se com o ambiente onde a pessoa está inserida e que pode facilitar ou, impedir, determinados comportamentos de saúde. A terceira componente, «o resultado do comportamento» abraça o *compromisso com um plano de acção*, isto é, as acções que possibilitem a pessoa a manter-se no comportamento de promoção de saúde esperado, *as exigências e preferências de competição imediatas* são comportamentos alternativos sobre o qual as pessoas tem um controlo reduzido, no caso das exigências ou um grande controlo no caso das preferências e *comportamento de promoção de saúde* que representa o resultado da acção orientado na obtenção de resultados de saúde (Tomey e Alligood, 2004).

Figura 5 – Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender



Fonte: Traduzido do *Health Promotion Nursing Practice* de Pender (1996, 67).

Como podemos observar na Figura 5, os diversos factores de cada componente, embora tenham sido concebidos como independentes, interligam-se. Podemos dizer que no Modelo de Promoção de Saúde, observamos processos bio-psico-sociais complexos que motivam os indivíduos a terem comportamentos norteados para a melhoria da saúde. Contrariamente aos modelos norteados para o acto de evitar, que se fundamentam no medo ou na ameaça à saúde para motivar para o comportamento de saúde, o H.P.M. encerra uma abordagem ou competência dirigida para o foco (Tomey e Alligood, 2004). Uma das consequências que resulta deste modelo consiste na sua influência para a interacção entre a grávida e a enfermeira especialista.

Todavia, existem outros modelos de educação para a saúde relacionados com os objectivos que prosseguem, com as dimensões que abarcam, bem como com as técnicas que utilizam. Da pesquisa bibliográfica efectuada, descobrimos dois modelos de práticas de educação para a saúde: o Modelo Hegemónico (Tradicional) e o Modelo Dialógico, ambos importantes para o desenvolvimento desta investigação (Alves, 2004 – Quadro 4).

Quadro 4 – Comparação entre o Modelo Hegemónico e o Modelo Dialógico

Características	Modelo Hegemónico	Modelo Dialógico
Concepção da Educação	Acto de depósito de conhecimentos e de valores.	Acto de conhecimento nas relações com o mundo e em comunhão com os outros.
Concepção de Saúde	Ausência de doença.	Produção social do processo saúde – doença.
Concepção de homem: utentes	Destituído de saber ou portador de saberes equivocados ou nocivos à saúde, objecto da prática educativa.	Portador de saberes e práticas de saúde e cuidado adquiridos mediante experiências concretas de vida; sujeito da prática educativa.
Concepção de homem: profissionais	Detentor de saber técnico-científico com status de verdade; nada tem a aprender da aproximação com o saber popular.	Detentor de um saber técnico científico que é inacabado; no quotidiano de suas acções reaprende através do diálogo com o saber popular.
Enfoque da prática educativa em saúde.	Centrado na doença; ênfase estritamente de prevenção.	Centrado no sujeito a que se destina a prática educativa; ênfase na promoção.
Objectivos	Redução dos riscos individuais, prevenção das doenças e agravos à saúde.	Constituição de sujeitos para a transformação de condições de saúde e melhoria da qualidade de vida.
Espaços educativos	Falta de unidade entre a prática educativa e as demais práticas de saúde, contextos formais como os grupos educativos.	Integração entre assistência e educação em saúde, contextos informais das relações interpessoais.

Fonte: Elaboração própria com base em Alves (2004, 29-30).

Quadro 4 – Comparação entre o Modelo Hegemónico e o Modelo Dialógico (conclusão)

Características	Modelo Hegemónico	Modelo Dialógico
Metodologia	Comunicação unilateral e informativa; palestras; folhetos; cartazes.	Comunicação dialógica: problematização e reflexão.
Ponto de partida	Conhecimento científico; diagnósticos de necessidades pelos profissionais de saúde mediante levantamentos epidemiológicos.	Realidade objectiva e condições de existência dos sujeitos assistidos; co-participação e co-responsabilidade no diagnóstico dos problemas.

Fonte: Elaboração própria com base em Alves (2004, 29-30).

O Modelo Tradicional ou Hegemónico, alicerçado num modelo biológico do processo de saúde-doença, evidencia a doença e a intervenção curativa. As estratégias abrangem informações que prescrevem comportamentos para a manutenção de uma saúde adequada, ou seja, estratégias que ditam *o que fazer ou como fazer* (Alves, 2005). Neste contexto, a relação entre os profissionais de saúde e os utentes é particularmente assimétrica, uma vez que uns detêm um saber especializado ou saber técnico-científico que exerce um *status* de verdade e outros necessitam de ser devidamente informados. Uma das principais desvantagens deste modelo é a não consideração dos determinantes psicossociais e culturais relativos aos comportamentos de saúde.

O segundo, Modelo Dialógico, insere-se num discurso emergente de educação para a saúde. Neste modelo, a utente é reconhecida como um indivíduo detentor de um saber que, embora diferente do saber técnico-científico, é valorizado pelos profissionais de saúde. Aqui, todos os intervenientes, no processo de educação para a saúde, actuam como iguais, embora com papéis diferenciados. Neste caso, a prática educativa desenvolve a autonomia e a responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde. Com o intuito de transformar os saberes existentes e não apenas o informar para a saúde, as práticas educativas podem ser formais, ou informais, valorizando o espaço das relações interpessoais. Deste modo, com base no diálogo e na troca de saberes técnico-científicos e populares, salientamos os saberes familiares, os diferentes actores envolvidos neste processo, os enfermeiros e as grávidas, que podem erigir, de uma forma comparticipada, um saber específico sobre a gravidez, o parto e o pós-parto. Nesta situação, o Modelo Dialógico é, frequentemente, relacionado com mudanças permanentes de hábitos e de comportamentos para a saúde, na medida em que não são causados pela persuasão ou autoridade do profissional, mas pela configuração de novos sentidos e significados individuais e de grupo sobre o processo saúde, doença e cuidado (Alves, 2005).

2.3. Poder versus Empoderamento na Educação para a Saúde

Apesar da educação para a saúde ser uma actividade intencionada, conduz a aprendizagens relacionadas com a saúde, engendrando modificações no conhecimento, mas, também, nas formas de pensar o processo de capacitação ou empoderamento (*empowerment*) das populações. A palavra *empowerment*³⁹, cujo termo português pode ser traduzido por “empoderamento”, significa “poder interior”, “controlo” ou “auto-confiança”. Para operacionalizar este conceito, importa saber que o poder pode advir de várias fontes sociais, uma vez que é gerado incessantemente nas interacções sociais (Ramos, 2003).

No âmbito das práticas educativas, estabelece-se uma relação terapêutica e social entre o profissional de saúde, nomeadamente a enfermeira especialista, a utente e a sua família. Informar, dar conselhos, transmitir conhecimentos ou educar para a saúde, supõem *um poder sobre*, sem que o outro o entenda como tal. A relação social pode ser considerada uma relação de poder. Não podemos esquecer que o conceito sociológico de educação não pode dissimular ou encobrir, a questão do poder envolvido em qualquer processo pedagógico. *A educação contará sempre uma intencionalidade, uma procura de transformação do outro, que obriga que haja, à partida, uma desigualdade de poder na interacção ou relação social (...)* (Caria, 1992, 174). Todavia, a expansão das capacidades dos indivíduos para participarem, negociarem, influenciarem e controlarem o que diz respeito às suas vidas, traduz-se no conceito de empoderamento (Ramos, 2003).

Antes de expor esta noção, consideramos pertinente abordar, embora sucintamente, a noção de poder. *O poder*, do latim *potere*, é, literalmente, o direito de deliberar, agir e mandar, mas também, dependendo do contexto, a faculdade de exercer a autoridade, a soberania, ou o império de dada circunstância ou a posse do domínio, da influência ou da força. Na sociologia, o *poder* significa, geralmente, uma habilidade de impor a sua vontade sobre os outros, mesmo se estes resistirem de alguma maneira. A dimensão relacional do poder foi colocada em evidência por Weber (1971) como qualquer condição que faz triunfar no seio de uma relação social o seu desejo e vontade, mesmo contra possíveis oposições (Étienne *et al.*, 1998). Nesta perspectiva, o poder supõe que um dos elementos impõe a sua vontade ao outro, sem, no entanto, prejudicar os meios que são utilizados para alcançar os seus fins. *Le pouvoir, c'est tout simplement la capacité d'être ou de faire certaines choses; c'est d'abord une propriété du corps en ce qu'il est capable de mouvements et, au niveau*

³⁹ *Empowerment* é uma palavra de origem inglesa, que provém do verbo *empower* que significa autorizar, habilitar ou permitir (Stoetz e Araújo, 2004).

humain, d'actions. Capacité du corps, il est aussi ce qui s'exerce sur le corps: le pouvoir est exercé par des corps humains qui portent sur des actions d'autrui; lorsque l'action de l'un influe sur le champ des actions possibles de l'autre, lorsqu'elle a réussi à modifier les possibilités d'actions d'autrui, il existe le pouvoir exercé sur, tout à fait inévitable dans l'interaction social (Drulhe, 1996, 47-48).

Para Foucault (1998), o poder equivale à relação de forças, poderes que interagem com outros poderes, revelando-se nas “lutas” quotidianas, nas várias instâncias da vida humana, independentemente do sexo, do género, da classe *et cetera.*, sem que um anule a força exercida pelo outro. Nesta óptica, o poder é uma rede de forças produtivas que afronta todo o corpo social. Não podemos confundir poder com violência. As relações de poder movem-se através do consentimento que, por sua vez, depende dos discursos e das práticas discursivas que constituem essas relações. O poder concretiza-se através do controlo exercido sobre as acções dos indivíduos e sobre os seus corpos (Foucault, 1998). Ao ser relação, o poder está em todas as partes e uma pessoa que está atravessada por relações de poder, não pode ser considerada independente delas. Esta forma de poder não somente reprime, mas também produz efeitos de verdade e de saber, constituindo verdades práticas e subjectividades.

A genealogia do indivíduo moderno prende-se com a tecnologia do exercício do poder disciplinar (forma de poder dominante nas sociedades actuais, gerada pelo desenvolvimento das ciências humanas), consistindo numa série de práticas generalizadas que procuram disciplinar os indivíduos e as populações e que tendem a fazer do homem um corpo «dócil e mudo» (Carapinheiro, 1998, 68). Segundo Foucault (1998, 177), a disciplina é um exemplo de poder, uma condição para executá-lo, que possui um conjunto de ferramentas, de técnicas, de procedimentos, de níveis de aplicação, de alvos e não se pode identificar com uma organização ou aparelho. *Ela é uma «física» ou uma «anatomia» do poder, uma tecnologia.* Realçamos aqui o Centro de Saúde que, com toda a sua complexa organização, poderá ser uma instituição que tomará a cargo a tecnologia específica do poder. A título de exemplo, referimos a organização do espaço da consulta de vigilância pré-natal, o funcionamento rigoroso da consulta, os regulamentos minuciosos, as normas estabelecidas para a realização da consulta, os diferentes agentes que a realizam (médicos, enfermeiras, enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica) e as práticas educativas desenvolvidas, que podem, de facto, constituir um conjunto de intervenções onde os poderes poderão ser visualizados.

Carapinheiro (1998) mencionava que o poder observado no Hospital diz respeito ao

poder médico, determinado como um poder-saber. Na nossa opinião, este facto também se aplica ao Centro de Saúde, relativamente às funções desempenhadas pelos enfermeiros nas consultas de enfermagem, nomeadamente, na consulta pré-natal. Neste contexto e baseada na nossa experiência profissional como docente, podemos assegurar a existência de vários saberes-poderes, uma vez que *o poder-saber* é um mecanismo de poder principal, cuja eficácia institucional é consequência da combinação com outros mecanismos de poder (Carapinheiro, 1998, 76). Nesta óptica, parece haver uma coligação entre o saber e o poder. Todavia, o poder permite desenvolver relações desiguais e assimétricas, sendo capaz de prejudicar a relação de empatia necessária ao bom desenvolvimento da consulta e, deste modo, às acções de educação para a saúde. De igual modo, Carapinheiro (1998, 77) ressaltava que o modo como as tecnologias políticas na sociedade operam, através de rituais que produzem relações desiguais e assimétricas consiste numa forma de poder.

Elias e Scotson (2000) consideravam que o campo da sociologia consistia nas configurações dos seres humanos interdependentes, onde as reflexões sobre o poder e a relação entre indivíduo e sociedade estão marcadas por essa perspectiva. Dessa forma, o poder é atributo das relações sociais, sendo produto do contacto do indivíduo e das suas acções. Nestes termos, o conceito de configuração reporta-se a um padrão versátil, gerado na relação entre indivíduos em sociedade que deve ser interpretado como representações de seres humanos interligadas no tempo e no espaço. Estas configurações servem para romper com as polarizações tradicionais dentro da sociologia que tendem a pensar o indivíduo e a sociedade como formas antagónicas e diferentes. Assim, o poder apresenta-se ligado a um lugar, a um atributo que é algo estático pelo controlo de objectos, pessoas ou coisas. Na opinião deste sociólogo, o conceito de poder transformou-se numa relação entre duas ou mais pessoas. Neste âmbito, o poder é uma particularidade destas relações que se alimentam num equilíbrio instável de forças. *Os grupos estabelecidos vêem o seu poder superior como um sinal de valor humano mais elevado; os grupos outsiders, quando o diferencial de poder é grande e a submissão inelutável, vivenciam afectivamente a sua inferioridade de poder como um sinal de inferioridade humana* (Elias e Scotson, 2000, 28). Neste contexto, os *estabelecidos* caracterizam-se pelos grupos ou indivíduos que desempenham, na comunidade, posições de importância e de poder a partir de uma ligação singular de tradição, autoridade e influência, enquanto os *outsiders* são precisamente as pessoas que se encontram fora desta situação. Neste estudo podemos associar os profissionais de saúde aos *estabelecidos* e as grávidas aos *outsiders*.

Uma outra perspectiva de poder é o defendido por Bourdieu (2001), designado por

poder simbólico. Este autor faz referência aos *instrumentos de poder simbólico* como sendo instrumentos de conhecimento e de construção do mundo objectivo, que se manifestam através dos mais diversos meios de comunicação (língua, cultura, discurso, conduta, etc.), garantindo àqueles que os possuem a manutenção e o exercício do poder. Como afirma Bourdieu (2001, 9), esses «*sistemas simbólicos*», *como instrumentos de conhecimento e comunicação, só podem exercer um poder estruturante porque são estruturados. (...) é um poder de construção da realidade que tende a estabelecer uma ordem gnoseológica (...)*. Importa acrescentar, ainda, que Bourdieu (2001) analisa os *sistemas simbólicos* como uma representação colectiva. Desta forma, a sua manifestação dá-se de um modo que não pode ser percebido conscientemente. *É enquanto instrumentos estruturados e estruturantes de comunicação e conhecimento que os «sistemas simbólicos» cumprem a sua função política de instrumentos de imposição ou de legitimação da dominação, que contribuem para assegurar a dominação de uma classe sobre outra (violência simbólica), dando o reforço da sua própria força às relações de força que as fundamentam e contribuindo assim, (...) para a «domesticação dos dominados»* (Bourdieu, 2001, 11).

Embora seja difícil garantir que o contexto de uma acção educativa é permeada por uma relação igualitária de poder, estamos convictas que a noção de empoderamento se aplica melhor ao tema em estudo, uma vez que é um processo contínuo e multidimensional que acontece numa sociedade, caracterizado por dimensões psicológicas, culturais e económicas, onde os indivíduos, ou comunidades, adquirem e ganham confiança para compreenderem as suas situações e aumentarem o controlo sobre os factores que afligem as suas vidas. No âmbito da promoção e da educação para a saúde, o empoderamento é mencionado como um processo através do qual os indivíduos obtêm maior controlo sobre decisões e acções que atingem a sua saúde (Ramos, 2003). Assim, constatamos que esta noção tem sido explorada por várias disciplinas das ciências humanas e sociais, com uma grande variedade de definições, a partir de diferentes influências, sejam elas individuais, organizacionais ou comunitárias. No seu sentido mais lato, refere-se às habilidades das pessoas em ganhar conhecimentos e controlo sobre energias pessoais, sociais, económicas e políticas para agir face à melhoria da sua situação de vida. De uma forma geral, a noção de empoderamento aparece para designar o processo de transferência de poder de um indivíduo ou de um grupo para outro, o que abarca elementos de poder, de autoridade, de escolha e de permissão. O seu desenvolvimento notabilizou-se, essencialmente, no âmbito da sociologia, como forma de administrar um suporte teórico aos movimentos sociais que apontavam para a libertação e a integração dos excluídos e das minorias na década de 60 do século passado. Os programas de

empowerment foram-se alargando nos anos 70 às minorias culturais e sociais. Actualmente, esta concepção abarca todos os movimentos sociais de emancipação cultural, económica e social. A ênfase encontra-se, principalmente, na educação para a saúde, nas relações humanas, no trabalho e nas organizações, sendo mesmo considerado por Rodrigues, Pereira e Barroso (2005), como um processo social multidimensional que auxilia as pessoas a adquirirem controlo sobre as suas próprias vidas. Neste sentido, representa a noção que envolve concepções acerca do poder, da participação, da colaboração, da ajuda e da realização pessoal.

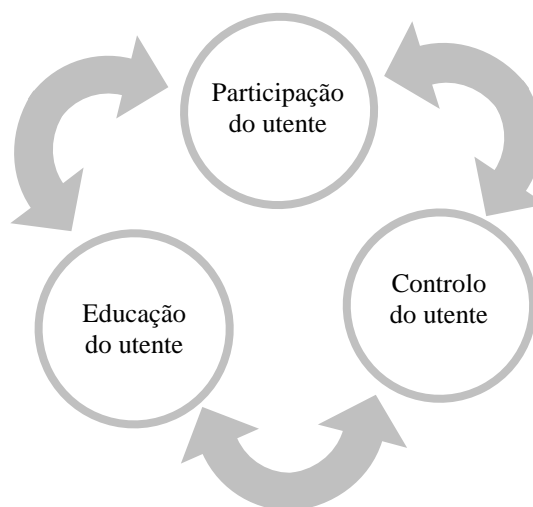
Carvalho (2004, 676) aponta duas formas de empoderamento: a psicológica e a comunitária. Na primeira forma, destacam-se as práticas de educação para a saúde com as técnicas focais e de *marketing* social que contribuem para a formação da *consciência sanitária* e, na segunda, elaboram-se estratégias que permitem a participação, visando *o aumento do controlo sobre a vida por parte dos indivíduos e comunidades, a eficácia política, uma maior justiça social e a melhoria da qualidade de vida*. Dentro da mesma óptica, a O.M.S., em 1998, fez referência ao *empowerment individual* como sendo as habilidades individuais para decidir e controlar a sua própria vida e ao *empowerment comunitário* como o que permite o envolvimento de grupos de indivíduos com o objectivo de obter maior influência e controlo dos determinantes da saúde e qualidade de vida da própria comunidade.

Deste modo, Ramos (2003) especificou quatro elementos que são indispensáveis num processo de empoderamento: *o acesso à informação*, as pessoas encontram-se melhor preparadas para exercer os seus direitos e adquirir oportunidades; *a inclusão e a participação* que são oportunidades para participar na tomada de decisão; *a responsabilidade e a capacidade organizacional*, onde a comunidade se encontra melhor organizada, os indivíduos trabalham em conjunto e mobilizam recursos para enfrentarem os problemas da vida diária.

Na Figura 6 apresentamos três dimensões desta noção, onde aparece em evidência a necessidade dos profissionais de saúde desenvolverem uma comunicação eficaz com os utentes, no sentido de encorajar à participação, à aprendizagem e ao desenvolvimento, com o objectivo de controlar a sua saúde/doença. Estas dimensões caracterizam a noção de controlo sobre a condição de saúde, a participação no processo de decisão e o entendimento de educação pelo utente (Ramos, 2003). Neste âmbito, realçamos as mulheres grávidas que necessitam de conhecimentos, desenvolvendo os seus saberes para assumirem, de uma forma adequada e efectiva, responsabilidades nas decisões a tomar no momento do parto, tornando-se mais participativa no nascimento do seu filho. Podemos dizer que as suas experiências de vida são uma das formas mais poderosas de partilha de saberes e que as acções desenvolvidas

pelas enfermeiras especialistas são importantes neste campo.

Figura 6 – Dimensões do Empoderamento



Fonte: Adaptado de Ramos (2003, 34).

Consideramos pertinente abordar um modelo de empoderamento para a Enfermagem: o Modelo Gibson (1991) descrito no Quadro 5, onde figuram três dimensões: atributos do próprio utente; interacção utente/enfermeiro e domínios da enfermagem que permitem aos próprios actores encontrarem soluções para os seus problemas, ganhando poder e autoconfiança.

Quadro 5 – Modelo Gibson (1991)

Domínio do Utente	Interacção Utente/Enfermeiro	Domínio da Enfermagem
Autodeterminação	Confiança	Ajuda
Autoconfiança	Empatia	Suporte
Controlo	Participação nos processos de decisão	Conselheiro
Motivação	Estabelecimento mútuo de objectivos	Educador
Aprendizagem	Cooperação	Facilitador
Crescimento	Colaboração	Defensor/Protector
Domínio/Poder	Negociação	
Melhoria da qualidade de vida	Organização	
Melhor Saúde	Legitimidade	
Sentido de justiça social	Vencer barreiras organizacionais	

Fonte: Adaptado de Ramos (2003, 35).

Em suma, podemos afirmar que as práticas educativas são práticas sociais de carácter tecnocientífico e fundamentam-se, quer no conhecimento científico, quer no conhecimento empírico. Deste modo, reconhecer as limitações do próprio saber, significa abraçar, aceitar e legalizar o saber do outro (saber familiar, social, popular) na identificação mais ampla dos problemas e das necessidades em saúde, neste caso específico, da gravidez e do parto mas, também, na compreensão dos contextos de vida. Porém, pode surgir uma certa dificuldade na aplicação desta ideia na cultura normativa. As normas centralizadas, de que são exemplo as orientações técnicas da D.G.S., podem impedir a mediação entre estas normas e o quotidiano, obrigando os profissionais de saúde a serem criativos e inventivos. Neste âmbito, a interacção entre saberes e práticas, bem como entre os profissionais de saúde e as grávidas, torna-se necessário para um adequado diagnóstico, planeamento, execução e avaliação das práticas de educação para a saúde, com o intuito de promover a sua saúde durante toda a vigilância pré-natal. Podemos dizer que o domínio das novas tecnologias na sociedade em constante mutação em que nos inserimos, onde a sociedade da informação tem um papel preponderante, o conhecimento constitui uma arma fundamental para fazer face aos novos desafios. Sabendo que a saúde é um indicador de progresso e de desenvolvimento de uma sociedade, esta é definida como um *continuum*, uma harmonia dinâmica, uma relação de dependência e de complementaridade, consequência da interacção de inúmeros factores. De facto, desde o início da humanidade que o homem coabita com a inquietação constante de evitar ou combater a doença. Todas as sociedades adoptaram, ao longo dos tempos, medidas práticas com o objectivo de preservar a saúde. Numa primeira fase e na tentativa de uma estabilidade com o cosmos, o homem primitivo tentava afastar os *males* identificando as suas causas.

Na abordagem das actuais noções de educação e de saúde interessa conduzir um olhar sobre os seus contornos e percursos, levando-nos a analisar, mais de perto, as intervenções educativas das enfermeiras. Assim, cabe aos profissionais de saúde, mais precisamente às enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica, favorecer o desenvolvimento global das grávidas e contribuir para o bom desenvolvimento da gravidez, do parto e da preparação para a maternidade.

3. Em busca do cuidar-educar... na transição para a maternidade

Os processos de educar e de cuidar são, cada vez mais, alvos de reflexão, de análise crítica e de teorização. Assim, construir um referencial de uma prática de cuidar-educar que

evidencie um envolvimento pessoal é indispensável. Cuidar é uma dimensão primordial do agir humano. Auxiliar os outros a encontrar uma solução para as suas dificuldades ou ajudar a ultrapassar uma fase de transição, como é o caso da gravidez, permanece como ideia fulcral do cuidado em enfermagem no século XXI. No entanto, é necessário identificar e compreender a prestação do cuidar, numa perspectiva de valorização da vida que também reconheça a educação na promoção da mesma.

3.1. O cuidar interactivo durante a gravidez

A gravidez é considerada um momento de transição, uma vez que é vista como uma fase de alegria e de realização pessoal, sendo também uma fase de ansiedade, de stress físico e emocional. Sendo a transição um conceito chave em enfermagem, aceitamos o conceito de transição de Meleis e Trangenstein (1994, 256) que a define como *uma passagem de uma fase da vida, condição ou estado para outro... A transição refere-se tanto ao processo como aos resultados de interacções complexas entre a pessoa e o ambiente. Pode envolver mais do que uma pessoa e assenta no contexto e na situação*. Este processo exige a utilização de recursos de suporte disponíveis, ou não, para enfrentar e se adaptar à nova situação. Nessa circunstância, cuidar em enfermagem durante a gravidez reporta-se à intervenção profissional da enfermeira junto da grávida que vive esse momento de transição.

Neste momento, importa também reflectir, sobre a noção de cuidar. Sabemos que cada pessoa confere à palavra *cuidar* diversos sentidos relacionados com a situação que vivencia e experiencia. A palavra cuidar provém do verbo latino *cogitare* que se reporta *a meditar, a pensar, a reflectir, a interessar-se por, a ocupar-se com e a aplicar a atenção* (Enciclopédia Público, 2004, 2502). Assim, cuidar poderá designar uma forma de se ocupar de alguém tendo em consideração as necessidades, os desejos e os projectos dessa mesma pessoa. *O sentido de uma acção de cuidados é próprio daquele que faz a experiência* aludiu Honoré (2004, 39). De igual modo, podemos dizer que cuidar exprime o “ter cuidado” com alguém na forma de acolher essa pessoa, assim como o “ter preocupação” com o seu bem-estar e com a satisfação das suas necessidades (Honoré, 2004).

Todavia, sabemos que cuidar, “tomar conta da vida”, encontra-se na génese de todas as culturas. Ao longo da evolução das sociedades, o desenvolvimento das práticas e dos saberes dos cuidados é inerente à interacção das funções efectivadas para afirmar a continuidade da vida. Collière (2003) explicita no seu livro *Cuidar...A primeira arte da vida*,

três épocas distintas na origem de todas as práticas de cuidar. Num primeiro período, relacionado com a “antropologia do corpo”, a transmissão dos saberes faz-se por tradição oral, sendo proscrita pelos médicos. Num segundo, denominado de “antropologia da salvação”, permitiu edificar a salvação num outro mundo, redimir os pecados e sofrer para evitar a condenação eterna. *A antropologia da salvação inspira, através dos seus valores ideológicos, a profusão das obras privadas do século XIX e do início do século XX, onde são prodigalizados conselhos, exortação e educação do povo* (Collière, 2003, 68). No terceiro período, a “antropologia da doença” centra a sua actuação na antropologia da morte e do corpo, ou seja, procura lutar e vencer o corpo doente, dominar a doença, rejeitando, contudo, as emoções e os sentimentos. Os primeiros saberes, que produziram todo um conjunto de práticas usuais, constituíram-se e transmitiram-se à volta da necessidade de cuidar, de prestar cuidados aos seres e aos seus objectos imprescindíveis à sobrevivência (Collière, 2003).

Tendo em conta o contexto sócio-histórico, podemos afirmar que a enfermagem sempre coabitou com o cuidado à mulher e à criança, associada à figura da mulher mãe que, desde tempos imemoriais, foi curandeira e detentora de um saber informal de práticas de saúde. Como já referimos no Capítulo I, este saber foi transmitido de geração em geração, de mulher para mulher. Podemos afirmar que cuidar dizia respeito a qualquer pessoa que queria ajudar outra a satisfazer as suas necessidades para continuar a vida. Neste sentido e apesar do cuidar não ter sido considerado durante milhares de anos específico de um ofício e muito menos de uma profissão (Collière, 2003), podemos notar que a história da enfermagem está profundamente ligada aos distintos papéis que foram desempenhados pela mulher, na sociedade e nas diferentes épocas. A mesma autora caracterizou em 1989, dois tipos de cuidados de extrema importância para o cuidar em enfermagem: os cuidados de manutenção, denominados de *Care*, relacionados com os cuidados quotidianos que asseguram a continuidade da vida e os cuidados de reparação, designados por *Cure*, referindo o tratamento da doença que pode constituir um obstáculo para a vida. Afirmou, ainda, que os cuidados perderam o principal da sua razão de ser porque se modificaram em “tratar”, adoptando as enfermeiras na sua prática, a pouco e pouco, o modelo biomédico tornando-se uma forma de tratar mais do que cuidar.

Actualmente, mais do que nunca, cuidar constitui a essência da enfermagem, na medida que a sua prática assenta na construção de uma interacção enfermeiro-cliente que contribui para o bem-estar da pessoa, não perdendo de vista a sua competência técnica. Daí que se fomente que a enfermagem é a “Arte de Cuidar”, uma vez que pressupõe um cuidar científico e profissional. Relevamos que cuidar é, em primeiro lugar, determinar uma relação

social e humana que implica encarar o outro como diferente, com uma história de vida social, familiar e cultural própria, reconhecendo-o na sua dimensão integral (Pestana, 1996). Ao analisar a questão da educação para a saúde durante a vigilância pré-natal, levanta-se igualmente a questão do cuidar em enfermagem associado, frequentemente, às representações sociais da mulher e da família. As representações, enquanto fontes que nos possibilitam interpretar, pensar e agir sobre a realidade, movem-se como objecto de referência na comunicação, na acção e no controlo do mundo social, sendo imprescindíveis à compreensão dos fenómenos sociais e simbólicos. Na pesquisa sobre o tema, apurámos que várias teóricas de enfermagem (*e.g.*, King, 1981; Peplau, 1990) têm abordado os significados do cuidar numa perspectiva mais humanista e interaccionista, procurando *superar o cuidado praticado sob uma visão de ordem mecanicista e reducionista sob a compreensão de que este contexto é consequente à formação dos profissionais dentro dos modelos tradicionais em saúde e educação* (Lopes e Jorge, 2005, 106). Na nossa perspectiva, concebemos a enfermagem como uma profissão que cuida da vida. Assim, as enfermeiras não precisam impor modelos de intervenção nas futuras mães e pais, mas necessitam compreendê-los como parte integrante de uma cultura, encorajando-os a desvendar, destacar e adoptar a singularidade de cada pessoa, sempre numa perspectiva integral de saúde num contínuo transgeracional (Nascimento, 2003).

A mulher grávida necessita de ser preparada para a maternidade desde o início da gravidez, recebendo orientações e esclarecendo dúvidas, especialmente quanto ao dar à luz, pretendendo compreender o momento do parto como um processo natural, estando apta a ultrapassar o medo da dor e a atingir a realização da maternidade. Por essa razão, a enfermeira, perante a mulher grávida, efectua acções que possibilitem o seu crescimento, auxiliando-a a adaptar-se às transformações transitórias da saúde, encaminhando-a e favorecendo cada uma das etapas do processo de resolução do problema, não tomando decisões por ela nem a substituindo (Martins, 2009). Neste contexto, cuidar também significa dar voz à grávida, com o intuito de lhe dar oportunidade de manifestar as suas necessidades e expectativas, sendo aspectos que valorizam o seu trabalho.

Sendo a consulta de vigilância pré-natal um momento apropriado para o estabelecimento de uma interacção entre a grávida e a enfermeira, o interaccionismo simbólico⁴⁰ pode ser utilizado eficazmente, neste contexto, por assentar no significado como

⁴⁰George Herbert Mead (1863-1931) foi um dos principais autores das teorias da interacção, enfatizando o papel dos símbolos e da linguagem como elementos centrais de toda a interacção humana (Giddens, 2000), sendo a sua maior obra *Mind, Self and Society*, editada após a sua morte em 1934. Blumer, em 1937, atribui a esta abordagem a expressão Interaccionismo Simbólico. Tendo as suas raízes na psicologia social, esta teoria procura desenvolver uma perspectiva teórica distinta para o estudo sistemático do comportamento social humano. Nesse sentido, as pessoas constroem a sua realidade baseadas em percepções individuais, estruturadas a partir das suas percepções e interpretações que, de alguma forma, vão influenciar o seu comportamento. Assim, parece existir uma relação de reciprocidade entre o

conceito central da teoria, onde as acções, quer individuais, quer colectivas se constroem a partir da interacção entre os diferentes actores. É de salientar que a grávida vive, a maior parte das vezes, num mundo de objectos significativos, construídos socialmente e cujos sentidos surgem da interacção social. De facto, a especificidade da realidade humana surge da particularidade social, que radica na presença de símbolos (Ferreira *et al.*, 1995).

A componente relacional é, por isso, um domínio maior da área da enfermagem. Repare-se que a enfermagem especializada possibilita criar pontes de relações com a grávida e a sua família durante o ciclo gravídico-puerperal, desenvolvendo competências de relação de ajuda, empatia e comunicação, fundamentais para que as intervenções educativas prestadas sejam não só eficazes, mas também eficientes. Isto porque os contactos entre o enfermeiro e o utente são momentos de intercâmbio e de trocas de informação, e onde a energia e o afecto acontecem (Lopes, 2006). Nestes termos, podemos afirmar que a interacção enfermeira/grávida influencia, por um lado, o bem-estar da enfermeira especialista e, por outro, o bem-estar da grávida, o que constitui o fim dos cuidados em enfermagem.

Nesta óptica, importa ressaltar que a interpretação que a utente atribui a qualquer situação vivenciada durante a gravidez, nasce da representação que esta faz, sendo a enfermeira uma intermediária junto da grávida e sua família com o objectivo de facultar esse significado através de uma intensa reflexão (Lopes e Jorge, 2005). Neste sentido, o interaccionismo simbólico revela muito da natureza das acções no decurso da vida social quotidiana. Esta teoria caracteriza o domínio em que os sujeitos para responder às acções dos outros, necessitam de perceber os símbolos que estas acções representam. *É com os símbolos e pelos símbolos que os indivíduos interagem e atribuem um sentido à sua própria experiência e à experiência com os outros, isto é, com os objectos sociais que os rodeiam* (Ferreira *et al.*, 1995, 297). Estes objectos sociais são determinados em função da utilização que as pessoas fazem deles no contexto de situações concretas, cujos significados são apreendidos ao longo do processo de socialização e podem incluir objectos físicos ou, seres humanos, ideias, actividades e demais situações, que a grávida encontra na sua vida diária. O

indivíduo e o ambiente. Portanto, esta teoria conta com a análise de três premissas: os seres humanos actuam em relação às coisas (o que se pode observar); o significado destas provém por vezes de uma interacção social e esses significados são manipulados e alterados através de um processo interpretativo utilizado pela pessoa. Desta forma, a teoria desenvolve uma análise examinando as interacções, a negociação individual e a reacção do outro, necessárias no âmbito das práticas educativas. Para a compreensão desta perspectiva é necessário entender alguns conceitos, entre outros, os conceitos de *mind*, *self* e *society*. O *self* (social), resultando da interacção com os significados dos outros, é formado pelo *I* (Eu) que consiste no lado espontâneo e impulsivo em resposta às atitudes do outro e o *Me* (Mim) que corresponde ao outro generalizado permitindo a organização das atitudes através de padrões consistentes e compartilhados com os outros. O *self* permite aos indivíduos adquirir a consciência reflexiva (*mind*). Mead concebe a sociedade como um lugar onde decorrem as acções e as interacções individuais, ou seja, não é mais do que um processo comunicacional desenvolvido pela interacção simbólica dos seus participantes. A actividade grupal, outro conceito importante desta teoria, baseia-se *no comportamento cooperativo que surge através de cada pessoa em perceber a intenção dos outros e construir a sua resposta baseada naquela intenção* (Lopes e Jorge, 2004, 106). Na nossa perspectiva, é importante ter em conta o significado que as pessoas têm das coisas.

interaccionismo simbólico invoca uma importância ao sentido e ao significado que as coisas têm para o comportamento humano. A enfermeira não pode, nesta perspectiva, ignorar estes significados, devendo antes percebê-los e tê-los em conta no cuidar da grávida. A utilização destes sentidos ou significados envolve um processo interpretativo proveniente do contexto da interacção social. Para que o cuidar se manifeste na sua plenitude, as enfermeiras especialistas, necessitam de demonstrar conhecimentos e competências multidimensionais nas intervenções educativas realizadas durante a vigilância pré-natal à grávida e sua família. Na complexidade das suas intervenções, estas profissionais aplicam os saberes teóricos adquiridos e as capacidades de interacção para praticar de uma forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional (O.E., 2003a).

Como forma de parceria no âmbito das práticas educativas, é importante reconhecer na grávida e na família, as suas experiências e os seus saberes. Se é nas interacções que se arquitectam os factos sociais, é na dinâmica das trocas entre os diferentes actores (enfermeira-grávida-família) que o sentido dado às diversas intervenções pode modificar os comportamentos, até mesmo, os saberes eruditos. Desta forma e na óptica de Goffman, a interacção social, ainda que constituindo um processo comunicativo decorrente de um universo simbólico partilhado pelos actores, é entendida como uma representação (Ferreira *et al.*, 1995). Este sociólogo entende por interacção um face a face que conduz ao reconhecimento e ao respeito do jogo dos actores. Este facto supõe que o enfermeiro tem que fazer reajustes frequentes e (re)considerar os saberes disciplinares, profanos na educação para a saúde, bem como os laços sociais que engendram as relações entre esta profissional e a grávida, afim de vislumbrar uma vigilância adequada que altera a prática do cuidado e a sua educação. É essencial identificar a polissemia humana que varia de uma cultura para a outra ou mesmo de pessoa para pessoa (Paul, 2005).

Para a prática de enfermagem, consideramos importante a teoria desenvolvida por Watson (1989) que pretende proporcionar uma base moral e filosófica e que se fundamenta nos dez factores de cuidar, considerados como linhas de orientação para a interacção enfermeiro-utente. Cada um destes factores contém um componente fenomenológico activo que está ligado com os indivíduos no âmbito da relação (Tomey e Alligood, 2004). Os factores evidenciados, dizem respeito:

- à “formação de um sistema de valores humanisto-altruista”;
- à “instilação da fé-esperança”, que facilita, entre outros, a promoção do cuidar holístico e promove o desenvolvimento do bem-estar, permitindo ao utente adoptar

comportamentos saudáveis;

- ao “cultivo da sensibilidade para consigo e com os outros”, que conduz à auto-realização;
- ao “desenvolvimento de uma relação de auxílio-confiança”;
- à “promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos”;
- ao “uso sistemático do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisões” através do processo de enfermagem;
- à “promoção do ensino aprendizagem”, sendo este factor primordial para dar oportunidade ao doente de estar informado;
- à “provisão de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual protector, correctivo e de apoio”;
- ao “auxílio na satisfação das necessidades humanas”;
- à “permissão de forças fenomenológico-existenciais”.

Estes factores representam, na perspectiva de Watson, um guia orientador para compreender melhor o cuidar num processo de relação interpessoal. Portanto, as enfermeiras têm a responsabilidade de ir para além destes factores, necessitando de tornar mais fácil o desenvolvimento da pessoa na promoção da saúde (Tomey e Alligood, 2004). Assim, e no que diz respeito ao tema em estudo, estas profissionais têm que pensar em novas estratégias de desenvolvimento do seu trabalho, se pretendem que as suas intervenções sejam reconhecidas pelas as mulheres grávidas, ou seja, uma acção que apresente um significado a partir das vivências das pessoas (Collière, 2003). Nesta perspectiva, um conjunto de capacidades necessita de ser desenvolvido para permitir uma análise de situação de gravidez e maternidade. Desta forma, é indispensável compreender a natureza da situação vivenciada para responder às necessidades encontradas. Uma abordagem global da situação torna-se necessária. Na nossa opinião, esta abordagem vai ajudar a utente a perceber melhor o processo de gravidez, do parto e da maternidade.

Cuidar ao longo de toda a vida, além dos cuidados particulares às etapas e às passagens, significa portanto também cuidar do percurso, do movimento da vida como um todo, compreendendo um «rumo ao fim» e um «ponto de partida» (Honoré, 2004, 147). A orientação para cuidar de mulheres grávidas centra-se num todo coerente e inseparável onde

todas as dimensões (*e.g.*, física, psicológica, social, cultural e espiritual) se relacionam. A relação de ajuda assume, neste contexto, importância capital, na medida em que pode contribuir para a auto-realização da mulher através de uma escuta activa, da congruência e da empatia. Cuidar é ajudar, daí a relação de ajuda e a relação educativa serem indissociáveis das intervenções de enfermagem de qualidade. A enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica tem de estar totalmente disponível, dar da sua competência, dar do seu saber, dar do seu interesse, dar da sua capacidade de escuta e de compreensão. Em súpula, dar uma parte de si própria (Lazure, 1994).

Contudo, no percurso da enfermagem, podemos constatar que o cuidado se apresenta ainda incompleto e distante de uma concepção holística, uma vez que ainda está subjacente ao modelo biomédico, direccionado para os aspectos biológicos, sem interacção com os aspectos sociais e culturais. Esta constatação leva-nos a mencionar as influências das políticas sociais na educação, na saúde e na formação dos enfermeiros. *Na educação, as vertentes pedagógicas libertadora, libertária e crítico-social dos conteúdos, defendem a educação vinculada ao social, partindo da análise das realidades sociais e buscando a transformação da sociedade* (Lopes e Jorge, 2005, 108).

Frequentemente, constatamos que para fazer face ao deficit de cuidados prestados nos serviços de saúde, a família desempenha, cada vez mais, um papel importante na gravidez como transmissora de padrões culturais para organizar a vida social, o que proporciona a educação para a saúde informal. Já Leandro (1994) confirmava que a família tem uma função social e cultural relevante, que garante, para além das relações e da hierarquia dos valores, as aprendizagens básicas ligadas, por exemplo, com a linguagem, os ritos, as crenças, as representações do mundo, da sociedade e dos outros. É principalmente na família, que as crianças descobrem um sistema de crenças, de saberes tradicionais e de representações sobre gravidez e maternidade. Essas representações são, seguramente, assentes em informações ligadas ao saber científico, fundamentando-se, também, em opiniões e crenças ligadas à cultura. Por isso, podemos afirmar que o papel da família na saúde é inquestionável, uma vez que a adopção de atitudes e de comportamentos benéficos ou prejudiciais, se encontram relacionados com a dinâmica biopsicosociocultural da família.

Falar de gravidez significa, também, definir um estatuto social e simbólico dentro da ordem familiar onde se constroem ou se transmitem, os arquétipos sociais e os diferentes saberes. *Dans la société actuelle, ces connaissances et ces savoirs, sont plus au moins naturalisés, ils paraissent aller de soi, en particulier lorsque l'on se refere à l'univers des savoirs familiaux* (Saillant, 2000, 26). Numa perspectiva antropológica, os cuidados e os

rituais domésticos constituem o conjunto das práticas ligados ao corpo, à saúde e à doença e abarcam meios terapêuticos empíricos e simbólicos, assim como os saberes, que compreendem os modelos explicativos da doença ligados a essas práticas. Collière (2003) referiu que, a partir da Idade Média, houve uma solidificação e valorização dos saberes prestados pelas pessoas cultas, tais como: os médicos e os juízes, mas houve uma desconfiança e desrespeito pelos saberes empíricos ou populares, levando mesmo a que estes fossem desmoronados e condenados, parecendo existir actualmente uma preocupação em revalorizar os saberes da vida ou empíricos, no âmbito das consultas de enfermagem. Assim, podemos ressaltar que as práticas de cuidados levaram a reconhecer a família como o suporte mais habitual dos cuidados incrementados na comunidade, tendo as enfermeiras a responsabilidade de integrar as famílias nos cuidados de enfermagem. Podemos, então, questionar qual o papel da família no âmbito da preparação para a gravidez, para o parto e para a maternidade.

3.2. A família como suporte social na transição para a maternidade

3.2.1. A família: algumas noções

A sociedade moderna caracteriza-se por sucessivas modificações com grandes repercussões nos campos da saúde, da política e da cultura e que se manifestam também na vida pessoal e social. Essas mudanças reflectem-se de forma expressiva na vida familiar, principalmente no que se relaciona com a actividade educativa e de socialização.

Considera-se que a família é uma unidade social básica, constituída por um grupo de pessoas unidas por laços sanguíneos, que partilham um espaço comum de vida. Na perspectiva de Durkheim, a família é uma instituição social e não apenas um grupo natural constituído por parentes. Segundo Levi-Strauss (1986), a família tem uma *natureza dual*, em virtude da sua natureza biológica e social. Por um lado, é de ordem do natural, na medida em que lhe é confiada a reprodução da espécie e os cuidados da prole, pelo menos, até à juventude e, por outro, de ordem social, uma vez que a sua existência é pautada por um conjunto de regras. Em nosso entender, a família representa uma célula primordial e um valor inalienável da sociedade. Actualmente, o mundo social faz-nos reflectir sobre o que é realmente a família, na medida em que, confrontada com o envelhecimento da população, com o aumento do divórcio e da coabitação, bem como com a descida da fecundidade, alerta

para a emergência de novas configurações domésticas. Em consequência dessas mudanças, aparecem as famílias monoparentais, as famílias recompostas, os homossexuais, os filhos nascidos à margem do casamento e os casais sem filhos, o que comprova que a família tem sido objecto de profundas transformações (Leandro, 2001b). *No conjunto das mudanças que caracterizam a evolução das estruturas familiares em Portugal, começam a assumir alguma importância a coabitação, as novas formas de família e a individualização (esta última centrada na maior autonomia residencial de indivíduos não casados, jovens ou idosos), e a acentuar-se, de uma forma mais marcada, a privatização da família conjugal (casais com ou sem filhos a viver sem outros familiares)* (Wall e Aboim, 2003, 100).

Podemos assegurar que a família, como elemento fundamental da sociedade, é um sistema dinâmico cujo equilíbrio depende do maior ou menor grau de satisfação das necessidades básicas e das concepções de felicidade de cada um dos seus elementos. É neste remoinho de ideias e de mudanças que se coloca a questão de definir e aprofundar a evolução do conceito de família ao longo dos tempos e em diferentes contextos sociais.

Ao efectuarmos uma análise mais profunda sobre a noção de família, deparamo-nos com várias definições. Antes de mais, importa dizer que a palavra família vem do latim *famulus* que significa servidor, mas não se aplica ao que hoje entendemos por família. Na Roma antiga, “família” designava o conjunto de escravos e de servos que viviam sobre o mesmo tecto. Toda a casa com o património (*e.g.*, os filhos e a esposa) dependia do mesmo pai de família, o *paterfamilia*, que detinha a autoridade dentro do espaço doméstico sendo a dependência o elemento que ligava os diferentes significados. Sarti (2001, 65) salienta que o *significado etimológico da palavra família torna a estar em primeiro plano na Idade Média, quando indica predominantemente o conjunto de dependentes de um senhor. E é sobretudo esse significado que se atesta inicialmente, a partir do século XIV e ainda do século XVI, o termo francês «famille», tal como no início do século XV, o inglês «family»*. Aristóteles percebia-a como uma comunidade diária, atribuindo-lhe a função de atender às necessidades primárias e permanentes do lar (Silveira, 2000). Giddens (2000) define a família como um grupo de pessoas ligadas de forma directa por laços de parentesco que são relações entre os indivíduos, criadas através do casamento ou de linhas de descendência que unem familiares consanguíneos, no qual os adultos ficam com a responsabilidade de cuidar das crianças.

Saraceno e Naldini (2003) descrevem-na como um lugar físico, relacional e simbólico objecto de construção social da realidade, tendo em conta a construção social dos acontecimentos e das relações. Leandro (2001b) relata que, numa óptica conceptual, a família é composta por um conjunto de pessoas ligadas por três tipos de laços: laços de aliança, laços

de sangue ou laços institucionais. Esta caracteriza-se e organiza-se a partir de um espaço comum, obedecendo não só a uma quantidade de formalidades e de funcionalidades, mas também, a regras de definição, de selecção e de distinção de parentes.

Assim, ao analisarmos as várias concepções acerca da família e as transformações de que tem sido alvo, parece que esta se tem convertido numa noção polissémica, em virtude da variedade das suas estruturas, formas de organização e representações. É importante acrescentar que estes significados se foram alterando com a evolução dos tempos. A família pode significar a comunidade dos pais e dos filhos, ou mesmo de outros parentes, vivendo sobre o mesmo tecto, mas também, um grupo mais alargado de pessoas ligadas por laços de parentesco, matrimónio ou afinidade, não obrigatoriamente conviventes (Sarti, 2001). De facto, Leandro (1995a) acrescenta que, entre os vários sentidos que a designação de família possa ter, aparece uma em comum: o grupo doméstico, que significa o grupo familiar de residência, chegando mesmo a incluir, no passado, os serviços que trabalhavam e coabitavam com os outros elementos.

Os sociólogos sempre se preocuparam em definir a família, nomeadamente, pelas tipologias familiares. Assim, nos 2º e 3º quartéis do século XIX, Le Play (1879) fez incidir a sua análise sobre a «família souche». Por sua vez, Roussel (1989), perante as mudanças operadas na família, desde os anos sessenta do século passado, fala da «família incerta». A uma teoria monolítica da família, sucedeu um conjunto de análises, mais ou menos articuladas, das formas familiares (conjugal, nuclear, monoparental, reconstituída, complexa), mas, também, dos acontecimentos familiares (casamento, nascimento, divórcio) e dos problemas familiares (violência conjugal, abuso ou negligência). Ao mesmo tempo que a realidade familiar se diversificava, as teorias proliferaram apoiadas no marxismo, no funcionalismo, no interaccionismo simbólico e no construtivismo (Quénart e Hurtubise, 1998). Na realidade, desde os tempos mais remotos, a família tem sido um lugar singular de realização da pessoa, de transmissão de valores e de consolidação da solidariedade entre gerações. Porém, a concepção de família tem sofrido várias alterações ao longo dos tempos e nas diferentes sociedades, assumindo funções diversificadas de transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais. Regista-se, em quase todos os países da Europa Ocidental, uma orientação para o abandono desses valores e que têm configurado o padrão da família tradicional (Almeida, 2003).

Fazendo uma retrospectiva sobre as funções da família, Le Play examinava a família na manutenção e na reprodução dos valores e das tradições. Durkheim analisou a “família conjugal”, como forma de lidar com os afectos e as relações, considerando que a família

conjugal construía um espaço privado, dando ênfase à qualidade das relações. *Fondé sur le mariage et la reproduction, cette famille «nucléaire» se caractérise par une spécialisation: abandonnant plusieurs fonctions traditionnelles (éducation, apprentissage des métiers, soins aux personnes âgées), elle se perfectionne dans la socialisation et le soutien affectif des adultes et des enfants et met de l'avant une forte différenciation des rôles masculins et féminins* (Quéniart e Hurtubise, 1998, 4). Sendo assim, podemos afirmar que, ao longo dos tempos, foram imputadas à família três funções essenciais, designadamente a função reprodutora, a função educativa e a função económica. Estas três funções, ainda hoje, estão presentes, apesar de serem vivenciadas de forma diferente e a função económica ser tida menos em conta (Leandro, 2001b). Contudo, afirma a mesma autora, que é no seio da família que se produz e se reproduz a força do trabalho e que se assegura, gratuitamente, a sobrevivência dos seus membros.

A família assume uma dimensão identificadora: ocupa lugar central na vida de cada um, uma vez que, ao permitir que o indivíduo se reconheça no(s) outro(s) significativo(s), desenvolvendo as suas capacidades pessoais, abre caminho para a construção de uma identidade individualizada (Casimiro, 2002, 603-604). Parece, segundo alguns investigadores, (e.g., Quiénard e Hurtubise, 1998), que a família adquire uma função “de filtro” entre o individual e o social, por exemplo, no que diz respeito, à saúde e à educação. Leandro (2001b) refere que é adjudicada à família a função da construção da identidade e do sentido para a existência. Em volta da individualidade, da autonomia e da democracia, reflexo das mudanças estruturais da sociedade ao longo dos últimos tempos, a família desenvolve-se devido a factores diversos, tais como, a promoção da igualdade entre homens e mulheres por força das modificações ao nível do mercado de trabalho, a profissionalização das mulheres, a escolaridade desenvolvida e o aumento da sociedade de consumo (Miranda, 2004).

Apesar das profundas transformações que assolam a família, esta continua a ser concebida como um lugar seguro, fonte de carinho, de protecção e de bem-estar, ocupando um espaço de primordial importância na procura da felicidade e de entajuda na manutenção de uma vida emocional, afectiva e duradoura. Neste sentido, a família revela-se como um dos espaços excepcionais de construção social da realidade, a partir da construção social dos acontecimentos de vida, designadamente, o nascer, a sexualidade e a procriação (Saraceno, 1997). Assim, podemos afirmar que a família é uma instituição social constituindo um sistema complexo de relações que os seus membros compartilham num mesmo contexto social de pertença. Porém, a família não fica passiva perante essas transformações uma vez que, ao mesmo tempo, sofre as suas influências, contribuindo, do mesmo modo, para as

mudanças sociais através dos indivíduos que nela nascem e se socializam. É na família que surge o reconhecimento da diferença, da aprendizagem, sendo ainda o espaço das primeiras trocas afectivas. Sendo um sistema em constante metamorfose, a sua história percorre a dialéctica de continuidade e de mudança, entre vínculos de pertença e de necessidade de individuação. É no cenário da família que aprendemos a definir-nos como diferentes e a enfrentar os conflitos de crescimento e as normas de sociedade.

Falar da família é também expressar a memória, a transmissão dos saberes e das tradições. Como sujeitos e seres sociais pertencentes ao mundo intergeracional da família, o nosso comportamento só é compreensível sob a dinâmica da organização e do funcionamento de um sistema de relações, cujo contexto delimita e confere significado a tudo que ocorre no interior da família. Esta ideia fundamenta a coesão e a continuidade, como uma célula reprodutiva que se deve adaptar às mudanças que surgem ao longo do ciclo vital. A singularidade de como cada família cuida do seu equilíbrio e da sua sobrevivência, interage com os relacionamentos interpessoais e intergeracionais dos seus membros (Castillo, 2003).

A gravidez depende de toda a família e não simplesmente da mulher. Até algumas décadas atrás, era no seio da instituição familiar que se nascia e se morria. A família, como uma instituição ancestral e universal (Leandro, 2001b), desempenha um papel fundamental no cuidar da mulher grávida, nesta fase particularmente importante da sua vida. Assim, é consagrada à família uma marcante função cultural e social, que possibilita as aprendizagens confrontadas com a linguagem, com os ritos, com os mitos, com as crenças e com as relações sociais (Leandro, 1994). Após a confirmação da gravidez, os dois grupos sociais envolvidos ficam mais ligados, estreitando, ainda mais, as relações interfamiliares.

Que recebemos da família? Recebemos, como herança, tudo o que as gerações precedentes adquiriram. Somos portadores de uma herança muito específica: os saberes e as tradições que nos foram transmitidos ao longo dos tempos. Frequentemente, é a sogra ou a mãe que têm o dever de dar conselhos, de averiguar se a grávida cuida de si e se promove os preparativos para o bebé de modo culturalmente adequado, assim como de informar a sua nora, ou filha, sobre os costumes designados para garantir uma gravidez e um parto seguros (Kitzinger, 1996; Martins, 2003a). Neste contexto, parece-nos correcta a opinião de Leandro (2001b, 85-86) quando relata que a família usufrui *duma aura tradicional de segurança e de apoio aos familiares, aparece, normalmente aos indivíduos, como uma enseada onde se encontra abrigo, paz, compreensão, protecção, amor, reconhecimento individualizado, solidariedade e respostas para as questões fundamentais da vida presente (...)*.

Neste campo, a família influi na adopção de hábitos, de estilos e de condutas

relevantes no processo de saúde, quer seja no caso da gravidez normal, quer seja no caso de doença ou de gravidez de risco. As mulheres grávidas vêm na família, essencialmente nas pessoas mais próximas, particularmente, na mãe e na sogra, um refúgio junto de quem se pode descobrir alguns modelos de conduta, de orientação ou de protecção perante os desafios diários de uma gravidez. A família tem um papel fundamental no processo de cuidar e na gestão da doença, sendo habitualmente o primeiro e último recurso (Le Gall, Montgomery e Cassan, 2009).

3.2.2. A importância da família como rede de suporte social na gravidez

Tradicionalmente, os sistemas de saúde incrementaram modelos de atendimento centralizados no indivíduo como unidade do processo saúde-doença, ignorando a sua relação com o contexto onde vive. Todavia, como foi salientado, a influência do ambiente ou contexto social é cada vez mais importante. Para além de toda a dinâmica de funcionamento interno da família, vários outros sistemas, fora da família, desempenham marcante força nas interações e no desenvolvimento dos membros familiares, como, por exemplo, a escola, os profissionais de saúde, o local de trabalho, os vizinhos e a rede social. No entanto, o recurso à rede social ou de parentesco, acontece, com maior frequência, em algumas fases da vida como é o caso da gravidez/maternidade. Quanto mais estreitos são os laços que o casal possui com a sua rede de parentes, de amigos ou de vizinhos, mais densa é a própria rede (Segalen, 1999).

A gravidez, o parto e o puerpério são considerados momentos importantes para testar o papel das solidariedades primárias na manutenção do bem-estar familiar. Na ausência da família ou na sua falta de disponibilidade para prestar apoio, a mulher vai recorrer ao profissional de saúde com quem estabeleceu uma determinada confiança (McCourt e Percival, 2004). *La conception juridico-politique de la santé comme droit social a facilité l'accès à des services gratuits dans les pays industrialisés, mais a, aussi, permis occulter toute une gamme d'activités relevant des soins existant dans l'espace domestique. Ces activités sortent aujourd'hui de l'ombre dans la mesure où l'on considère qu'elles constituent un coussin, sinon un filet de sécurité, lorsque le secteur public ne suffit pas à la tâche* (Boulianne, 2003, 117). Podemos afirmar que a família se encontra na primeira linha das instituições que podem contribuir para prestar cuidados de suporte adequados no âmbito do processo saúde/doença. Alguns estudos (e.g., Saillant, 1992; Thivierge e Tremblay, 2003) sublinharam a importância da contribuição das mulheres na oferta de cuidados à família. Na opinião de McCourt e

Percival (2004), a mulher apoia-se mais facilmente na família para obter um suporte mais íntimo e a longo prazo. Em alguns estudos, os sociólogos da família (*e.g.*, Attias-Donfut e Segalen, 1998; Attias-Donfut, Lapierre e Segalen, 2002) colocam a tónica sobre o papel dos avós, especificamente nas solidariedades intergeracionais.

Sendo as redes sociais identidades em construção, ou seja, processos dinâmicos e sistémicos que devem ser exploradas pelos profissionais de saúde, a família é, geralmente, a primeira instituição a que estes recorrem para garantir o suporte social indispensável para o bom desenvolvimento da gravidez. Normalmente é no seio da família restrita e entre os elementos do parentesco que se tecem as relações mais intensas nas variadas dimensões da vida humana e social. Frequentemente, a noção de rede familiar é associada à noção de suporte familiar. Porém, estas são noções diferentes, na medida em que a rede é mais abrangente encontrando-se associada às sociabilidades e o suporte representa os recursos de que uma pessoa possui para fazer face às adversidades e aos acontecimentos de vida.

Na opinião de Saraceno e Naldini (2003), o termo rede não é fortuito mas aponta para uma grande variedade de caminhos, um emaranhado de relações e de trocas nem sempre directas ou lineares. Estas autoras revelam a importância das acções de apoio ou de protecção, inseridas num dinamismo relacionado com as necessidades e as preferências das pessoas. Esta rede de apoio permite que as pessoas com mais recursos se tornem mais fortes face aos desafios da vida quotidiana. Nesta óptica, a rede social, sendo muito importante o que se tece entre os familiares, pode oferecer, não só um apoio emocional (*e.g.*, simpatia, preocupação, afeição, carinho) mas, também, um apoio instrumental. Salientamos a ajuda financeira, a partilha e divisão das responsabilidades e a informação dispensada. Também Paúl (s.d.) caracterizou o termo redes de apoio ou de suporte informal como sendo as estruturas da vida social de um indivíduo (pertencendo a um grupo ou a existência de laços familiares), as funções explícitas, instrumentais ou sócio-afectivas, como o apoio emocional, informativo, tangível e de pertença.

Apesar do termo suporte social ser ainda actualmente bastante contestável, os estudos demonstram os seus benefícios, essencialmente, na qualidade de vida. Em sentido global, o apoio social faz referência a um processo de interacção no âmbito das relações da pessoa. Este processo favorece, nomeadamente, o *coping*, a auto-estima, o sentido da pertença e a competência através do intercâmbio de recursos materiais ou psicológicos (Alarie, 1998). O suporte social alivia o *distress* provocado por uma situação de transição (como o caso de gravidez), uma vez que a presença de suporte social ou de uma rede de recursos sociais, contribui para a melhoria dos indicadores de saúde mental e física dos indivíduos (Simões,

2002; McCourt e Percival, 2004). Podemos salientar que o suporte social é algo que ocorre, pelo menos, entre duas pessoas e sempre com o objectivo de melhorar o bem-estar do receptor desse suporte. No caso da gravidez, os cuidados de suporte podem melhorar a felicidade e a satisfação da mulher no que diz respeito à vivência da experiência de gravidez, parto e preparação para a maternidade. Constatamos ainda que o número de pessoas, a frequência e a intensidade de contactos, bem como a percepção que a pessoa tem da adequação e da satisfação com a dimensão do suporte social, são frequentemente expostos em diversas investigações (Ribeiro, 1999). Porém, conceptualizar o suporte ou apoio social torna-se bastante difícil, uma vez que é alvo de inúmeras definições, abordagens teóricas e modelos explicativos, por vezes, dissonantes entre si. Mas, então, em que consiste o suporte social?

Ribeiro (1999, 547), com base em Sarason *et al.* (1883), descreve o suporte social como *a existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, que nos valorizam e que gostam de nós*. Neste contexto, o suporte é considerado um recurso em resposta às solicitações de auxílio ou de assistência. O apoio, na perspectiva de Dandurand e Saillant (2003), é como uma troca de bens e de serviços entre dois indivíduos, que visa manter ou melhorar o bem-estar da pessoa que o recebe. Neste sentido, as trocas da rede familiar têm diversas dimensões de suporte, a maior parte das vezes intergeracionais, tais como: cuidar de crianças, ajuda doméstica, apoio emocional e apoio nos cuidados, onde o suporte familiar é visto como afável, acessível e permanente.

Outros autores, Dunst e Trivette (1990), citados por Ribeiro (1999, 548), mencionam a existência de duas fontes de suporte social: *o suporte informal* (e.g., familiares, amigos, vizinhos ou grupos sociais - igreja, clube) susceptível de proporcionar ajuda nas actividades de vida diária como resposta a acontecimentos de vida e *o suporte formal* (e.g., médicos, enfermeiros, assistentes sociais ou organizações sociais – hospitais, centros de saúde) que propiciam uma assistência ou ajuda às pessoas necessitadas. De facto, a ajuda social pode ser facultada informalmente pelos familiares ou pelo grupo de amigos e, formalmente, pelas instituições de solidariedade ou pelos serviços sociais. No seu estudo, Portugal (1995) reconheceu quatro áreas essenciais de apoio familiar: os serviços de guarda e de ajuda nos cuidados quotidianos ao recém-nascido; o apoio financeiro; o apoio material e o apoio ao nível da informação. Também Cresson (2006) ilustrou que o trabalho relativo aos cuidados profanos pode ser analisado em termos de apoio social ou de suporte social, designado como uma ajuda multidimensional prestada por um repertório de relações. Esta ajuda comporta quatro dimensões: a “dimensão afectiva”, como: amar, ouvir, consolar; a “dimensão

cognitiva, como: dar a informação necessária; a “dimensão material”, como: facilitar o acesso a certos recursos materiais, agir para ou com a pessoa no ambiente para o modificar e a “dimensão normativa” como: validar o seu comportamento, sugerir comportamentos mais adequados, tendo em conta os modelos e as normas vigentes.

Parece haver consenso geral que o domínio de suporte social é multidimensional e que os diversos aspectos do suporte social têm impacto diferente nos indivíduos ou grupos (Ribeiro, 1999). Neste campo de acção, a maioria das concepções sobre suporte social abarca cinco dimensões: o suporte emocional (*e.g.*, sentimentos, estima, aceitação, apoio e segurança); o suporte instrumental (*e.g.*, ajuda constante no que diz respeito a tarefa particulares); o suporte material (*e.g.*, prestação ou troca de bens tangíveis); o suporte informativo (*e.g.*, informações e conselhos para um melhor entender as situações) e, finalmente, o suporte de convivência social (*e.g.*, actividades sociais que favorecem bem-estar) (Goes *et al.*, 2004).

Ao tentar definir o suporte social, importa, de igual modo, distinguir o suporte recebido e o suporte percebido. O apoio percebido, identificado pelo indivíduo, pode variar em função daquilo que o outro considere como apoio prestado (McCourt e Percival, 2004). Nesse sentido, baseia-se no apoio reconhecido pela pessoa como disponível no caso de necessitar desse apoio. A percepção da ausência ou da falta de apoio social pode tornar a grávida mais vulnerável (*e.g.*, depressão pós-parto) ou, até mesmo, pô-la em risco.

Em suma, os diferentes suportes recebidos são essenciais para manter a qualidade de vida e a saúde mental, bem como para saber enfrentar adequadamente a nova situação de ser mãe. Portanto, o suporte social atenua a probabilidade de ocorrência de comportamentos disfuncionais em famílias de diferentes níveis socioeconómicos (Dessen e Braz, 2000; Simões, 2004). A gravidez e a maternidade prosperam frequentemente no contexto das famílias e do seu ambiente social e cultural. A atitude da mulher perante a gravidez e a sua importância derivam desse mesmo ambiente. Frequentemente, é instituída à volta da grávida uma rede familiar e social que lhe confere protecção, suporte emocional e lhe transmite informação e saberes sobre os cuidados a ter com a mãe e com a criança, embora nos depararemos com casais organizados que recorrem a outros agentes para terem acesso a informação sobre assuntos, que outrora, eram transmitidos de pais para filhos. Assim, a abordagem da família no âmbito da consulta de vigilância pré-natal, permite dar ênfase às intervenções educativas de promoção da saúde. Essas intervenções não se podem centrar apenas no atendimento individual, uma vez que devem ser estendidas ao meio social e familiar. Esta forma de intervenção considera a família como um “nicho ideal” para o

planeamento e o desenvolvimento de práticas educativas e de promoção de saúde.

3.3. (Re)pensando a gravidez e a maternidade no cuidar-educar

Desde tempos imemoriais, que o nascimento assumiu importância considerável, quer pelo fenómeno em si, quer pelo que este representava nas vidas das pessoas: a continuidade e a subsistência da espécie humana. *Um homem e uma mulher sonham. E, do seu sonho e da sua vontade, um dia, um filho nasce. Anuncia-se num grito. Grito de liberdade, grito de esperança, grito de vida* (Penha, 1992, 129). A gravidez e a maternidade são noções que, não raras vezes, são utilizadas indiferentemente como sinónimos, mas que, de facto, expressam realidades e vivências distintas e bem diferenciadas (Martins, 2003a). A gravidez, período de cerca de quarenta semanas, que decorre entre a concepção e o parto, é considerada uma fase onde aparecem alterações físicas que acarretam, do ponto de vista psicológico, vivências muito particulares permitindo, de uma forma lenta mas gradual, a preparação para ser mãe (Leal, 1990). Um dos aspectos mais peculiares da gravidez é, sem dúvida, o seu carácter dinâmico, situando-a num processo de mudanças permanentes. Sem risco de exagerar, pode-se afirmar que esta é um paradigma de mudança biológica, construtiva e criativa, afectando os indivíduos no seu processo de saúde em todas as áreas que integram a pessoa (Colomer, 2000). A gravidez desencadeia no organismo materno uma série complexa de fenómenos fisiológicos que, no seu conjunto e interdependência, asseguram as condições adequadas para o normal desenvolvimento e crescimento do feto. As alterações devem-se a um processo fantástico no qual uma célula germinal, o zigoto, origina uma estrutura organizada e altamente complexa, formada por biliões de células, que concebem o recém-nascido. Deste modo, a maioria dos autores, tais como, Mendes, 1983; Burroughs, 1995; Graça, 1996; Colomer, 2000, evidenciam que a gravidez constitui, para cada mulher, um momento especial da sua vida, em que mudanças fisiológicas envolvem quase todos os órgãos e sistemas, podendo mesmo surgir alguns distúrbios e desconfortos.

Apesar da gestação ser vista como um processo normal da fisiologia feminina, é um momento especial na vida das mulheres. Podemos dizer que cada uma vivencia a gravidez de forma diferente, experienciando, de forma única, as inesperadas mudanças decorrentes desta fase aos níveis físico, emocional, social e familiar. Para muitas mulheres, representa um feliz acontecimento com momentos de alegria mas, por vezes, com sentimentos de tristeza. No estudo elaborado por nós em 2003, verificámos que a gravidez foi reconhecida pela maioria

das mulheres como uma situação de bem-estar, um estado de equilíbrio e harmonia vivido de forma positiva que despertara na mulher uma sensação de plenitude, de algo que a tornou “mais completa”. Para esclarecer este aspecto, descrevemos o relato de uma mulher de 30 anos, cuja gravidez era a primeira, com formação ao nível do Ensino Superior e residente em Braga: *É uma coisa fenomenal que necessita de algum tempo de preparação. Aponta para a realização da mulher como se devesse “escrever um livro, ter um filho e plantar uma árvore”. Permitiu atingir um dos meus objectivos.* Deste modo, a gestação e o nascimento, significam algo mais do que a serenidade económica, certificada já pelas técnicas adquiridas e pela divisão do trabalho. *O milagre da vida humana, alcançado através da mulher, parece ter sido um fenómeno cuja dimensão moral e social o Homem entendeu com precedência* (Ribeiro, 1990, 12).

A maternidade representa, de igual modo, uma das vivências mais extraordinárias da existência humana. Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa da Porto Editora (1999, 1065, 1033), a maternidade, do latim “maternitãte”, é definida como *a qualidade e estado de mãe*, e segundo o mesmo dicionário, a mãe, do latim “mater”, é *uma mulher ou fêmea que teve um ou mais filhos*, bem como, *uma mulher que dispensa cuidados maternais ao filho ou filhos de outra mulher*. Porém, Knibiehler (2001, 14) relata que a palavra francesa *maternité* não existia na Antiguidade, nem em grego nem em latim. Aponta, da mesma forma, que os Clérigos, no século XII, inventaram o termo *maternitas*, como correspondente ao termo *paternitas*, para designar a função da Igreja, esposa de Cristo. Nessa época, o culto a Nossa Senhora estava em propagação. Delassus (1995) também confirma que foi em 1122 que o Papa Callixte II introduziu esta nova noção, criando um neologismo sobre o silêncio dos anos passados: *a maternidade da Igreja*. Este Papa foi, assim, o primeiro a evocar a palavra *maternitas*⁴¹ para dar resposta a uma aspiração mas, também, para representar o produto de uma necessidade constatada. Inicialmente, esta palavra foi designada com um sentido puramente moral ou espiritual.

Este investigador refere que *dès la création du concept, la maternité est une qualité ou une vertu requise de l'identité à laquelle on attribue* (Delassus, 1995, 39). A origem moral desta noção vai ter algum peso ao longo dos tempos. Foi necessário esperar pelo século XIX para que a palavra maternidade adquirisse o seu sentido actual. Barreno (1992) mencionou a existência de uma certa contradição no próprio conceito de maternidade. De facto, este está

⁴¹ Segundo notas do autor Delassu (1995, 38), *Dictionnaire du Cange: «MATERNITAS, dicitur de ecclesia matrici seu Cathedrali, in Bulla calixti II. PP. Ann.1122. inter Probat.ult.hist. trenorch.pag. 143: Ex communi fratrum judicio diffinitum, vestram beati Johannis ecclesiam debere Maternitatis proerogativam in perpetuum obtinere.*

muitas das vezes associado a uma exigência de uma tarefa de onipotência por parte das mulheres embora, por outro, esteja relacionado com dificuldades inexplicáveis. Na esteira de Leal (1990, 365), consideramos que a maternidade pode ser definida como um projecto de longo prazo que tem *como pano de fundo a dinâmica de uma sociedade num certo momento historicamente determinado. Inscreve-se, por isso, em padrões de cultura, nos quais, concepções como as de infância, qualidade de vida, direitos e deveres dos cidadãos, assumem uma importância primordial (...). Requer que, mais do que desejar ter um filho, se deseje ser mãe.* É um processo dinâmico de construção e de desenvolvimento psicossocial que é condicionado pela forma como a mulher se prepara para este projecto.

Assim, escrever e reflectir sobre a maternidade é imaginar a própria história. Como salienta Joaquim (1992, 52) considerar a maternidade consiste contemplar os restos que os humanos são na sua rápida passagem na terra, na medida em que instituíram um destino às mulheres. A função maternal é uma construção socialmente definida e organizada por normas, segundo as necessidades de uma dada população, numa dada época da história da Humanidade. O papel materno e a forma como as mães cuidam dos filhos e os socializam para os seus futuros papéis, são socialmente definidos. Estes papéis estão, quase sempre, relacionados com as formas como as sociedades se preparam para a produção e para a reprodução. O papel de mãe tem sido comumente alterado com o decorrer da história, o que nos leva a considerar a maternidade também como um comportamento social, que se adapta a um determinado contexto histórico, onde pode ser formada como uma construção sócio-histórica que ultrapassa a questão biológica.

3.3.1. As representações antigas sobre a maternidade

No tempo do homem primitivo, a mulher detinha um papel determinante na organização social através do seu papel como mãe (Fidalgo, 2003). Os povos pré-históricos honravam a Grande Mãe, deusa da fertilidade. Antes de se formarem as civilizações complexas com o aparecimento de uma divindade masculina (patriarcado), a Deusa Mãe teria sido o único Ser apreciado com adoração (Jackson, 2000). *Nesse longínquo começo, a mãe da espécie humana não só foi figura temida e reverenciada pela misteriosa capacidade de engendrar crianças, mas também pelo seu saber, o da experiente colectora de alimentos que sabiamente definia os padrões de partilha dos mesmos* (Fidalgo, 2003, 86). A gravidez era celebrada como prova de fertilidade e os indivíduos recorriam a rituais mágicos para fazer

aparecer as forças da fertilidade, sendo considerada como algo de grandioso que transcendia o campo de acção do homem. Em vários lugares do globo, desde a Europa ao Sul da Rússia, estatuetas das culturas do Paleolítico Superior, denominadas de *Vénus*, eram apresentadas com um ventre, com coxas e seios volumosos, cujas forças propiciavam o gerar de vida. Estas figuras evidenciavam a representação do ciclo reprodutivo das mulheres e, eventualmente, eram consagradas a propiciar a fecundidade. Durante o Neolítico, apareceram diferentes tipos de imagens de mulheres e de mães, de forma individualizadas (Delassus, 1995). A título de exemplo, revelamos a importância das descobertas das famosas *Potnia Theron*⁴² na Anatólia, cerca de 5750 a. C.. É indispensável salientar que, nesta época, a sacralidade feminina passava pela fertilidade da Terra, sendo a descoberta do arado um símbolo da mulher fecunda cuja ideia foi chegar à mitologia grega (Ribeiro, 1990). A maternidade foi assimilada à fecundidade da terra.

Na Grécia Antiga, as mulheres sempre foram consideradas como seres mais frágeis e inferiores aos homens. Mesmo na concepção e na gravidez, o seu papel era pouco valorizado. Badinter (1980) compara a mulher à terra, salientando a necessidade de ser semeada. Neste contexto, o único mérito é o de ter um ventre adequado. Era, de facto, o homem quem decidia quando e quantos filhos a mulher deveria ter. A mulher como mãe, estava praticamente afastada da arte e da religião, ficando a dinâmica social a estar assente na autoridade do homem.

Na Antiga Roma, Junon era a guardiã das mulheres, da gravidez e a Deusa da Lua. Sendo considerada como o espírito protector feminino, ela guiava a mulher que entrava numa nova família, aumentava a fertilidade e assistia-a durante a sua gravidez e parto, dando também o dom da visão ao recém-nascido (Jackson, 2000). A mulher romana era mais independente sendo o seu papel como reprodutora muito valorizado.

As mulheres bíblicas certificavam a sua presença pelo seu papel na fecundidade. Raquel declarou ao marido, *dá-me filhos ou eu morro* (Gn 30, 1). A mulher confirmava o seu papel através da maternidade. Temos como exemplo, a história de Maria que aceitou livremente a maternidade virginal antes de conceber o seu filho no ventre, sendo Ela o modelo da fecundidade que tem por segredo a adesão sem reserva a Deus.

Na cultura ocidental, o discurso da maternidade predominante, assegurava que as mães experimentassem amor pelos filhos apenas em consequência do acto biológico de dar à luz. Nas sociedades rurais e artesanais da Antiguidade, uma vez que a mortalidade era elevada, e o

⁴² As *Potnia Theron* correspondem a estátuas de grande altura, que representavam mulheres sentadas com os braços encostados sobre o dorso de dois animais deitados ao seu lado. Estas dominavam os animais selvagens, sendo associadas aos atributos da vida.

que primava era a reprodução e a conservação da vida para assegurar a perpetuação da espécie, a mulher devia ter muitos filhos. Neste sentido, ela era a ama, alimentava-os ao seio, trabalhava em casa e no campo para produzir os alimentos necessários e, ao mesmo tempo, era médico da família (Knibiehler, 2001). Estas tinham, essencialmente, a função de nutridora, de ajudante e de companheira (Fidalgo, 2003). A maternidade era assimilada à fecundidade da terra. As crianças apareciam como necessárias para o trabalho e como segurança para o futuro dos pais, na velhice e na doença, embora, muitas vezes, representassem um encargo no presente (Knibiehler, 2001).

Com o reconhecimento oficial do Cristianismo pelo Imperador Constantino em 313 (édito de Milan), apareceram algumas mudanças no conceito de maternidade. No século V, a procriação é relevada para um segundo plano. As mulheres que preferiam a consagração a Deus, poderiam escolher a “melhor parte na sociedade” como já o refere S. Paulo (I Cor 7, I. 7-8). Nessa época, o culto de Nossa Senhora representava um desenvolvimento considerável. O neologismo possibilitaria reconhecer uma dimensão social e espiritual da maternidade (Knibiehler, 2001). O papel educativo da mãe estava subordinado ao poder da Igreja ficando com a função de transmitir a fé e a oração.

No século das Luzes, a saúde do corpo e a felicidade terrena ganharam, de forma gradual, a sua importância, sendo contemplada como um ponto-chave na aquisição de alguns direitos, especificadamente: o direito da liberdade individual, o direito ao património e o direito à justiça, embora as mulheres não tenham sido consideradas nesses direitos. No que diz respeito à educação, estas só poderiam ser instruídas para os valores morais e para as actividades do lar (Fidalgo, 2003).

No seu trabalho, Badinter (1985) constatou uma desvalorização dada à maternidade em toda a Idade Média, relacionada com o poder paterno que auxiliava a autoridade marital, onde o homem era percebido como superior. Daí resulta que a constituição da família diferia das figuras de organização representadas por afeições de carinho e intimidade, aliando pais e filhos mas, também, pela valorização da criança (Moura, 2004). Então, um modelo terrestre “de boa mãe” foi imposto. O amor materno, tão necessário à criança, emergiu gradualmente como um valor de civilização e de código de boa conduta (Knibiehler, 2001, 15). Dentro desta perspectiva, a função social da mulher só se realizava de forma adequada no seio da vida privada, como esposa fértil e submissa. Badinter (1980) e Fidalgo (2003) salientaram que, em França, as mulheres eram reduzidas apenas ao destino do casamento e da maternidade, sem direito a uma vida autónoma, ficando totalmente dependentes dos homens. O chefe de família detinha um papel de protecção e servia como intermediário entre a mulher e a sociedade. A

figura de “mãe doméstica” tinha por objectivo conservar a estabilidade familiar e ser o refúgio de segurança durante as grandes turbulências que marcaram a passagem da sociedade pré-industrial à pós-industrial (Knibiehler, 2001).

No ocidente, durante o século XVII, a maternidade continuou a ser bastante enaltecida. A mulher estéril era associada a uma “burra”, um “animal geneticamente impróprio” à reprodução ou a um pedaço de terra “seca” ou “árida”, imprópria à produção. Podemos, desta forma, constatar uma depreciação e estigmatização da mulher infértil (o que já se encontrava no Antigo Testamento), intimamente relacionadas com as representações sociais da maternidade. A condição de infertilidade é entendida como uma forma de inferioridade onde se apresenta como uma transgressão das prescrições e expectativas socialmente impostas, o que, ainda hoje, está fortemente presente no pensamento social. Podemos dizer que é sempre naturalizada, como um destino biológico ou como um valor social inerente à concretização da identidade feminina (Trindade e Enumo, 2001). Dentro desta perspectiva, as mulheres mereciam o respeito e o valor social, mas apenas, como esposas férteis e submissas.

Ao analisar a história da família a partir da vida quotidiana, Ariés (1978) desvendou que o *sentimento* de família, como o conhecemos, data de fins do século XVII e início do século XVIII. É neste período que ocorre *o recolhimento da família longe da rua, da praça, da vida colectiva, e sua retracção dentro de uma casa melhor defendida contra os intrusos e melhor preparada para a intimidade* (Ariés, 1978, 23). Nesta época, um novo sentimento familiar emerge associado à valorização da infância.

Giddens (1993) fala-nos da *invenção da maternidade* como fazendo parte de um conjunto de influências que atingiram as mulheres a partir do final do século XVIII: o surgimento da ideia de amor romântico e a criação do lar ou a modificação das relações entre pais e filhos. Nessa época, o adjectivo maternal é mais frequentemente utilizado do que a palavra maternidade que continua a ter uma conotação moral (Delassus, 1995). Isto significa que se dava muita importância ao comportamento da mãe. Rousseau (1761), referido por Delassus (1995, 41), ao escrever *la Nouvelle Héloïse*, fez algumas referências à palavra maternal, associando-a a qualidades como: honra, felicidade, amor, cuidados, dever e ternura.

De acordo com Barbosa (2001), a partir do século XVIII, tendo em conta as profundas transformações económicas, sociais, políticas e culturais que consolidavam as bases materiais e simbólicas da emergente sociedade capitalista, *ser mãe* solidificava-se como a principal missão feminina. Nas últimas décadas deste século, no Ocidente, a maternidade foi construída como o ideal maior da mulher, sendo o único percurso para atingir a plenitude, uma plena

realização da feminilidade, em sincronia com a anulação pessoal, a abnegação e o sacrifício com prazer (Trindade e Enumo, 2001).

No final do séc. XIX, tendo havido um *declínio do poder patriarcal*, as mulheres adquiriram maior controlo sobre a educação dos filhos. Nesta época, destacamos a forte associação da maternidade com a feminilidade. Este modelo consolidou-se numa ideologia que passou a exaltar o papel natural da mulher como mãe, atribuindo-lhe todos os deveres e obrigações na criação do(a)s filho(a)s, limitando a função social feminina à realização da maternidade. Porém, Knibiehler (2001) identifica a impossibilidade da realização deste modelo de maternidade nas mulheres pobres.

As incoerências próprias do processo de industrialização e a forma como as mulheres se incorporaram no mercado de trabalho, circunscritas por profundas desigualdades sociais, evidenciaram os impactos desse processo na mudança dos padrões da maternidade. Assim, no século XIX, quando as famílias operárias começaram a associar, de forma crescente, o trabalho fora de casa e a maternidade, *instaurou-se a lógica da dupla responsabilidade, que se consolidou no século XX, com o avanço da industrialização e da urbanização, recebendo por parte das análises feministas contemporâneas a designação de dupla jornada de trabalho* (Scavone, 2001, 49).

Segundo Badinter (1980), no século XIX, a maternidade passou a ser encarada como um sacerdócio, exigindo da mulher resignação, dedicação, sacrifício e reclusão. Todavia, a dignificação da maternidade permitiu às mulheres descobrirem uma função e usufruir de um prestígio que, até então, era desconhecido. Em França, *L'Education des mères de famille*, um livro escrito por Louis-Aimé Martin, em 1834, forneceu uma exposição e uma demonstração da necessidade do amor maternal considerado como facto natural e como necessidade social (Delassus, 1995). A grande novidade para a época foi a utilização de uma expressão que ficou a ser conhecida por “instinto maternal”⁴³ que, paulatinamente, se impôs sem haver necessidade de explicações ou de justificações. Segundo Badinter (1980, iii), o instinto maternal é uma tendência primordial que permite a criação de um desejo de maternidade e que, uma vez este desejo satisfeito, incita a mulher a velar pela protecção física e moral das crianças. Nesta perspectiva, o “instinto maternal” é como um guia que orienta a mãe para uma dedicação e amor sem limites. Apelava-se para o discurso moralizante que definia o espírito de sacrifício não como natural, mas como obrigatório. Por um lado, insistia-se na ideia de que toda a “boa mãe” é inteiramente afectuosa e dedicada e, por outro, difundiam-se ideias mais

⁴³ Vitor Hugo, no livro *os Miseráveis* em 1862, escreve que existe o instinto maternal, intuição admirável onde entram as lembranças da virgem e a experiência da mulher.

normalizantes. A função da mãe era abdicar de si própria para o bem dos filhos e da família. Foi assim que, nesta época, houve uma maior dedicação e atenção da mãe para com os filhos. A glorificação do amor maternal desenvolveu-se, essencialmente, desde o século XIX, até à década de 60 do século XX.

Porém, as mulheres pobres, camponesas ou operárias, viviam uma outra realidade. A adesão tardia ao novo papel materno deu-se por outros percursos. De facto, os seus filhos iniciavam o trabalho ainda na infância, contribuindo para a subsistência familiar. As precárias casas da época demonstravam que não havia espaço para a intimidade familiar. As mães tinham pouco tempo para cuidar dos filhos e dar-lhes a adequada atenção, carinho e educação. As taxas de fecundidade, ainda altas, faziam com que as mulheres pobres tivessem muitos filhos, o que tornava inexecutável o ideal de afeição materna (Barbosa, 2001). No final do século XVIII e início do século XIX, a mortalidade de crianças pobres era ainda bastante elevada, destacando-se o seu abandono em asilos (Badinter, 1985).

Outros autores, tais como, Barreno (1992) e Silva (1992), salientam que foi durante o século XIX que apareceu a grande mitificação da maternidade. A título de exemplo, Silva (1992, 17) cita um texto dessa época explorando a seguinte narrativa: *mãe - ditoso e santíssimo nome este! – deve ser educadora, instrutora, tomando, como a ave do ninho, os filhos emplumes, no seu seio, acompanhando-os com o seu alento até ensaiarem vôo, seguindo-os, de longe ainda, com o seu olhar, por igual ansioso e amorável, para que não vão pousar nos espinheiros que os ferem, mas nos ramos de arvoredos onde há sombras e tranquilidade que refrigeram e dulcificam as calmas e amargores da vida.*

A presença de um novo personagem no seio das famílias, o médico, data do século XIX, transformando-se num fiel colaborador e conselheiro das mães, passando a difundir as normas higiénicas que irão regulamentar o cuidado com a saúde das crianças (Barbosa, 2001). Num estudo levado a efeito por Donzelot (1977), este reconheceu nas denominadas tecnologias políticas, isto é, no conjunto de práticas que influenciavam a saúde, o corpo e as formas de alimentar, os elementos detentores das modificações que se verificaram nas condições de vida de muitos países de Europa, a partir do século XVIII. De acordo com o autor supracitado, as críticas dirigidas nessa época, diziam respeito à prática da criação dos filhos pelas amas-de-leite: ausência de uma *economia social* nas camadas mais pobres da população e de uma *economia do corpo* nas camadas mais ricas. Assim, havia uma necessidade de interferir nas famílias e reestruturar os comportamentos educativos. Nas camadas ricas, *o cuidado com a criança apoiou-se na difusão da medicina doméstica, enquanto conjunto de técnicas que permitiram às classes burguesas retirar os seus filhos da*

influência negativa dos serviços (Moura, 2004, 47). Nas camadas mais pobres, a intervenção alargou-se a estratégias de humanitarismo através do aperfeiçoamento de um amplo e coeso aparato de protecção a essas famílias.

Como é que podemos analisar esta concepção da maternidade? Não podemos esquecer que a utilização do instinto maternal é, de algum modo, inadequada e que a utilização do argumento de instinto maternal para sujeitar as mulheres ao dever de maternidade e a um amor que não pode ter falhas, é exagerado. De uma maneira geral, tende-se a pensar no amor materno como algo de instintivo, como uma propensão inata das mulheres. Contudo, as atitudes maternas e seu papel de mãe, têm-se modificado com o decorrer da nossa história, o que nos pode levar a pensar a maternidade como um comportamento social que se ajusta a um determinado contexto sócio-histórico (Badinter, 1985). Na perspectiva desta autora, o amor materno não é um sentimento natural, é, antes, determinado por factores sociais, que dependem da época e das circunstâncias em que as mulheres viverem, sendo a maternidade resultado de uma forte pressão social. Refere a mesma autora que a maternidade dos tempos ancestrais, foi objecto de valorização, até pelos homens, pelo facto de só as mulheres poderem conceber.

É importante destacar que a transição de um modelo tradicional para um modelo moderno de maternidade se deu com a consolidação da sociedade industrial. Concretamente, o que é que acontece nos tempos contemporâneos?

3.3.2. Os significados contemporâneos da maternidade

O fenómeno da construção da maternidade está, de alguma forma, ligado às transformações mais amplas que vêm acontecendo nas sociedades contemporâneas. Assim, procuramos compreender como é que essas mudanças interferem no quotidiano das mulheres, isto é, entender de que forma o processo de modernização se reflecte na experiência da maternidade. Nas últimas décadas, a gravidez e a maternidade têm adquirido uma importância capital dentro das transformações do ciclo vital. A maternidade é valorizada e considerada como imprescindível. Actualmente, a opção pela maternidade é um projecto de vida pessoal, tendo como consequência o livre exercício da sexualidade e o ingresso, ou não, na esfera produtiva. Este processo de reconstrução do padrão tradicional familiar e das relações amorosas têm uma trajectória interessante.

Em França, durante o século XX, as intervenções do Estado induziram uma

desprivatização progressiva da função maternal. Por exemplo, com o governo de Vichy houve mesmo uma politização da maternidade procurando transformar as mães em aliadas da sua revolução nacional, tendo por motivo oficial o perigo demográfico (Knibiehler, 2001). A maternidade era vista como um dever, obrigando o Estado a implementar políticas que forçassem as mulheres a engravidarem. Entre outras, destacamos as medidas de repressão contra a anti-contraceção, contra o abortamento e a favor de medidas de incentivo sob a forma de subsídio familiar. A consequência destas políticas de natalidade foi o aparecimento do *baby boom*, particularmente após a II Guerra Mundial. A ideologia vigente entre as duas guerras impunha à mulher “o ser mãe”. Engravidar era um dever e uma fonte de saúde. A menina era preparada para esse efeito, tendo por base o respeito da virgindade e o medo das doenças sexualmente transmissíveis. Desta forma, eram exigidos à mulher alguns dos seguintes requisitos: estar casada, ser mãe legítima e ser dona-de-casa. Era condição primordial para obter um aumento da natalidade e uma luta eficaz contra a mortalidade infantil e juvenil (Thebaud, 1986). Dentro deste contexto, Roussel (1878-1922) alertou para a liberdade da maternidade. Em 1920, convidou todas as mulheres a “fazerem a greve das barrigas”, porque a maternidade devia ser escolhida de uma forma consciente e não ser considerada como algo que escraviza a mulher (Thebaud, 1986).

Olhando para a história recente, podemos acrescentar que as feministas dos anos 60 e 70, desejaram preservar a privatização quando manifestaram o desejo de controlar a fecundidade por vontade própria, colocando de lado a maternidade como um dever (Knibiehler, 2001). Este facto, explica a necessidade de emancipação das mulheres tentando, deste modo, uma carreira profissional. *As feministas desafiaram representações arquetípicas da mãe e redefiniram-na como um constructo social e histórico. O papel da mãe para as feministas radicais foi sempre problemático, por ser encarado como o modus operandi da opressão da fêmea, porque associado ao estereótipo da mulher procriadora, método eficaz para assegurar a sua servidão em casa* (Fidalgo, 2003, 122). Esta autora refere ainda que são os cuidados maternos que preocupam as mulheres, uma vez que condenam as tarefas domésticas e defendem a visibilidade de um emprego. Somos da opinião que esta alteração no conceito de maternidade foi um marco que veio favorecer a remodelação das funções, dos papéis e da identidade feminina.

Podemos afirmar que, de facto, a partir da segunda metade do século XX, aconteceram profundas mudanças na relação conjugal, consequência de um maior protagonismo das mulheres. Com o recurso à educação formal e à formação profissional, as mulheres ocuparam, de forma gradual, o espaço público, mantendo, ao mesmo tempo, a responsabilidade no cuidar

dos filhos. Por outro lado, a intensificação da modernização da sociedade e das suas aquisições tecnológicas, possibilitou às mulheres uma maior possibilidade na escolha da maternidade. Deste modo, com a introdução de práticas contraceptivas eficazes, em simultâneo com o ingresso da mulher na vida activa, foram, finalmente, dados os passos definitivos para a alteração do conceito de maternidade, sendo conferido às mulheres um novo poder. A mulher passa a escolher o momento ideal para ser mãe, tendo em conta os seus projectos de vida.

Consequentemente, a partir do século XX, as utilizações científicas à técnica de bem-estar concederam à ciência um estatuto de utilidade social (Fidalgo, 2003). As mulheres foram estimuladas a educar os seus filhos em consonância com princípios organizacionais assentes em pressupostos científicos que, só a partir dos anos 60, foi possível implementar com o aparecimento da pílula contraceptiva. Assim, surge um novo conceito de *maternidade aprendida* ou *maternidade científica* (Fidalgo, 2003). Esta educação começou nos anos 20 do século passado na sociedade americana, tendo um desenvolvimento mais profundo nos anos seguintes com a melhoria nas condições de vida e os progressos na pesquisa médica.

Este facto é importante porque é nesta base que os profissionais de saúde desenvolvem intervenções educativas no âmbito da vigilância pré-natal: ensinar os pais para que estes desenvolvam um adequado papel parental. Segundo Kitzinger (1996), nas sociedades industrializadas, as futuras mães podem nunca ter cuidado de um filho, nem sequer lhe ter tocado. Podem existir dúvidas sobre como cuidar de uma criança. Neste contexto, a consulta surge como “um manual”, “um guia orientador” a que as mulheres recorrem para cuidar as suas crianças.

Aparece, assim, uma grande variedade de informações com a finalidade de ajudar estas mulheres a vivenciarem a sua gravidez de forma positiva e a serem mães. Todavia, *o discurso médico transformou a maternidade num campo quase técnico, em que às tradicionais tarefas domésticas se acrescentaram as do conhecimento científico da maternidade. (...) Ninguém questionava a eficácia das novas técnicas, e muitas mães tomaram muito a sério a tarefa de treino das suas crianças e quiseram fazê-lo seguindo os ditames e sugestões dos técnicos* (Fidalgo, 2003, 128). Estes discursos iam de encontro ao papel desenvolvido no âmbito da educação para a saúde. Todavia, podemos questionar se os profissionais de saúde davam a oportunidade às mães para falar das suas experiências e dos seus saberes que poderiam ser integrados no âmbito destas práticas. De facto, assinalámos que estas práticas forneceram um adequado desenvolvimento das crianças, tornando-as mais saudáveis, o que causou um maior controlo e domínio dos profissionais de saúde sobre as

mães.

Relembramos, que no início do século passado, se verificou um investimento muito forte da medicina na relação mãe-filho. Tentou-se mesmo estabelecer a relação entre aleitamento materno e a prevenção da mortalidade infantil. Através de argumentos científicos de base biológica, os profissionais de saúde, nomeadamente os médicos, demonstraram que a mulher era incumbida de se situar no lar e se dedicar de *corpo e alma* à maternidade. Fidalgo (2003) reitera que a classe e a etnia foram factores condicionantes para as mulheres replicarem, de forma diferente, à maternidade científica. As mulheres com um grau de instrução mais elevado, aderiam com mais facilidade a esses conselhos, uma vez que eram obrigadas a ler e a seguir as recomendações dos profissionais competentes, ao contrário das outras.

A história da afirmação da medicina científica sobre o saber empírico feminino relacionado com a saúde, explica as estreitas relações entre o controlo político sobre a reprodução, a proscricção do saber feminino e a definição ideológica das mulheres, enquanto esposas e mães (Barbosa, 2001). Neste âmbito, a medicina e o conhecimento científico, representaram um papel estratégico na “disciplinarização” do corpo feminino. O discurso médico institucionalizado passa a medicalizar o corpo feminino, descrevendo-o como doentio e sujo, impondo-lhe, de imediato, uma intervenção médica. Deste modo, a gravidez, o parto e o puerpério são cercados de regras e de proibições, como, aliás, a própria maternidade. Os cuidados pré-natais tornam-se, assim, essenciais para uma ampla difusão dessa estratégia pedagógico-ideológica.

Como vimos nos primeiros capítulos, até à década de 1970, a atenção médica valorizava o ciclo gravídico-puerperal fundamentado pela preocupação com a alta taxa de mortalidade infantil e de mortalidade materna. A partir de então, o discurso científico sobre o perigo de explosão demográfica nos países dependentes, emerge como uma força política. A disseminação de práticas alusivas ao desenvolvimento e à necessidade de métodos contraceptivos, realizadas pelas entidades de planeamento familiar⁴⁴, foram essenciais para

⁴⁴ O Planeamento Familiar é, em sentido restrito, um conjunto de medidas que permite ao casal, regular o número de filhos que pretende ter, bem como o espaço de tempo que medeia entre os nascimentos, de forma consciente e livre, de modo a poder usufruir, da mesma forma, do bem-estar físico e psíquico. Podemos, então, considerar o Planeamento Familiar como uma actividade de Saúde Familiar integrada nos Cuidados de Saúde Primários, que se relaciona com a qualidade de vida, ou seja, com a promoção da saúde e bem-estar das famílias.

Foi nos anos 30 do século passado que o conceito de Planeamento Familiar surgiu com o objectivo de substituir o termo “controlo de nascimento”. Nos anos 1966 e 1967, a Federação Internacional de Planeamento Familiar (I.P.P.F.) cimentou contactos com Portugal, para conceber uma organização não governamental, a Associação para o Planeamento da Família (A.P.F.). Esta associação tem vindo a desenvolver um papel fundamental no âmbito do Planeamento Familiar/Sexualidade, organizando conferências, congressos e seminários, concedendo entrevistas a jornais, publicando artigos e estudos em revistas, promovendo a formação dos profissionais de saúde nas Escolas de Enfermagem e Centros de Saúde, o que faz dela um importante pilar na definição das políticas de saúde relacionadas com a Saúde Reprodutiva e especialmente o Planeamento Familiar (A.P.F., 2001).

fortalecer e amplificar a medicalização no que se refere ao controlo da reprodução. *São ideias e práticas que, tomando o corpo feminino apenas do ponto de vista do controle de sua capacidade reprodutiva, na dualidade «ser mãe/não ser mãe», e responsabilizando exclusivamente as mulheres pela prática contraceptiva, transformaram as expectativas femininas em relação à vida reprodutiva* (Barbosa, 2001, 96).

Podemos afirmar que, em Portugal, nos últimos trinta anos, houve transformações nos modelos de maternidade que estão confrontados com o aparecimento de novos processos sociais, bem como com a globalização económica, o que permitiu o desenvolvimento da propagação de novos padrões de comportamento. Como já referido anteriormente, podemos indicar o consumo crescente das novas tecnologias reprodutivas, contraceptivas e conceptivas, apresentadas às mulheres desde a década de sessenta como a grande oportunidade de escolher, com maior segurança, o seu projecto de maternidade. Hoje, mais do que nunca, sob a pressão da independência e da autonomia sexual feminina, as aspirações “do amor romântico” tendem a fragmentar-se (Giddens, 1993, 72). Os métodos contraceptivos de cariz médico assinalaram o início da denominada revolução sexual, desapegando a reprodução do prazer. Nesta perspectiva, o planeamento familiar conduziu ao aperfeiçoamento dum quadro de efectivação da igualdade das mulheres em relação ao seu processo de individualização, permitindo-lhes uma maior autonomia, em consequência da sua independência económica e do, cada vez maior, nível de educação.

Em França, a áurea da mãe dona-de-casa começou a esvanecer-se a partir da década de 60 do século passado. A expansão económica sem precedentes, conhecida como os *Trinta Gloriosos* (Fourastier, 1979), permitiu o desenvolvimento das mulheres empregadas. Assim, o novo feminismo, inspirado por Simone de Beauvoir, soube desintegrar a mulher da mãe, permitindo a afirmação de cada uma como sujeito autónomo. As novas feministas consideram que a maternidade é uma satisfação pessoal exonerada de trabalhos domésticos. A mãe, deste modo, fica mais liberta para acompanhar e ajudar a criança ao mesmo nível que o pai desempenhando, também, uma actividade laboral (Knibiehler, 2001).

Um estudo levado a cabo por Almeida (2004), revela que a maioria das entrevistadas

Uma pequena resenha histórica permite-nos concluir que a década de setenta, do século passado, foi extraordinariamente importante na evolução do Planeamento Familiar. A publicação da Lei n.º 413/71 permitiu a criação dos Centros de Saúde. Os primeiros dispositivos intra-uterinos apareceram no mercado. Com o desenrolar do 25 de Abril de 1974 e após o Despacho em 16 de Março de 1976 do então Secretário de Estado, Dr. Albino Aroso, as actividades de Planeamento Familiar ampliaram-se nos Centros de Saúde no âmbito da valência de Saúde Materna-Infantil, o que permitiu dar resposta às necessidades populacionais. O artigo 67º da Constituição da República consagra o Direito à Paternidade Consciente, o dever do Estado em divulgar as actividades de Planeamento Familiar e organizar as estruturas jurídicas e técnicas para promover a Paternidade Consciente bem como a divulgação dos métodos de Planeamento Familiar. Porém, o processo foi bastante lento e só nos finais desta década foi possível, em quase todos os Centros de Saúde, instaurar as consultas de Planeamento Familiar e o fornecimento gratuito pela Direcção-Geral da Saúde de contraceptivos, financiados pela Organização Mundial de Saúde.

considera importante o facto de ser mãe e continua a valorizar a maternidade. Estas revelações acontecem além da sua história reprodutiva, da sua situação familiar, da pertença geracional e do trajecto escolar e profissional. *É um valor que, de resto, parece ter despontado muito precocemente na história de vida destas mulheres, como mostram os testemunhos das mães jovens. Nele é curioso notar-se o contraste entre a ausência ou imprecisão das representações sobre a «família» ou o «casal» que desejam formar, um dia mais tarde, e o vigor e o detalhe da representação do seu projecto procriativo e maternal* (Almeida, 2004, 181-182). Resulta daqui que ser mãe, detém uma importância incontestável e é entendida não como um destino incondicional, mas sim sob algumas condições. As mulheres entrevistadas que ainda não foram mães, salientam que o facto de que ser mãe designa um dom, um privilégio especial, uma experiência excepcional, um instrumento de obtenção de estatuto, poder e visibilidade social. Vejamos alguns desses relatos, descritos no famoso estudo de Almeida (2004, 183-184).

É um dom, uma possibilidade que nos foi atribuída em exclusividade [Carla].

Dá um novo sentido de responsabilidade, de vida, saber que está a nascer uma nova pessoa dentro dela e obrigar a cuidar mais de si...está a preocupar-se com o futuro filho ou filha e no futuro dele [Vera].

A importância da maternidade é, também, frequentemente concebida sob o prisma da interacção significativa entre a mãe e o filho, o que permite reviver a experiência materna, transmitindo amor e afectividade. *Ter uma vida ali dentro de nós, que está dependente de nós, que nós temos que cuidar* [Vera]. A maternidade é considerada como um poder exclusivo das mulheres, *um dom e uma dádiva, uma exclusividade que coloca as mulheres em superioridade* (Almeida, 2004, 185), relativamente aos homens. O interesse pela maternidade está patente na transmissão geracional (Martins, 2003a; Almeida, 2004). A gravidez permite, não só a continuidade da família e das sociedades mas, também, a transmissão de diferentes heranças. Ter um filho significa, sem dúvida, perpetuar-se, transmitindo a outro o seu destino. No nosso entender, a maternidade é a forma de não desperdiçar todo um acumular de experiências familiares que permitem a continuidade de uma família e a perpetuação da espécie.

Entre as mulheres que já foram mães, o valor da maternidade continua a ser extraordinariamente elogiado. Como podemos ver nesta narrativa citada por Almeida (2004, 188), *eu costumo dizer que uma mulher sem filhos é como um jardim sem flores*. Ser mãe transforma a mulher, tornando-a mais madura e mais responsável (Martins, 2003a; Almeida,

2004). Pensamos que a maternidade traz um sentimento de bem-estar, traduzindo-se numa situação de equilíbrio e de harmonia. Estar grávida permite despertar na mulher uma sensação de plenitude, de algo que fica e a torna “mais completa”.

Hoje, as descrições da maternidade são sistematicamente assentes a partir de um passado e de diversidades que são menosprezadas. Presentemente, o acto de ser mãe é, cada vez menos, introduzido socialmente e é significativo para um número de pessoas cada vez menor. A imagem da maternidade é uma imagem considerada como multifacetada. A acrescentar a esta ideia, existe ainda a partilha da maternidade com outros, nomeadamente, com o pai da criança. Actualmente, o ambiente que abrange a gravidez e o nascimento, está virado para a tecnologia partindo, desde já, de um imaginário embebido de tecnologia (Joaquim, 2006). Assim, as práticas durante a gravidez ou os modos de nascer, são afastados de um contexto em que se moviam e tinham sentido. Como é que hoje é feito o cuidado à mulher durante a gravidez? Como é realizada, essa lógica do cuidar? *De certa maneira, o encontro de novos rostos e modos diferentes de pegar e de cuidar: atravessar a vida e ajudar a atravessá-la é, de certo modo, para cada um de nós, construir um rosto, dar-lhe uma face singular onde outros se cruzam e se reconhecem* (Joaquim, 2006, 18).

Ao reflectirmos sobre o que descrevemos ao longo deste subcapítulo, podemos inferir que, actualmente, não parece existir dúvida sobre a relação existente entre o cuidar em enfermagem num processo de transição, como é o caso da gravidez e da maternidade e a forma como a mulher vivencia e representa esse momento de transição. Do mesmo modo, subsiste a necessidade da enfermeira especialista integrar no processo de promoção da saúde na vigilância pré-natal, os saberes culturais e sociais da grávida, inserida numa família. Nunca podemos esquecer que a grávida, como ser humano, é um sistema aberto e, por isso, está exposta permanentemente às influências do meio que a rodeia, orientando-se, frequentemente, em função dos saberes dos outros, em especial dos da família. A definição de enfermagem de Meleis (2007), descrita na introdução deste trabalho, baseia-se no facilitar dos processos de transição, abrangendo, desta forma, uma sensação de bem-estar e o papel de ajuda.

Em consonância com as considerações abordadas pelos diferentes autores, as grávidas admitem “a imagem da gravidez e da maternidade” como uma imagem multifacetada. O cuidar humano foi desvendado como um fenómeno universal, cujas expressões variam de cultura para cultura e revestem dimensões biofísicas, psicológicas, culturais, sociais e ambientais de forma a prestar cuidados holísticos.

Neste subcapítulo foi abordada a importância do cuidar em enfermagem numa

perspectiva interaccionista. Pelo que ficou anteriormente exposto, é de realçar o contributo especial das enfermeiras especialistas, quer na identificação das necessidades, quer na prestação da informação adequada às necessidades detectadas. Foi também evidenciado que uma vigilância de saúde adequada em todo o ciclo pré-natal é de extrema importância, e que as enfermeiras devem encarar o seu trabalho com as grávidas de modo mais interactivo e com maior espírito de colaboração. Esta abordagem é coerente com uma população mais bem informada e com um envolvimento mais activo no planeamento dos seus próprios cuidados (Martins, 2003a). Isto conduz-nos à necessidade de caracterizar a prática de enfermagem. Sendo assim, as enfermeiras carecem de desenvolver uma prática de cuidados continuada e globalizante. Melhorando a educação para a saúde, aumentará não só a eficiência do desempenho da enfermeira especialista, como também o sucesso da grávida e, por consequência, a satisfação de ambos. É assim que, ao cuidar das grávidas, as enfermeiras especialistas utilizam os seus saberes profissionais.

De igual modo, a transição para a maternidade revela-se como algo de excepcional para testar o papel das solidariedades primárias na manutenção do bem-estar familiar. Surge aqui a família como um importante suporte (*i.e.*, afectivo, instrumental, informativo) nessa transição. As relações de parentesco são consideradas estruturantes na satisfação das necessidades essenciais, tais como os cuidados ao recém-nascido, o apoio afectivo, a lida da casa ou o aconselhamento e resolução de determinados problemas, ou imprevistos, que possam aparecer. Esta rede familiar é essencialmente constituída por mulheres. É sobre elas que continua a recair a maior responsabilidade do cuidar, mas o envolvimento masculino, principalmente do pai da criança, começa a dar os seus passos. Nesta nova perspectiva, os “cuidados maternos” passam a não constituir um domínio exclusivo das mulheres, embora as mudanças sejam ainda lentas. Também podemos dizer que o envolvimento paterno durante a gestação é um tema ainda pouco explorado nas pesquisas.

Depois de ter analisado os principais conceitos do estudo, no capítulo seguinte, examinamos o percurso metodológico utilizado no decorrer da pesquisa.

CAPÍTULO III - O PERCURSO METODOLÓGICO: PERSPECTIVA DA INVESTIGAÇÃO

1. Pressupostos e procedimentos metodológicos

1.1. Justificação da metodologia utilizada

A metodologia ocupa um espaço fundamental na investigação sociológica, na medida em que é parte intrínseca da visão social conduzida na teoria (Minayo, 2007). Deste modo, estando ao serviço da investigação, engloba um conjunto de técnicas metodológicas, cada uma com as suas características, que, em certos casos, podem ser complementares. Neste trabalho, demos prioridade às técnicas de pesquisa qualitativa, o que constitui uma modalidade de investigação cada vez mais utilizada no domínio da saúde, principalmente no das ciências de enfermagem e das ciências sociais.

Esta técnica metodológica é particularmente vantajosa para o estudo de questões ligadas à vida das pessoas e aos significados que as mesmas atribuem ao contexto social que as rodeia. De facto, a abordagem qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, ou seja, com um conjunto de fenómenos que fazem parte da realidade social (Minayo, Deslandes e Gomes, 2007). Assim, nesta abordagem, a existência de um propósito comum consiste em analisar em profundidade o significado atribuído pelos sujeitos aos factos, às relações e às práticas desenvolvidas. Neste contexto, e uma vez que nos preocupa compreender o sentido da educação para a saúde desenvolvida nas consultas de vigilância pré-natal, tal como ele é percebido pelos actores envolvidos, tendo em conta os objectivos e as características do estudo, optámos por orientar esta investigação numa vertente qualitativa.

Bodgan e Biklen (1994, 47-51) apontam cinco características importantes da investigação qualitativa que quase sempre estão presentes neste tipo de estudos e que nos parecem coerentes com os objectivos deste trabalho. A primeira característica está relacionada com a fonte directa de dados que é o ambiente natural onde o investigador representa o instrumento principal e frequenta os locais de estudo porque se preocupa com o contexto. De facto, *as acções podem ser melhor compreendidas quando são observadas no seu ambiente*

habitual de ocorrência (Bodgan e Biklen, 1994, 48). A segunda caracteriza a investigação qualitativa como descritiva cujos dados se apresentam por palavras ou imagens. Estes permitem descrever, de forma narrativa, determinada situação com o intuito de que nenhum detalhe fique omitido. A terceira aponta para o interesse dos investigadores, mais pelo processo do que pelos resultados. A quarta salienta a aspiração e a análise dos dados de uma forma indutiva pelos investigadores. Finalmente, a quinta característica permite referir a importância do significado, ou seja, o interesse que é dado à perspectiva dos interlocutores.

Dentro das metodologias qualitativas, existe uma grande diversidade de estudos. Um dos referenciais metodológicos com grandes potencialidades para o estudo de muitas situações de investigação é o estudo de caso (Coutinho e Chaves, 2002) que nos permite determinar o “como” e o “porquê” de factos actuais. Concordamos com Bell (2004), quando assegura que este método está particularmente indicado para investigações isoladas, uma vez que permite estudar, com um certo grau de profundidade, um determinado aspecto de um problema.

Foi no âmbito da pesquisa médica e da psicologia que surgiu a expressão “estudo de caso” com o objectivo de efectivar uma análise detalhada de um caso individual para explicar a dinâmica e a patologia de uma doença. No campo das ciências sociais, os estudos de caso permitem observar, de forma detalhada, um contexto que pode ser, por exemplo, uma organização, uma prática social ou uma comunidade. Podemos assim considerar que um indivíduo, um grupo, uma organização, uma comunidade ou mesmo uma nação, podem constituir um caso. Na opinião de Minayo (2007), os estudos de caso resumem-se a quatro objectivos, dos quais salientamos: compreender os esquemas de referência e as estruturas de importância relacionadas com um evento ou fenómeno por parte de um grupo específico; possibilitar um exame pormenorizado de processos organizacionais ou relacionais; esclarecer factores que interferem em determinados processos; e expor modelos de análise replicáveis em situações semelhantes, facilitando comparações.

Bourdieu (2001) refere a possibilidade da perspectiva do estudo de caso ser um princípio epistemológico para a pesquisa social. Na perspectiva deste sociólogo, “o caso” deve ser encarado como um sistema coerente de relações e questionado de forma sistemática a fim de obtermos propriedades gerais. Este permite, de facto, *mergulharmos completamente na particularidade do caso estudado sem que nela nos afogemos, como faz a idiografia empirista e realizarmos a intenção de generalização, que é a própria ciência, não pela aplicação de grandes construções formais e vazias, mas por essa maneira particular de pensar o caso particular que consiste em pensá-lo verdadeiramente como tal* (Bourdieu,

2001, 22-23). Essa lógica torna-se realizável através do recurso ao método comparativo que tem por base as *homologias estruturais*, ou seja, relações estruturadoras entre campos ou estados diferentes do mesmo campo.

Contudo, o querer estudar dois ou mais assuntos ou ambientes, leva à realização de estudos de casos múltiplos (Bodgan e Biklen, 1994). Deste modo, a opção pelo estudo de caso múltiplo visa, essencialmente, a descoberta e a interpretação em contextos diferentes para apreender, de forma mais completa, o objecto de estudo. Relativamente ao nosso estudo, os casos emergem das práticas educativas desenvolvidas pelas enfermeiras especialistas na consulta de vigilância pré-natal em três Centros de Saúde do Distrito de Braga e que se localizam em áreas geográficas diferentes, rurais e urbanas, mas onde interagem dois grupos sociais importantes para a problemática em estudo, as enfermeiras e as grávidas.

Para conhecer o significado que as enfermeiras dão às suas práticas e as grávidas aos seus comportamentos, tivemos de nos basear numa sociologia compreensiva que privilegia a compreensão e a inteligibilidade como propriedades específicas dos fenómenos sociais. Esta abordagem permite compreender o sentido do fenómeno, usando uma dinâmica da co-construção de sentido celebrado entre o investigador e os participantes (Savoie-Zajc, 2003). Ao dar ênfase ao vivido, a sociologia compreensiva reconhece a vantagem dos elementos subjectivos que compõem os fenómenos sociais e que são construídos por indivíduos em constante inter-relação. Segundo Weber (1996), o preconizador da sociologia compreensiva, os indivíduos são movidos por intenções, quer nas acções, quer nas interacções, norteados pela procura de fins. Weber⁴⁵ (1996) instaurou a sociologia compreensiva, redimensionando o significado da acção social. Neste contexto, a sociologia é definida como uma ciência que pretende entender a acção social⁴⁶, interpretando-a para a explicar, causalmente, no desenvolvimento e nos seus efeitos. Os seus trabalhos revelam que a sociedade é fruto de uma

⁴⁵ As concepções epistemológicas de Weber partem, essencialmente, da teoria Kantiana do conhecimento. É num espírito de fidelidade à perspectiva Kantiana e na rejeição das posições positivistas, que Weber assume que o conhecimento total da realidade é impraticável seja para o conhecimento vulgar seja para a própria ciência. Este sociólogo define então Sociologia como: *uma ciência que pretende entender, interpretando-a, a acção social, para assim a explicar casualmente no seu desenvolvimento e nos seus efeitos* (Weber, 1993, 5). Esta definição caracteriza a Sociologia como partindo da acção e da interacção, do sentido subjectivo e intersubjectivo e rompe com a tradição sociológica, isto é, a Sociologia deve ser uma Ciência “compreensiva” e empírica, da actividade social onde o ideal tipo constitui o “utensílio” conceptual mais apropriado.

⁴⁶ Os únicos objectos legítimos das Ciências Sociais são, então, as acções sociais que Weber (1993, 5) define como: *Por acção deve entender-se uma conduta humana (consistindo num fazer interno ou externo, num omitir ou permitir) sempre que o sujeito ou os sujeitos da acção lhe atribuem um sentido subjectivo. A acção social, portanto, é uma acção onde o sentido pensado pelo seu sujeito ou sujeitos está referido à conduta de outros, orientando-se por esta o seu desenvolvimento*. Na perspectiva deste eminente sociólogo, a explicação de um fenómeno social descobre-se principalmente no significado que os indivíduos atribuem aos actos, devendo ser procurado na consciência das pessoas porque é interior. Para o descortinar é necessário não ignorar as opiniões individuais e analisar os princípios e valores que norteiam os comportamentos. Deste modo, Weber (1983, 75-76) constrói uma tipologia da acção social, segundo a qual a acção social pode ser *racional* quanto aos fins, sendo causada pelas expectativas na acção dos outros, onde funcionam como condições ou meios de alcançar os objectivos racionalmente avaliados; *axio-racional*, ou seja, a acção determinada pelos valores; *afectiva*, ocasionadas por afectos e estados emocionais ou sentimentais e *tradicional*, determinadas pelos usos, costumes e tradições fortemente enraizadas. Os “tipos ideais” são construções teóricas que permitem ordenar os fenómenos e indicar as suas articulações e sentidos. A intenção de Weber ao propor o tipo ideal como instrumento metodológico de compreensão da realidade é tornar as Ciências Sociais rigorosas e fidedignas.

inter-relação de actores sociais, em que as acções de uma estão reciprocamente orientadas em direcção às acções dos outros. Por causa disso, a ciência social que ambiciona exercer é uma ciência da realidade, onde se pretende compreender as particularidades da realidade da vida que nos rodeia.

Neste sentido, é necessário, *por um lado, libertarmos as relações e a significação cultural das suas diversas manifestações na sua forma actual e, por outro, as causas pelas quais, historicamente se desenvolveu precisamente assim e não de qualquer outro modo* (Weber, 1979, 47). Assim, este autor afirma que a sua abordagem visa a compreensão do carácter único da realidade em que nos movemos, realidade essa que é formada por uma multiplicidade de acontecimentos que surgem e desaparecem em sucessão. A explicação causal de um fenómeno cultural não deverá ser visto como um objectivo, mas apenas como um meio para o estudo de um dado fenómeno social. A *verstehen* (compreensão) Weberiana é, antes de mais, uma forma não só de conhecer os actores mas, sobretudo, de compreender o contexto cultural em que eles participam. Para confirmar esta ideia, o autor, de “Economia e Sociedade”, explicita que *compreender significa captar por interpretação o sentido ou o conjunto significativo visado: a) realmente num caso particular (num estudo histórico); b) em média ou aproximadamente (no estudo sociológico das massas); c) a construir cientificamente (sentido ideal típico) para destacar o tipo puro (tipo ideal) de um fenómeno que se manifeste com uma certa frequência* (Weber, 1993, 9). Por isso, compreender não é só apreender o sentido da acção isolada mas, também, o *conjunto significativo* ao qual essa acção pertence e que nos poderá elucidar sobre *o desenvolvimento efectivo da actividade*.

Neste contexto, a tarefa da enfermeira será a de apreender o sentido das acções e, por conseguinte, não só explicá-las como compreendê-las. Assim, percebemos que a abordagem interpretativa alcança o desafio de apresentar uma perspectiva metodológica capaz de conduzir à construção do conhecimento de um campo científico extraordinariamente peculiar.

Concordamos com a opinião de Guerra (2006, 7-8) ao salientar que, no fim do século XX, a reconquista mais actual dos «paradigmas compreensíveis⁴⁷», consiste, num primeiro instante, em adoptar criticamente uma posição em relação às metodologias lógico-dedutivas e

⁴⁷ Na perspectiva de Poupard (1997) citado por Guerra (2006), as metodologias compreensivas apresentam diversas vantagens, das quais salienta:

- as epistemológicas, onde os actores são imprescindíveis para compreender os comportamentos sociais;
- as de ordem ética e política que permitem aprofundar as contradições e os dilemas que atravessam a sociedade;
- as metodológicas, onde é importante um instrumento de análise das experiências e do sentido da acção.

Lessard-Hébert, Goyette e Boutin (2005, 48) descrevem que de um ponto de vista ontológico, o objecto da análise é o mundo humano, o que implica que os factos sociais não são «coisas» e a sociedade não é um organismo natural, mas, um artefacto humano, que é necessário compreender o significado dos símbolos sociais artefactuais e não explicar as realidades sociais «externas». O objecto social é uma construção social vivida.

apresentar a substituição da procura das regularidades e das «leis» do funcionamento societal pelos sentidos sociais accionados pelos actores nos seus comportamentos, substituindo a explicação das causalidades pela compreensão dos sentidos da acção social. Deste modo, não estamos perante indivíduos isolados, mas antes perante actores que se movem tendo em conta a percepção dos outros, limitados por constrangimentos sociais que revelam propósitos emaranhados e interactivos (Guerra, 2006). Situamo-nos, deste modo, no paradigma da análise compreensiva e indutiva. Como asseguram Lessard-Hébert, Goyette e Boutin (2005), o investigador postula uma diversidade de relações entre as formas de comportamento e os significados atribuídos pelos actores através das interacções sociais. Deste modo, podemos verificar que a comportamentos semelhantes podem equivaler significados sociais distintos.

No item que se segue, abordamos as estratégias seleccionadas para a recolha de informação, onde realçamos as entrevistas semi-estruturadas às grávidas e às enfermeiras que exerciam funções no âmbito das consultas de vigilância pré-natal, bem como a observação directa das consultas realizadas por estas profissionais de saúde, sem esquecer a análise documental.

1.2. Estratégias de recolhas de dados

No campo das ciências sociais e da saúde, designadamente, na investigação qualitativa, existe, cada vez mais, uma grande diversidade de técnicas metodológicas que abraçam diferentes objectivos. Podemos afirmar que os instrumentos de recolha de dados são os equipamentos utilizados pelo investigador para colher os dados válidos e pertinentes, fundamentais à realização da pesquisa. A selecção destes instrumentos assenta na especificidade da metodologia usada, colocando a ênfase no recurso a várias fontes de informação na tentativa de compreender o que queremos analisar. É de salientar que os investigadores podem empregar diversos métodos de pesquisa que se relacionem uns com os outros (Burgess, 2001). Nesta investigação, os instrumentos de recolha de dados considerados por nós como importantes para a realização deste estudo, foram a entrevista semi-estruturada e a observação directa, bem como a consulta de documentos, nomeadamente, o boletim de saúde da grávida, os documentos entregues às grávidas pelos enfermeiros (*e.g.*, panfletos, guias) e o plano de actividades, para além da consulta de diversa bibliografia. Convém realçar que nenhum dos métodos de pesquisa deve ser encarado como melhor do que o outro porque

cada um tem as suas vantagens e inconvenientes (Burgess, 2001).

Ao aplicar várias técnicas metodológicas para a recolha de dados, o investigador tem a facilidade de recolher informações de diversa natureza e proceder a comparações entre os dados obtidos, permitindo obter aquilo que se designa como triangulação de dados. Esta combinação tem como objectivo fornecer uma base de convergência para a verdade e abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do fenómeno em estudo. A mais óbvia vantagem da pesquisa multimétodos é, para além de permitir a diminuição das imprecisões de um tipo ou de outro de dados, a complementaridade dos pontos fortes e fracos de ambos (Polit e Hungler, 1995).

1.2.1. A entrevista

A entrevista é definida pela maioria dos autores (Bogdan e Biklen, 1994; Fortin, 1999; Burgess, 2001, Savoie-Zajc, 2003; Gauthier, 2003; Haguette, 2003), como um processo de interacção social entre duas pessoas na qual o entrevistador necessita obter informações do entrevistado. Para Quivy e Campenhoudt (1992), a entrevista permite uma verdadeira troca durante a qual o interlocutor exprime as suas percepções sobre um acontecimento ou sobre uma situação, as suas interpretações ou as suas experiências. Assim, como forma privilegiada de interacção social, a entrevista está subordinada à dinâmica das relações que existem na sociedade. Neste contexto, um dos factores que influenciou na escolha da entrevista, foi o facto de possibilitar a compreensão do sentido que os entrevistados conferem às suas práticas e aos acontecimentos que surgem, bem como o de facilitar a reconstituição de experiências ou de acontecimentos passados (Quivy e Campenhoudt, 1992). As entrevistas variam quanto ao seu grau de estruturação (Ghiglione e Matalon, 1992; Quivy e Campenhoudt, 1992; Fortin, 1999), no que diz respeito ao seu nível de profundidade e ao seu grau de liberdade tendo em conta os objectivos de estudo.

Podemos identificar três grandes tipos de entrevistas: as entrevistas estruturadas, as semi-estruturadas e as não estruturadas (Bogdan e Biklen, 1994; Fortin, 1999). O nível de profundidade está relacionado com a complexidade dos dados, o grau de liberdade e com a forma de colocar as questões e a possibilidade de apresentar ao entrevistado a moldagem do conteúdo.

Embora tivéssemos efectuado entrevistas exploratórias a informantes privilegiados (*i.e.*, enfermeiras chefes de serviço), com o objectivo de perceber o funcionamento, a

dinâmica dos Centros de Saúde e a filosofia dos cuidados de enfermagem, a entrevista semi-estruturada, semi-directiva ou semi-dirigida, foi a técnica mais usada, uma vez que, constitui uma técnica de colheita de dados regularmente empregue na investigação e relacionada com paradigmas interpretativos ou compreensivos. Esta é, não raras vezes, considerada como uma interacção verbal ou uma conversa com sentido. Savoie-Zajc (2003) descreve a entrevista semi-dirigida como uma intervenção verbal orientada de forma flexível pelo investigador. Este mesmo autor expõe três postulados importantes subjacentes à escolha da entrevista semi-dirigida. Estes postulados assentam na unidade de sentido⁴⁸, na ideia de que a perspectiva do outro tem sentido⁴⁹ e na natureza da realidade⁵⁰. A opção por este tipo de entrevistas prendeu-se com o facto de esta permitir ao entrevistado falar mais abertamente. O investigador simplesmente reencaminha a entrevista para os objectivos, cada vez que o entrevistado deles se afastar (Quivy e Campenhoudt, 1992).

Este processo de entrevistas tem um carácter individual e as informações são obtidas através de um guião ou roteiro, previamente elaborado, que serve de eixo orientador ao desenvolvimento da entrevista. Este guião foi por nós construído em torno de variáveis distintas tendo em conta as hipóteses formuladas. Face à problemática em estudo, optámos por efectuar a entrevista semi-estruturada a enfermeiras que desempenhavam funções na vigilância pré-natal e a mulheres que viviam o processo de gravidez.

As entrevistas às grávidas foram realizadas em três momentos diferentes. Em cada um destes momentos, tentámos averiguar qual o seu grau de satisfação em relação às práticas desenvolvidas pelas enfermeiras. Assim, pela 36ª semana de gravidez, realizámos a primeira entrevista no Centro de Saúde, o que permitiu, por um lado, dar a conhecer os objectivos da investigação no intuito de obter a sua colaboração e, por outro, caracterizar, em termos socioeconómicos, as grávidas entrevistadas, conhecer a história da gravidez, descobrir os saberes familiares que a influenciaram e, finalmente, conhecer a sua percepção relativamente às práticas educativas desenvolvidas pelos enfermeiros no decurso das consultas realizadas no período pré-natal (Anexo III). Durante o internamento na maternidade, aquando do nascimento do seu filho, mais concretamente, nas 48 horas após o parto, ocorreu o segundo momento de inquirição, o que possibilitou caracterizar o tipo de parto e conhecer a percepção das mulheres relativamente às práticas educativas desenvolvidas pelos enfermeiros durante a gravidez. Também permitiu conhecer a opinião das utentes relativamente ao contributo destas

⁴⁸ A entrevista é vista como uma narração em que as partes devem ser encaradas em interacção umas com as outras.

⁴⁹ Este postulado existe quando se recorre à teoria do interaccionismo simbólico, abordado no enquadramento teórico deste estudo.

⁵⁰ Depende do estado de espírito do entrevistado e do momento em que foi colocada a questão.

práticas para uma melhor participação no parto (Anexo IV). Por último, a terceira entrevista, realizada à 6ª semana após o parto, no seu domicílio, proporcionou-nos obter a opinião das utentes relativamente ao contributo das práticas desenvolvidas durante a gravidez para uma melhor adaptação à maternidade e identificar os factores que interferiram na sua adesão às informações recebidas (Anexo V). É de salientar que, apenas cinco das cinquenta mulheres entrevistadas, preferiram realizar a terceira entrevista fora do seu domicílio. Estas entrevistas foram executadas entre Fevereiro e Julho de 2007, após autorização das instituições envolvidas: Sub-Região de Saúde de Braga e Hospital de São Marcos.

As entrevistas às enfermeiras permitiram caracterizar socioprofissionalmente este grupo de profissionais, caracterizar as práticas educativas por si desenvolvidas no âmbito da consulta de vigilância pré-natal, conhecer as estratégias utilizadas no desenvolvimento das práticas educativas, identificar a importância atribuída aos saberes familiares sobre a gravidez, o parto e a maternidade. Finalmente, ajudaram-nos a determinar os elementos que dificultaram a realização das práticas e a integração dos saberes familiares nessas mesmas práticas (Anexo II). Estas profissionais foram entrevistadas logo após o *terminus* das entrevistas às grávidas para que não fossem influenciadas nas respostas. Estas entrevistas foram realizadas entre Julho e Agosto de 2007, após autorização prévia do Coordenador da Sub-Região de Saúde de Braga. Neste âmbito, podemos esquematizar as desvantagens e vantagens desta técnica de colheita de dados nos termos elencados no Quadro 6.

Quadro 6 – Vantagens e desvantagens da entrevista

Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> • Requer muito tempo e deslocações para obter a informação sistemática; • Implica um custo elevado e disponibilidade de tempo; • Pressupõe uma amostra mais pequena; • Requer uma adequada preparação do entrevistador; • Os dados são mais difíceis de codificar e de analisar.
Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> • Flexibilidade quanto ao tempo de duração; • Não exige uma ordem rígida nas questões a colocar; • Podem ser administradas a pessoas que não sabem ler nem escrever; • Adaptam-se a diversas situações e a vários tipos de entrevistados; • É possível ajudar o entrevistado em questões mal compreendidas; • Permite introduzir novas questões; • Pode manter-se um grau de flexibilidade na exploração das questões (para aprofundar determinados assuntos); • Permite recolher um elevado número de dados diversificados, ou seja, uma maior eficácia na descoberta das informações e obter as taxas de respostas mais elevadas.

Fonte: Elaboração própria com base em Marconi e Lakatos (1990) e Quivy e Campenhoudt (1992).

As entrevistas que realizámos foram submetidas a um pré-teste com a finalidade de aferir e validar o instrumento de recolha de dados. Após a elaboração do guião das entrevistas, procedemos à sua aplicação junto de dois enfermeiros e de duas utentes que faziam parte da área geográfica em estudo, para que as características socioeconómicas e culturais fossem similares às da população do nosso universo. O tempo médio da duração da entrevista do pré-teste foi de 30 minutos na primeira e de 20 minutos na segunda e na terceira. No que diz respeito aos enfermeiros, a duração média da entrevista foi de 30 minutos. De seguida, questionámos os entrevistados com o objectivo de avaliar se as perguntas eram compreensíveis, tendo procedido a algumas alterações de modo a construir o guião definitivo. Depois de introduzidas as alterações que entendemos pertinentes, o tempo médio das entrevistas passou para 45 minutos.

O registo fidedigno e, se possível, *ipsis litteris* é crucial para uma adequada compreensão do grupo e do fenómeno estudado sendo, por isso, uma actividade que não deve ser negligenciada. Optámos pela gravação directa após consentimento informado, não só porque proporciona um registo completo do que cada pessoa verbaliza, mas também porque liberta o entrevistador, ou seja, este ouve e questiona mais eficientemente, facilitando o

aprofundamento do relacionamento entrevistador/entrevistado. Não podemos esquecer que a inter-relação durante a entrevista é condição *sine qua non* do sucesso da pesquisa qualitativa (Minayo, 2007). De igual modo, preferimos ser nós a transcrever o conteúdo de cada entrevista. Tendo sido um trabalho muito moroso, não deixou de ser um momento crucial para a nossa familiarização com os dados.

Todas as investigações constituem algum tipo de intrusão na vida pessoal dos indivíduos, porém, as actividades do investigador têm de ter em atenção um conjunto de princípios éticos e deontológicos. Assim, foi nossa preocupação, ao longo desta investigação, procurar não nos interpor na intimidade dos profissionais, das mulheres e das suas famílias mais do que o necessário para a compreensão do tema.

1.2.2. A observação

Foi no seio da Antropologia que se iniciou uma reflexão sobre a estratégia de observação considerada como forma complementar de compreensão da realidade empírica. Assim, conhecer a realidade tal como ela é observada pelos actores sociais que nela intervêm directamente, é importante para reconstruir a experiência vivida. Na pesquisa qualitativa, a observação pode ser considerada como parte essencial do trabalho de campo. Bodgan e Biklen (1994) questionaram as formas variadas de interpretar as experiências que estão ao alcance através da nossa interacção com os outros, com o objectivo de compreender o pensamento subjectivo dos participantes.

Nesta investigação, complementámos a entrevista com a observação directa efectuada por curtos períodos de tempo tendo em conta o tempo disponível. Esta foi realizada em dois momentos diferentes entre Junho e Julho de 2007 e entre Dezembro de 2007 e Janeiro de 2008. Sendo um método de investigação social, a observação directa *é aquela em que o investigador procede directamente à recolha das informações, sem se dirigir aos sujeitos interessados* (Quivy e Campenhoudt, 1992, 165).

Segundo estes autores, a informação será mais objectiva se for recolhida pelo próprio investigador. Para isso, é essencial construir um instrumento de observação a partir de indicadores pertinentes que possibilitem observar diversos comportamentos. No Quadro 7 sintetizamos algumas vantagens e inconvenientes deste método de colheita de dados.

Quadro 7 – Vantagens e desvantagens da observação

	Vantagens	Desvantagens
Observação	Possibilita verificar correctamente a ocorrência de um determinado fenómeno;	Provoca alterações nos comportamentos das pessoas observadas se não for discreta;
	Permite chegar mais perto da perspectiva dos sujeitos;	Baseia-se na interpretação pessoal (subjectividade);
	Permite descobrir novos aspectos de um problema;	Conduz a uma visão distorcida do fenómeno pelo envolvimento do investigador;
	Possibilita a colheita de dados em situações em que é impossível outras formas de colheita.	Pode limitar as situações que devem ser observadas.

Fonte: Elaboração própria com base em Marconi e Lakatos (1990) e Quivy e Campenhoudt (1992).

São muitas as modalidades de observação tendo em conta as práticas, o tipo, o grau de proximidade e o envolvimento do investigador no contexto social observado. *Várias situações se estendem entre dois pólos, o do observador distante que nem se envolve nem interfere no mundo observado e o observador participante que “mergulha e se implica no objecto de estudo* (Gonçalves, 1998, 57). Assim, a observação directa também se pode caracterizar em observação participante e não participante (Quivy e Campenhoudt, 1992). A observação participante é a integração do investigador no grupo em estudo, distinguindo-se, assim, da observação informal. O investigador torna-se actor e observador ao mesmo tempo. É uma técnica que exige observação exclusiva. Contudo, Estrela (1994, 36) refere que a observação participante se harmoniza com *uma observação em que o observador poderá participar de algum modo na actividade do observado mas sem deixar de representar o seu papel de observador e conseqüentemente, sem perder o respectivo estatuto*. A observação participante tem como característica o facto do entrevistador estar envolvido ou comprometido no dia a dia das pessoas. Quanto à observação não participante, implica que o observador não participa na vida do grupo. Este observa do exterior não interagindo nem afectando o objecto de observação. Esta definição foi a mais apropriada ao nosso estudo.

A observação propriamente dita, foi consumada durante os turnos da tarde ou da manhã, por períodos de 2 ou 4 horas, num horário flexível, em conformidade com a realização das consultas de vigilância pré-natal ou de aulas de preparação para o parto, tendo em conta a disponibilidade da investigadora. Foi explicado às enfermeiras e às grávidas a importância da sua colaboração. Importa aqui salientar a prontidão e a disponibilidade, quer das enfermeiras, quer das grávidas, para colaborar e participar neste estudo. Por outro lado, aquando da nossa passagem pela sala de espera das consultas de vigilância pré-natal, observámos, de maneira

informal, os diferentes comportamentos das grávidas, enquanto esperavam a consulta ou a aula de preparação para o parto e que constituíram momentos particularmente interessantes na recolha de informação.

1.2.3. A pesquisa documental

Apesar desta investigação utilizar várias abordagens para estudar a problemática da educação para a saúde na vigilância pré-natal, nenhum dos métodos, *per se*, pode absolutamente abarcar os elementos subjectivos da vida social. Sabemos que os documentos são fontes de dados importantes para o investigador, uma vez que a sua análise pode ser um contributo valioso para o estudo do problema de investigação. Embora não seleccionássemos inicialmente a análise de documentos como estratégia para a recolha de dados, sentimos a necessidade de, no decorrer do estudo, recorrer a este método com o objectivo de complementar e comprovar a informação recolhida. Como referiu Bell (2004), a análise de documentos pode ser utilizada como método de pesquisa central ou apenas para completar a informação obtida por outros métodos. Assim, aquando da nossa passagem pelas unidades de saúde em estudo, tivemos a oportunidade de indagar outros tipos de informação, dos quais salientamos os panfletos, os cartazes, os filmes e os guias que eram utilizados no âmbito das práticas educativas, bem como os planos e os relatórios de actividades, quando existiam. De igual modo, houve necessidade de efectuar uma pesquisa da legislação relacionada com a temática de forma a penetrar na história, quer da parteira, quer dos serviços de saúde.

1.3. Aspectos subjacentes ao tratamento de dados

O tratamento da informação pode ser definido como o processo de procura e de organização sistemática dos materiais recolhidos, com o intuito de compreender esses mesmos materiais e de possibilitar a apresentação aos outros dos dados encontrados (Bogdan e Biklen, 1994). Os dados recolhidos pelas entrevistas foram submetidos à análise de conteúdo, técnica que nos pareceu mais convincente para o tipo de investigação que desenvolvemos, uma vez que parte do pressuposto de que, por detrás do discurso aparente, simbólico e polissémico, se mascara um sentido que convém desvendar (Bogdan e Biklen, 1994; Bardin, 1995; Vala, 1999; Poirier, Clapier-Valladon e Raybaut, 1999; Guerra, 2006).

Como qualquer análise de dados, esta constituiu uma oportunidade de tratar, de forma ordenada, as informações e os testemunhos com alguma profundidade. Daí que a análise de conteúdo seja designada como *um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens* (Bardin, 1995, 42). Conforme relata Minayo (2007, 308), a análise de conteúdo *parte de uma literatura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material*. Para esta autora, a análise de conteúdo relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. A superfície dos textos é articulada com factores que determinam as suas características, tais como, aspectos psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem. Assim, a análise de conteúdo correspondendo a uma observação de artefactos escritos tem como principal finalidade, a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção com a ajuda de indicadores (Bardin, 1995). Por sua vez, a inferência é um procedimento intermédio que permite a passagem explícita e controlada da descrição à interpretação.

Não existe um modelo ideal ou mais correcto de fazer análise de conteúdo. Exige-se sempre uma sistematização e congruência do esquema, tendo em consideração o objectivo do estudo. Nesse sentido, optámos pela análise de conteúdo tradicional, fundamentada na construção de análises temáticas, que consiste na identificação dos *corpus* centrais da entrevista a examinar em profundidade com recurso à identificação e à contagem de categorias e subcategorias, voltando, de seguida, ao material original recompondo-se, assim, os fragmentos do discurso (Guerra, 2006).

Iniciámos este processo de análise das informações, com a transcrição integral das entrevistas, a sua leitura atenta e a revisão das mesmas, seguida da codificação dos conteúdos e organização das unidades de sentido que se relacionavam com os objectivos da pesquisa. Seguindo a orientação metodológica do referencial sobre a análise de conteúdo, estabelecemos as temáticas ilustrativas das ideias centrais. Bodgan e Biklen (1994) referem que a análise pode ser concomitante com a recolha dos dados ficando, desta forma, praticamente completa no momento em que os dados são recolhidos. Contudo, sendo nós próprias a realizar as entrevistas e a transcrevê-las, foi possível efectuar alguma análise à medida que se procedia à recolha dos dados e à sua transcrição. Uma outra etapa foi a codificação dos instrumentos de recolha de dados. Tivemos a preocupação de manter o

anonimato, quer das enfermeiras quer das grávidas, sendo identificados por nomes fictícios. Procuramos ainda agir de modo a que o local de trabalho nos enfermeiros não fosse desvendado. Tivemos em conta na elaboração das diversas categorias e subcategorias, as regras de análise de conteúdo com o objectivo de assegurar a sua validade. Estas dizem respeito à *homogeneidade*, em que todas as unidades de registo incluídas numa categoria, devem estar lógica e coerentemente integradas; à *exclusão mútua*, a mesma unidade de registo não pode ser classificada em duas categorias diferentes; à *pertinência*, que deve ser adaptada ao objectivo e ao conteúdo da análise; à *objectividade* e à *fidelidade*, pessoas diferentes devem poder chegar a resultados iguais e, finalmente, à *produtividade*, um conjunto de categorias é produtivo se fornece resultados frutíferos, ou seja, dados novos e exactos (Bardin, 1995, 120).

Lessard-Herbert, Loyette e Boutin (2005), comentando a perspectiva de Miles e Huberman (1984), esclarecem que a fase de tratamento de dados se define como a estruturação de um agregado de informações que vai possibilitar listar conclusões e tomar decisões, bem como organizar os textos narrativos que são geralmente constituídos por informações dispersas, superficialmente ordenadas e difíceis de reter. Deste modo, estes autores aconselham a elaboração de quadros ou matrizes com o intuito de facilitar a interpretação dos dados.

No entanto, importa referir que houve necessidade de recorrermos à estatística descritiva para caracterizar os contextos sociais, as amostras, bem como a gravidez e o parto.

Antes de passarmos à análise dos resultados importa caracterizar brevemente os contextos sociais do estudo.

2. O terreno da pesquisa

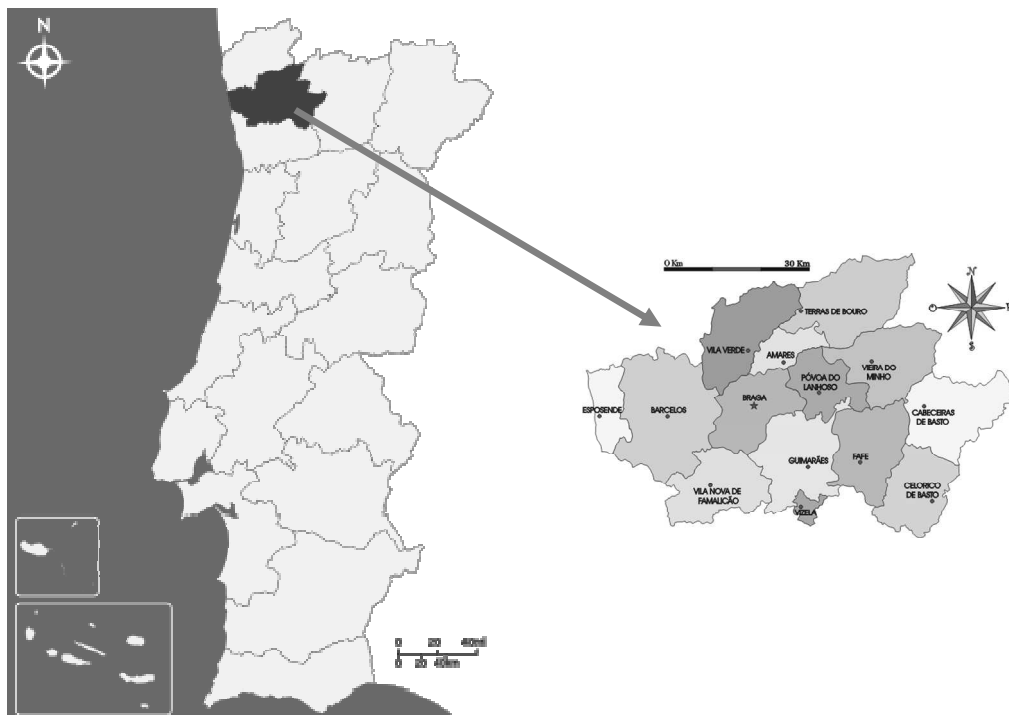
2.1. Breve retrato dos contextos sociais em estudo

O contexto social de uma pessoa pode ser determinado pelas condições de vida e de trabalho, pelo nível de rendimentos, pelo nível de escolarização, bem como pela comunidade em que se integra. Todos estes factores têm uma influência insofismável na saúde. As desigualdades, entre os diferentes contextos sociais em Portugal, contribuem para vincadas diferenças no âmbito da saúde. Decidimos centrar esta investigação em três concelhos do Distrito de Braga (Figura 7): Braga, Vila Verde e Vieira do Minho. Esta escolha fundamenta-

se pelo facto de no estudo levado a efeito na nossa dissertação de Mestrado, em 2003, termos detectado que nestes concelhos subsiste uma grande influência da família na transmissão de saberes à mulher grávida. Interferiu, ainda, o facto de termos constatado que durante os ensinamentos clínicos realizados em contexto hospitalar na maternidade⁵¹, que muitas mulheres desta área geográfica demonstravam poucos conhecimentos sobre como cuidar de um recém-nascido. Não obstante, temos conhecimento da existência de enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica que efectuavam, nestes concelhos, as consultas de vigilância pré-natal. Assim, quisemos analisar, com alguma profundidade, esta problemática, começando por efectuar uma breve abordagem sobre estes concelhos.

O distrito de Braga (Figura 7) pertence à região tradicional do Minho. Limitado a norte pelo Distrito de Viana do Castelo e pela Espanha, a leste pelo Distrito de Vila Real, a sul pelo Distrito do Porto e a oeste pelo Oceano Atlântico, este distrito abrange uma área de 2.706 km² (I.N.E., 2001b). Extraordinariamente dinâmico quer do ponto de vista demográfico, quer do ponto de vista económico, este distrito ocupa uma posição estratégica de centralidade no território (Amorim, 2005).

Figura 7 – Localização dos concelhos de Braga, de Vila Verde e de Vieira do Minho



Fonte: www.fisicohomepage.hpg.ig.com.br/dist-braga.htm

⁵¹ Estes ensinamentos clínicos foram realizados no âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem (no 2º ano) e do Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica por nós orientados.

Assim, o distrito de Braga é constituído por catorze concelhos, que correspondem aos que integram a NUTS III Cávado (Amares, Barcelos, Braga, Esposende, Terras de Bouro e Vila Verde), e os referentes à NUTS III Ave (Fafe, Guimarães, Póvoa de Lanhoso, Vieira do Minho, Vila Nova de Famalicão e Vizela), excluindo Santo Tirso e Trofa e, ainda, os concelhos de Cabeceiras de Basto e Celorico de Basto, pertencentes à NUTS III do Tâmega.

Em termos orográficos, é um território bastante acidentado, dominado por altitudes elevadas a leste, junto à fronteira espanhola e aos limites com o distrito de Vila Real, descendo até ao litoral ocidental, num relevo cortado pelos vales de vários rios que correm de este-nordeste para oeste-sudoeste, prolongando-se desde as terras chãs de Esposende ao território montanhoso de Bastos (Amorim, 2005). Podemos afirmar que este distrito se caracteriza por alguma heterogeneidade, resultante da diversidade territorial existente, assim como da diversidade modelada por uma certa dicotomia entre concelhos de fâcies mais urbana (*e.g.*, Esposende, Braga, Barcelos, Vila Nova de Famalicão, Guimarães e Vizela) e os concelhos de cariz rural (*e.g.*, Terras de Bouro, Vieira do Minho, Cabeceiras de Basto e Celorico de Basto). Neste âmbito, enfatizam-se alguns domínios como, a demografia, o grau de urbanização ou as problemáticas sociais (Amorim, 2005).

A 8ª Deliberação da Secção Permanente de Coordenação Estatística publicada no Diário da República, nº 188, II Série, de 28 de Setembro de 2009, aprovou uma nova Tipologia de Áreas Urbanas (T.I.P.A.U., 2009)⁵² que se funda, à semelhança da versão de 1999, numa classificação tripartida das freguesias do território nacional em Áreas Predominantemente Urbanas (A.P.U.), Áreas Mediamente Urbanas (A.M.U.) e Áreas Predominantemente Rurais (A.P.R.), segundo o seu grau de urbanização⁵³. De igual modo,

⁵² Os estudos de base à metodologia da T.I.P.A.U. 2009 foram realizados no âmbito das competências da Secção Permanente de Estatísticas de Base Territorial, num grupo de trabalho que envolveu o Instituto Nacional de Estatística, I.P. (I.N.E.), o Ministério do Ambiente, do Ordenamento do Território e do Desenvolvimento Regional (M.A.O.T.D.R.), o Ministério da Agricultura, Desenvolvimento Rural e Pescas (M.A.D.R.P.), a Direcção Geral do Ordenamento do Território e Desenvolvimento Urbano (D.G.O.T.D.U.), a Direcção Geral da Administração Local (D.G.A.L.), o Instituto Financeiro para o Desenvolvimento Regional, I.P. (I.F.D.R.), as cinco Comissões de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Continente (C.C.D.R.), o Governo Regional dos Açores (G.R.A.), o Governo Regional da Madeira (G.R.M.), a Associação Nacional dos Municípios Portugueses (A.N.M.P.) e a Associação Nacional de Freguesias (A.N.A.F.R.E.). Neste estudo, vamos seguir esta classificação preconizada por estes organismos.

⁵³ **Na Área Predominantemente Urbana (A.P.U.):** A Freguesia contempla, pelo menos, um dos seguintes requisitos:

- o maior valor da média entre o peso da população residente na população total da freguesia e o peso da área na área total da freguesia corresponde a espaço urbano, sendo que o peso da área em espaço de ocupação predominantemente rural não ultrapassa 50% da área total da freguesia;
- a freguesia integra a sede da Câmara Municipal e tem uma população residente superior a 5.000 habitantes;
- a freguesia integra total ou parcialmente um lugar com população residente igual ou superior a 5.000 habitantes, sendo que o peso da população do lugar no total da população residente na freguesia ou no total da população residente no lugar, é igual ou superior a 50%.

Na Área Mediamente Urbana (A.M.U.): A Freguesia contempla, pelo menos, um dos seguintes requisitos:

- o maior valor da média entre o peso da população residente na população total da freguesia e o peso da área na área total da freguesia corresponde a Espaço Urbano, sendo que o peso da área de espaço de ocupação predominantemente rural ultrapassa 50% da área total da freguesia;
- o maior valor da média entre o peso da população residente na população total da freguesia e o peso da área na área total da freguesia corresponde a espaço urbano em conjunto com espaço semi-urbano, sendo que o peso da área de espaço de ocupação predominantemente rural não ultrapassa 50% da área total da freguesia;

permite, ainda, definir “População urbana” como a população residente em A.P.U. e identificar e delimitar áreas urbanas com designação própria, enquanto conjuntos de freguesias A.P.U. contíguas, confinados ao limite do município (I.N.E., 2010b). Comparativamente com a anterior tipologia (1999), a classificação desta novas freguesias resulta de um trabalho de análise com base em unidades territoriais de menor dimensão.

Segundo o Recenseamento Geral da População e Habitação de 2001, o distrito de Braga tinha uma população residente de 831.366 indivíduos e uma densidade populacional média de 352,9 habitantes por Km², sendo bastante superior à densidade populacional média do país que rondava os 110 habitantes por Km². Registou-se, assim, neste distrito, de 1991 a 2001, um crescimento populacional relativamente significativo que corresponde, em termos percentuais, a 6,5%.

No Quadro 8, ainda que de forma resumida, apresentamos a área, a população, as freguesias e a densidade populacional dos três concelhos em estudo nos anos 2001, 2006 e 2008.

Quadro 8 – Área, população, freguesias e densidade populacional dos três concelhos em estudo

Concelho	Área (Km ²)	Nº de Freguesias	População residente			Densidade Populacional (Hab./Km ²)		
			2001	2006	2008	2001	2006	2008
Braga	183,4	62	164.192	173.946	176.154	896,3	942,1	960,5
Vieira do Minho	218,5	21	14.724	14.283	14.077	67,4	65,9	64,4
Vila Verde	228,7	58	46.579	48.822	49.171	203,7	212,1	215,0

Fonte. Elaboração própria tendo por base dados do I.N.E (2001-2007), in http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE/ETerritoriais?Contexto=ut&selTab=tab3.

É de acrescentar que uma parte considerável da população portuguesa mudou de local de habitação nas últimas quatro décadas. *Além dos que partiram para o estrangeiro, a maior parte deixou os campos e as aldeias, para viver nas pequenas vilas e cidades, e sobretudo para as duas áreas metropolitanas da Grande Lisboa e do Grande Porto. A maior parte da população está hoje concentrada em duas áreas: a que vai de Setúbal a Lisboa, de Vila*

- a freguesia integra a sede da Câmara Municipal e tem uma população residente igual ou inferior a 5.000 habitantes;
- a freguesia integra total ou parcialmente um lugar com população residente igual ou superior a 2.000 habitantes e inferior a 5.000 habitantes, sendo que o peso da população do lugar no total da população residente na freguesia ou no total da população residente no lugar, é igual ou superior a 50%.

Na Área predominantemente rural (A.P.R.): A Freguesia é não classificada como "Área Predominantemente Urbana" nem "Área Mediamente Urbana".

Franca a Loures e Cascais ou Sintra. E a que se organiza à volta do Porto e Gaia, estendendo-se até Aveiro e Braga (Barreto e Pontes, 2007a, 47-48).

No que se respeita à Taxa Bruta de Natalidade, os dados apresentados nos Censos de 2001 permitem inferir que essa taxa era de 12,7‰ no distrito de Braga, mostrando-se superior quer à Taxa de Natalidade do território nacional, que era de 10,9‰, quer à Taxa de Natalidade da Região Norte, que se cifrava em 11,4‰. Porém, ao analisar os dados relativos a 2008 para a Região Norte, constatamos um acentuado decréscimo desta taxa para um nível de 9,2‰, enquanto a nível nacional se cifrou em 9,8‰ (I.N.E., 2009b). A nível do concelho de Braga, os mesmos dados apontavam para uma Taxa de Natalidade de 11,0‰ e uma Taxa de Mortalidade de 6,2‰. Daqui se infere que a taxa de crescimento natural apresenta um excedente de 0,49%. O Índice Sintético de Fecundidade, em 2008, era de 1,2 para a NUTS III Cávado e 1,1 para a NUTS III Ave.

Para nos ajudar a perceber o contexto sócio-geográfico onde os actores envolvidos neste estudo se inserem, propomos apresentar nos subcapítulos seguintes, ainda que de uma forma resumida, “o retrato social” destes três concelhos.

2.1.1. Braga – “O Coração do Minho”

Braga, conhecida pela “Cidade dos Arcebispos”, é uma das mais antigas cidades de Portugal. Fundada no tempo dos romanos como *Bracara Augusta*, assume-se como uma das cidades cristãs mais antigas à escala internacional. Situada no coração do Minho, Braga encontra-se numa região de transições de Este para Oeste, entre serras, florestas, planícies e campos verdejantes. É uma cidade repleta de cultura e de tradições, onde a história e a religião coabitam lado a lado, com a indústria tecnológica e a vida universitária.

O concelho é predominantemente urbano, com uma população de 176.154 habitantes e uma densidade populacional de 960,5 hab./km² em 2008 (I.N.E., 2009b). Podemos referir que é um dos mais populosos concelhos de Portugal. Segundo o Recenseamento da População de 2001, em Braga existiam 164.192 indivíduos, 51.173 famílias clássicas e 70.268 alojamentos. No Quadro 9, podemos observar as 62 freguesias do concelho de Braga classificadas segundo a T.I.P.A.U. (2009), das quais salientamos 24 freguesias pertencentes a Áreas Mediamente Urbanas (A.M.U.) e 38 a Áreas Predominantemente Urbanas (A.P.U.), sendo ainda de destacar o facto de não existir qualquer freguesia do tipo A.P.R..

Quadro 9 – Tipologia de Áreas Urbanas das freguesias do concelho de Braga (T.I.P.A.U., 2009)

Categoria - A.P.U.	Categoria – A.M.U.	Categoria – A.P.R.
Arcos	Adaúfe	
Aveleda	Arentim	
Cabreiros	Crespos	
Celeirós	Cunha	
Braga Cidade	Escudeiros	
Dume	Espinho	
Esporões	Guisande	
Ferreiros	Morreira	
Figueiredo	Navarra	
Fraião	Padim da Graça	
Frossos	Parada de Tibães	
Gondizalves	Pedralva	
Gualtar	Pousada	
Lamações	Priscos	
Lamas	St ^a Lucrecia	
Lomar	S. Julião Passos	
Maximios	Penso St ^o Estevão	
Mire de Tibães	Oliveira S. Pedro	
Nogueira	S. Mamede Este	
Nogueiró	Penso S. Vicente	
Palmeira	Semelhe	
Panoias	Sobreposta	
Real	Tebosa	
Ruilhe	Vimieiro	
S. João do Souto		
S. José de S. Lázaro		
S. Paio de Merelim		
S. Pedro de Este		
S. Pedro de Merelim		
S. Vicente		
S. Victor		
Sé		
Sequeira		
Tadim		
Tenões		
Trandearas		
Vilaça		
Fradelos		

Fonte: Elaboração própria tendo por base a classificação publicada pelo I.N.E..

Os dados do Quadro 10 demonstram que a população bracarense era, em 2008, constituída por 84.616 indivíduos do sexo masculino e 91.538 indivíduos do sexo feminino. O grupo etário dos 0 aos 25 anos representava, em 2008, 30% da população total, enquanto 58% tinha entre 26 e 64 anos. O grupo etário dos idosos (65 e mais anos) representava cerca de 12%. Constatámos, ainda, que a população era maioritariamente de origem portuguesa. Todavia, existiam várias comunidades de imigrantes, nomeadamente brasileiros e africanos,

estes últimos principalmente oriundos das antigas colónias portuguesas, bem como chineses e europeus vindos dos países de Leste. Importa ainda destacar que uma parte significativa destes imigrantes se encontrava em idade fértil. Em 2001, em Portugal, a taxa mais elevada entre os cidadãos estrangeiros entre os 25 a 44 anos era de 59%, enquanto que a população com a nacionalidade portuguesa, para a mesma idade, era de 43% (I.N.E., 2001b).

Quadro 10 – População residente por sexo e grupo etário (por ciclos de vida) em 2008

Sexo	Grupo Etário	Nº
HM	0 a 14 anos	30.558
	15 a 24 anos	22.140
	25 a 64 anos	101.879
	65 e + anos	21.577
	Total	176.174
H	0 a 14 anos	15.670
	15 a 24 anos	11.098
	25 a 64 anos	49.013
	65 e + anos	8.835
	Total	84.616
M	0 a 14 anos	14.888
	15 a 24 anos	11.042
	25 a 64 anos	52.866
	65 e + anos	12.742
	Total	91.538

Fonte: Elaboração própria tendo por base os dados do I.N.E., *in* http://www.ine.pt/portal/page/portal/PORTAL_INE/ETerritoriais?

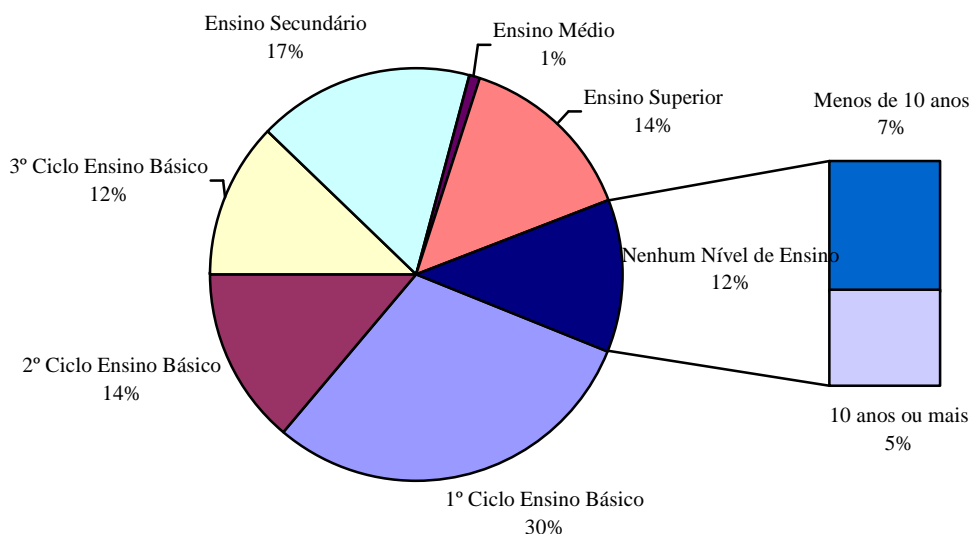
Braga é uma cidade dinâmica, com uma vigorosa actividade económica nas áreas do comércio e serviços, ensino e investigação, construção civil, informática, bem como nas novas tecnologias, turismo e vários ramos da indústria e do artesanato. Enquanto o sector primário tem vindo a diminuir gradualmente o seu peso relativo devido à expansão urbana, o sector terciário (comércio e serviços) é o sector económico que mais tem crescido. O sector secundário é bastante diversificado, sendo representado por empresas ligadas à tecnologia, à indústria têxtil e metalúrgica, à construção civil e à transformação de madeira.

De acordo com o Censo da População de 2001, o concelho possuía uma população economicamente activa de 85.194 indivíduos, dos quais 79.298 se encontravam empregados. A população empregada em relação à população activa era de 93,1%. O emprego no distrito estava principalmente afecto ao sector secundário. Segundo o Anuário Estatístico da Região Norte de 2003, o sector terciário representava 35,7% do emprego, enquanto ao sector

secundário correspondia a 63,7%. Tendo por referência o Anuário Estatístico da Região Norte de 2009, constatamos uma ligeira alteração na estrutura do emprego face ao ano 2003, correspondendo ao sector terciário 39,4% e ao sector secundário 60%.

Desde a criação da Universidade do Minho, em 1973, Braga transformou-se radicalmente. De cidade de mentalidades conservadoras, tornou-se numa cidade mais aberta aos novos desafios da modernidade, o que resultou na edificação de grandes infra-estruturas de suporte. No que diz respeito ao nível de instrução, os Censos 2001 revelaram que 44% da população de Braga tinha, pelo menos, o nono ano de escolaridade, sendo esta percentagem significativamente superior à média nacional (10,9%). Com o nível de ensino superior, existiam 23.660 indivíduos (14% - Figura 8). Destacamos ainda o facto de 19% da população ter menos de catorze anos. O taxa de analfabetismo, em 2001, foi de 5,8%, menos 1,1% que em 1991 e inferior à taxa nacional que se cifrava em 9%.

Figura 8 – Nível de instrução da população residente em Braga em 2001



Fonte: XIV Recenseamento Geral da População, Lisboa, I.N.E..

O relatório de pré-diagnóstico social elaborado por Leandro e Silva em 2003, salientava como problemas muito graves, referidos pelos diferentes representantes das instituições, a toxicodependência (46%), a pobreza (37%), o alcoolismo (34%), a falta de habitação condigna (32%) e o desemprego (29%). Como menos graves, mas igualmente importantes, eram salientados a delinquência (22%) e a violência familiar (17% - Figura 9). Estes sociólogos acentuaram o facto desses problemas estarem interligados e

interdependentes. *O baixo grau de formação e de educação resultante de abandono escolar, precoce ou de insucesso escolar persiste como o principal obstáculo à superação da pobreza e exclusão social que ocorre pela inacessibilidade ou dificuldade de acesso ao mercado de trabalho, empurrando para o desemprego ou mesmo para situações de marginalidade, adultos e jovens não qualificados* (Leandro e Silva, 2003, 56). Deste modo, estes dados apontam para a necessidade de investir em acções de formação, de forma a qualificar essas pessoas para perfis adequados ao mercado de trabalho, permitindo a sua inserção profissional, assim como, a diminuição da pobreza.

Figura 9 – Problemas sociais identificados em 2003 relativamente ao concelho de Braga



Fonte: Leandro e Silva (2003, 54).

Em síntese, podemos afirmar que o concelho de Braga, ao longo dos últimos anos, sofreu acentuadas modificações demográficas, económicas e sociais que metamorfosearam a sua morfologia, não só física e socioeconómica, como cultural e política.

2.1.2. Vila-Verde – “Terra de Artesanato”

Localizada numa região extremamente fértil, na confluência dos rios Homem e

Cávado, Vila Verde, concelho relativamente recente⁵⁴, pertence ao Distrito de Braga. Este concelho é um dos que ocupa maior área na província do Minho. A vila representa a sede de um município com 228,7 km² de área e 49.171 habitantes recenseados em 2008, donde resulta uma densidade populacional de 215 hab./Km² (Quadro 8), subdividindo-se em 58 freguesias (Quadro 11).

Quadro 11 – Tipologia de Áreas Urbanas das freguesias do concelho de Vila Verde (T.I.P.A.U., 2009)

Categoria - A.P.U.	Categoria - A.M.U.	Categoria - A.P.R.
Barbudo Laje Loureira Soutelo Vila de Prado Vila Verde	Arcozelo Atães Atiães Azões Barros Cabanelas Cervães Coucieiro Covas Dossãos Esqueiros Freiríz Geme Goães Gondiães Lanhas Marrancos Moure Nevogilde Oleiros Parada de Gatim Pedregais Penascais Pico Pico dos Regalados Ponte Portela das Cabras Rio Mau Sabariz Sande Oríz Stª Marinha Carreiras S. Tiago Escaríz S. Mamede Escaríz S. Martinho Valbom S. Martinho Carreiras S. Miguel Oríz S. Miguel Prado S. Miguel Valvom S. Pedro Travassos Turiz Vilarinho	Aboím da Nóbrega Codeceda Duas Igrejas Godinhaços Gomide Gondomar Mós Passó Valdreu Valões

Fonte: Elaboração própria com base na classificação publicada pelo I.N.E..

Vila Verde e a Vila de Prado Santa Maria, são as duas vilas do município, que se

⁵⁴ Tem um pouco mais de 150 anos de existência. Foi fundado em 24 de Outubro de 1855, com a extinção de outros concelhos como, Pico de Regalados, Vila Chã e Larim, Penal e Prado, cujas origens remontam a nebulosos tempos da Pré-História e da Idade Média.

valorizam pela coerência da sua localização, uma vez que reproduzem a antecedência do cruzamento de redes de circulação ancestrais, quer pela sua ligação aos eixos fluviais, quer pelo ordenamento constituído ao longo das vias terrestres meridianas de conexão entre as bacias hidrográficas do Minho (Expoente, 2004).

O município é limitado a norte pelo município de Ponte da Barca, a leste por Terras de Bouro, a sueste por Amares, a sul por Braga, a oeste por Barcelos e a noroeste por Ponte de Lima. A sua situação geográfica assume um interesse que podemos considerar estratégico, uma vez que, por um lado, a proximidade impõe uma boa parte das relações com Braga, com Viana do Castelo e com Barcelos, assim como com todo o Baixo Minho e com a Galiza e, por outro, confirma a ligação entre o litoral e as regiões mais interiores da bacia do Cávado. Este concelho infiltra-se na faixa atlântica do continente europeu, Noroeste da Península Ibérica, sendo bastante próximo da fronteira espanhola com a Galiza *para integrar, ainda que nos limites, as articulações programáticas transfronteiriças* (Expoente, 2004, 13). É importante realçar que a sua proximidade e facilidade de acesso a Braga, permitiu que, num curto espaço de tempo, Vila Verde tenha atingido um nível de desenvolvimento digno de registo. *A proximidade de Vila Verde ao centro polarizador da cidade de Braga, a 5 kms de distância, promove a integração e articulação dos principais filamentos concentracionários do edificado de Vila Verde na coroa metropolitana envolvente a Braga* (Expoente, 2004, 13).

Pela sua riqueza cultural, o concelho de Vila Verde tem um amplo património, figurado nos vestígios arqueológicos, na arquitectura civil e religiosa, nos agregados rurais típicos, nos aspectos etnográficos da cultura popular, no artesanato, na gastronomia tradicional, na paisagem verdejante e nos rios que o atravessam. Assim, encontramos neste concelho, uma das mais belas paisagens bucólicas do país. Neste propósito, *os amplos traços rurais e florestais que compõem importantes trechos da paisagem local, associados a um povoamento intenso, mas disperso, promotores de uma mancha edificada, entrecortada por permanentes manchas "verdes", atribuem ao concelho, no seu todo, uma imagem atractiva e uma susceptibilidade de ordenamento inadiável* (Expoente, 2004, 53).

Nos nossos dias, Vila Verde guarda os seus traços particularmente agrícolas, para cuja fertilização colaboram, de modo decisivo, os abundantes cursos de água. À actividade agrícola associa-se a exploração pecuária, pelo que uma e outra marcam lugar de relevo na economia regional. Todavia, conseguiu instalar indústrias noutras freguesias que constituem hoje o suporte económico de muitos que aí residem. No Verão, as festas e romarias, um pouco por todas as aldeias, convidam muitos forasteiros e dão mais cor e alegria à região. Estas festas, romarias, costumes e tradições são o testemunho do seu importante património cultural

(e.g., Nossa Senhora do Alívio, Nossa Senhora do Bom Despacho).

Relativamente à estrutura etária da população, em 2008 (I.N.E., 2009b), o grupo etário compreendido entre os 0 e os 14 anos de idade (8.553), correspondia a cerca de 17,4% da população total, denotando uma quebra de 2,3% em relação a 2001 (19,7%). A classe entre os 15 e os 24 anos (7.067), representava 14,3% da população total, enquanto as idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos (25.916), subia até aos 52,7%, denotando um aumento de 4,1% em relação a 2001, o que se explica, sobretudo, pelo fenómeno da neo-ruralidade que atinge muitos residentes da cidade de Braga. A população com 65 e mais anos corresponde a 15,3% da população total (em 2001 era de 14,8%). Os dados comprovam um aumento da população idosa no concelho de Vila Verde, além de um decréscimo significativo da população mais jovem, contribuindo, assim, para o envelhecimento da população deste concelho.

No que diz respeito à Taxa de Natalidade, constatamos que esta tem vindo a diminuir ao longo dos anos. Em 1981, era de 19,5 por mil habitantes, baixando, em 1991, para 14,8 por mil habitantes. Em 2001, desceu, novamente, para 13,4 por mil habitantes e em 2008 para 9,4 por mil habitantes. Vários são os factores que estão na origem desta diminuição. Salientamos, entre outros, os encargos económicos que os filhos acarretam, a alfabetização da população, a crescente utilização dos métodos contraceptivos, o papel social da mulher com um emprego fora do lar, a emigração de casais em idade de constituir família e o casamento cada vez mais tardio.

Em termos da estrutura das actividades económicas, o concelho de Vila Verde caracteriza-se por apresentar um nível de desenvolvimento intermédio, analogamente aos concelhos vizinhos e limítrofes, com os quais compete mais directamente (Expoente, 2004). Em 2001, a distribuição da população pelos sectores de actividade era mais desequilibrada, verificando-se um forte decréscimo no sector primário, que ocupava apenas 7,4% da população activa, enquanto o sector terciário revelava 42,3%, ocupando o sector secundário 48,3% desta mesma população. No relatório realizado em 2004 pela Expoente, esta salienta que no próprio concelho subsiste uma dualidade *que se caracteriza a sul por uma maior concentração de actividades económicas, que também se destaca pela variedade, contrastando com a situação a norte do concelho, que se debate com problemas de êxodo da população, fruto dos movimentos naturais da população na busca de melhores condições e da maior qualidade de vida* (Expoente, 2004, 80). Acrescentamos ainda que a taxa de desemprego no Cávado subiu de 3,9%, em 1991, para 5,8%, em 2001. Em período homólogo, os resultados em Vila Verde foram de 4% e 5,4%. Deste modo, em termos da estrutura de

desemprego, mais de 75% da população desempregada, encontra-se em busca de um novo emprego, enquanto os restantes 25%, se reportam aos que procuram o primeiro emprego (Expoente, 2004).

O Censo da População de 2001 demonstrou que no concelho de Vila Verde, a população *Sem Nível de Ensino* é superior à do Cávado, representando 15,3% e 9,5%, respectivamente. No que respeita à população com o *Ensino Básico*, os mesmos Censos revelaram 69% da população, quer em Vila Verde, quer no Cávado. Do mesmo modo, no *Ensino Superior*, Vila Verde aparece em desvantagem em relação ao Cávado, apresentando apenas 4,2% da população com este grau de ensino, contra 9,6% do Cávado. Para atenuar esta desvantagem, a autarquia tem vindo a empenhar-se ao nível da educação, evidenciando-se, para além das diversas obras de melhoria das condições de ensino, a criação de diversas bibliotecas escolares em diferentes escolas do concelho, bem como, a ligação das escolas do 1º Ciclo à Internet, projecto implementado com o apoio e colaboração da Universidade do Minho. Nesta perspectiva de melhoramento, enquadra-se ainda a criação de um Conselho Municipal da Educação como instância de coordenação e de consulta a nível municipal da política educativa e que tende a articular a intervenção dos agentes educativos e os parceiros sociais, desenvolvendo maiores padrões de eficiência (Expoente, 2004).

2.1.3. Vieira do Minho – “Concelho Pitoresco”

No seio do município de Vieira do Minho destaca-se a sua vila, situada na região Norte e sub-região do Vale do Ave, com cerca de 2.300 habitantes. Trata-se de um município com 218,5 km² de área repartido por 21 freguesias (Quadro 12), e que possuía, em 2008, 14.078 habitantes (I.N.E., 2009b). O município é limitado a norte pelo município de Terras de Bouro, a norte e leste por Montalegre, a sueste por Cabeceiras de Basto, a sul por Fafe, a sudoeste por Póvoa de Lanhoso e a noroeste por Amares. Localizado num território de relevo bastante acidentado, Vieira do Minho caracteriza-se por profundos e apertados vales onde correm múltiplos rios, dos quais se destaca o Ave. Terra de múltiplas faces, encostada à Serra da Cabreira, Vieira do Minho desfruta de um património natural, paisagístico e monumental excepcional, bem como, de uma admirável riqueza em costumes e tradições. Podemos salientar, a título de exemplo, a ponte da Misarela, contígua da povoação de Frades, a cerca de um quilómetro da confluência do Cávado com o Rabagão e que, ainda hoje, é palco de cerimónias míticas relacionadas com a fertilidade das mulheres.

Da análise dos dados insertos no Quadro 12, podemos inferir que o concelho de Vieira do Minho se enquadra num cenário com características predominantemente rurais.

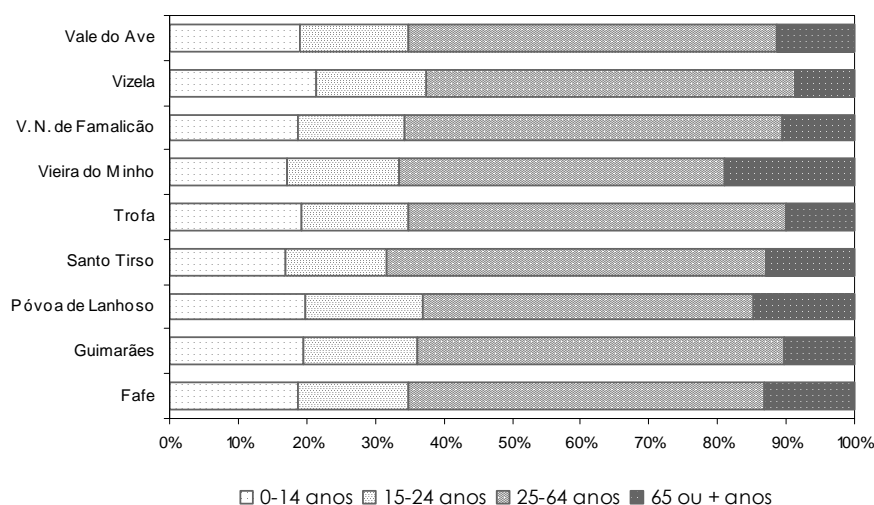
Quadro 12 – Tipologia de Áreas Urbanas das freguesias do concelho de Vieira do Minho (T.I.P.A.U., 2009)

Categoria - A.P.U.	Categoria - A.M.U.	Categoria - A.P.R.
	Eira Vedra Guilhofrei Vieira do Minho	Anissó Anjos Campos Caniçada Cantelães Cova Louredo Mosteiro Parada de Bouro Pinheiro Rossas Ruivães Salamonde Suengas Soutelo Tabuaças Vilar do chão Ventosa

Fonte: Elaboração própria tendo por base a classificação publicada pelo I.N.E..

Por ser um concelho envelhecido onde a população com 65 e mais anos tem um peso importante (Figura 10) e com uma significativa dispersão demográfica, está presente o *isolamento geográfico e social de muitos povoados, nomeadamente, dos situados nas regiões mais montanhosas e distantes da sede do concelho* (CLAS de Vieira do Minho, 2006, 23).

Figura 10 – Distribuição da população residente nos concelhos do Vale do Ave, segundo os grupos etários, em 2001

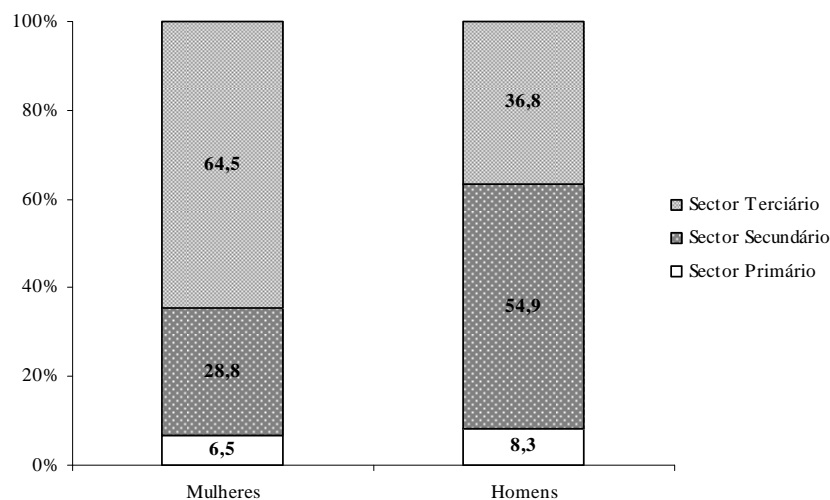


Fonte: XIV Recenseamento Geral da População, Lisboa, I.N.E..

Em relação a 2008, dos dados estatísticos apresentados pelo I.N.E (2009b), constatamos que relativamente à estrutura etária da população, o grupo etário compreendido entre os 0 e os 14 anos de idade (1.971), correspondia a cerca de 14% da população total. A classe entre os 15 e os 24 anos (1.914), representava 13,5% da população total, enquanto as idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos (7.553), subia até aos 53,7%. Constatámos ainda que a população 65 e mais anos (2.639) correspondia a 18,8% da população total. No que diz respeito à Taxa de Natalidade, verificamos que esta, de igual modo, tem vindo a diminuir, cifrando-se, em 2008, no valor de 8,1 por mil habitantes.

O relatório do Diagnóstico Social de Vieira do Minho (2006) salienta que a ausência de escolas profissionais, de institutos superiores e a débil resposta ao nível de inserção profissional, podem explicar, não só a saída de população para outros concelhos e outros países, bem como, a sua baixa capacidade de atracção populacional. Neste concelho, prevalecem o sector terciário com 46,4%, o sector secundário com 45,8%, representando o sector primário, apenas, 7,7% do emprego (I.N.E., 2001b). Embora a região do Vale do Ave seja extremamente dinâmica e produtiva, devido ao peso da actividade industrial, em Vieira do Minho o sector agrícola assume especial relevância. Aliás, Vieira do Minho oferece uma situação divergente relativamente à apresentada pelos outros concelhos do Vale do Ave, uma vez que apresenta um menor peso relativo das actividades industriais, algo a que não será alheio o facto de este concelho ocupar uma posição periférica face à região do Vale do Ave, como um todo (C.L.A.S. de Vieira do Minho, 2006).

Na Figura 11, observamos a distribuição da população por sectores de actividade e por sexo. Estes dados dizem respeito a 2001 e neles constatámos que as mulheres estão mais presentes no sector terciário (64,5% do total de mulheres empregadas), nomeadamente, na área dos serviços sociais, ao passo que a maioria dos homens desempenha actividades no sector secundário (54,9%).

Figura 11 – Distribuição da população por sector de actividade em 2001 segundo o sexo

Fonte: Elaboração própria tendo por base o XIV Recenseamento Geral da População, Lisboa, I.N.E..

As 21 freguesias que compõem o concelho, revelam diferenças entre si e levam a algumas assimetrias assentes em aspectos como a rede viária, a estrutura demográfica, os níveis de instrução e de qualificação, os equipamentos disponíveis ou as particularidades históricas e culturais. Assim, perante o perfil territorial, neste concelho existe uma dualidade de problemáticas. Isto explica-se pelo facto de haver, por um lado, um conjunto de freguesias com traços acentuados de ruralidade com uma forte regressão populacional, com elevados índices de envelhecimento, com baixos níveis de instrução e com um forte isolamento social e geográfico e, por outro, um grupo de freguesias⁵⁵, bem mais reduzido, que têm vindo a apresentar alguns sintomas de dinamismo que lhes possibilita oferecer indicadores mais favoráveis. Neste último grupo, existe um conjunto amplo e abrangente de equipamentos e serviços (*e.g.*, saúde, educação, acção social, desporto), bem como uma estrutura demográfica mais equilibrada, com índices de envelhecimento menos acentuados (100,1)⁵⁶ (Relatório do CLAS de Vieira do Minho, 2006).

Ainda no mesmo relatório, são revelados, de forma geral, alguns dos problemas identificados no concelho, dos quais se salienta o desemprego, o consumo excessivo de álcool

⁵⁵ A título de exemplo desse dinamismo salientamos as freguesias de Pinheiro, Vilarchão, Rossas, Anjos, Guilhofrei e Vieira do Minho. Concentram-se aqui, principalmente na sede do concelho (freguesia de Vieira do Minho), os poderes político-administrativos, económicos e decisórios do concelho, bem como, as sedes da maioria das principais empresas, colectividades e instituições, o que por si só constitui um foco de atractividade para as populações provenientes das freguesias periféricas e eminentemente rurais do concelho (C.L.A.S., 2006, 81). Os grupos de freguesias com características mais próprias do Vale do Cávado, como Ventosa, Cova, Louredo, Salamonde, Ruiivães e Campos, oferecem os maiores índices de envelhecimento populacional (156,6 e 257,1, respectivamente) e de decréscimo da população (406,7 habitantes), o que influencia, de algum modo, o desenvolvimento local.

⁵⁶ Este é a média para as freguesias de Anissó, Cantelães, Eira Vedra, Mosteiro, Soutelo e Vieira do Minho.

e a falta de serviços recreativos para idosos e o seu conseqüente isolamento. Estes dois problemas podem surgir como incentivadores de casos de violência doméstica, de maus-tratos às crianças o que, conseqüentemente, pode originar outros problemas como, por exemplo, o insucesso e o abandono escolar. Os dados da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens de Vieira do Minho comprovam que as principais problemáticas identificadas são, precisamente, a negligência (61,5%) e o abandono escolar (23,1%).

Um aspecto importante a referir diz respeito ao apoio psicossocial e o apoio a familiares que assumem maior relevância, abrangendo 85 (91,4%) dos 93 beneficiários que são abrangidos por esta medida [beneficiários do rendimento de inserção social]. Todos estes dados podem indiciar a existência de um conjunto vasto de famílias desestruturadas que necessitam de apoio, nomeadamente na área das competências parentais (C.L.A.S. de Vieira do Minho, 2006, 111). Estas circunstâncias apontam para a necessidade de formação e de apoio a famílias desestruturadas com a finalidade de aumentar as capacidades parentais, designadamente as capacidades de gerir o rendimento familiar, a gestão doméstica e o melhor acompanhamento das crianças.

2.2. Caracterização das unidades de saúde em estudo

Como foi referido no enquadramento teórico deste estudo (item 1.2 do Capítulo II), os Cuidados de Saúde Primários fazem parte integrante do sistema de saúde e permitem o desenvolvimento social e económico global da comunidade. Estes cuidados constituem o primeiro elemento de um processo permanente de assistência de saúde, proporcionando o primeiro nível de contacto do indivíduo, da família e da comunidade. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2004b), a missão dos Cuidados de Saúde Primários implica o desenvolvimento de intervenções centradas na pessoa, orientadas para o indivíduo, respectivas famílias e comunidade em que se insere, durante todo o ciclo vital, desde o nascimento até à morte. Estas intervenções dizem respeito à promoção de saúde, à prevenção da doença, à reabilitação e à prestação de cuidados a indivíduos doentes, entre outros. Sendo assim, a promoção da saúde constitui uma das funções essenciais dos Centros de Saúde, uma vez que representa o núcleo substancial da filosofia e estratégia dos Cuidados de Saúde Primários (D.G.S., 2004a). Salientamos ainda que os Centros de Saúde constituem pólos próximos da população, estando os seus profissionais e os seus recursos ao serviço dos cidadãos da área geo-demográfica envolvente.

Segundo dados da Direcção-Geral da Saúde, em 2003, existiam nos Centros de Saúde da Sub-Região de Braga, 542 enfermeiros, sendo 85 especialistas. Destes, 21 possuíam a especialidade de Enfermagem e Saúde Materna e Obstétrica. Porém, em 2005, o número de enfermeiros especialistas nessa área baixou para 17, muito embora tivesse havido um ligeiro aumento no número de enfermeiros efectivos que passou para 601 (I.G.I.F., 2006). No final de 2006, encontravam-se registados na Ordem dos Enfermeiros 1.699 Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica, mas, em 2009, este número aumentou para 2.174 (O.E., 2010). Esta evolução está, por certo, associada à regular formação que se tem mantido nos últimos anos.

Durante o ano de 2004 (Quadro 13), houve, segundo o Instituto de Gestão de Informática e Financeira da Saúde, 12.033 consultas de saúde materna nos três concelhos em estudo. No Anuário Estatístico da Região Norte do I.N.E. de 2008, o número total de consultas médicas em 2007 foi de: 9.415 para Braga, 2.835 para Vila Verde e 603 para Vieira do Minho, o que perfaz um total de 12.853 consultas. Se compararmos com os dados de 2004 e 2005, o aumento do número de consultas é pouco significativo. Pensamos que está relacionado com a baixa taxa de natalidade que se verifica nestes concelhos.

Quadro 13 – Número de Consultas de Saúde Materna em 2004 e 2005

Centro Saúde	Nº de Consultas de Saúde Materna (2004)	Nº de Consultas de Saúde Materna (2005)
Braga	8.299	8.914
Vieira Do Minho	699	688
Vila Verde	3.035	3.276
Total	12.033	12.878

Fonte: Elaboração própria com base nos dados apresentados pelo Instituto de Gestão de Informática e Financeira da Saúde (2005 e 2006).

Tendo como objectivo primordial a prevenção de doenças e a promoção de saúde, cada Centro de Saúde incrementa programas e projectos de saúde de acordo com as orientações da D.G.S., quer a nível individual, quer em grupo, envolvendo também parcerias e equipas multidisciplinares.

A formação em serviço é um importante instrumento para a construção e actualização de conhecimentos, bem como para uma mudança institucional. Assim, fomentar uma dinâmica de participação e de cooperação no âmbito da formação é uma forma de valorizar a enfermagem. É de salientar que a Sub-Região de Saúde de Braga investiu fortemente na

formação em serviço. Em 2006, foram abordadas diversas temáticas. Destacaram-se, entre outras, o sistema de apoio à prática de enfermagem, a articulação das Unidades Coordenadoras Funcionais de saúde materna e infantil, o enfermeiro de família, o desenvolvimento pessoal e interpessoal, os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e a saúde da mulher.

Os processos de gravidez e maternidade provocam mudanças que implicam *stress* e requerem respostas cognitivas, emocionais e comportamentais que, habitualmente, exigem uma adaptação específica. A gestação e o parto são acontecimentos que marcam a vida da mulher, podendo ser positivos ou negativos, em função das informações e dos cuidados recebidos durante este processo (Canavarro, 2001). Para enfrentar, de forma eficaz, essas situações, os Centros de Saúde incrementaram actividades específicas que foram desenvolvidas pelos enfermeiros especialistas. Destacamos, neste âmbito, a preparação para o parto segundo o método psicoprofiláctico durante a gravidez, o “cantinho” da amamentação, a massagem ao recém-nascido e a visitação domiciliária à puérpera.

2.2.1. Centro de Saúde de Braga

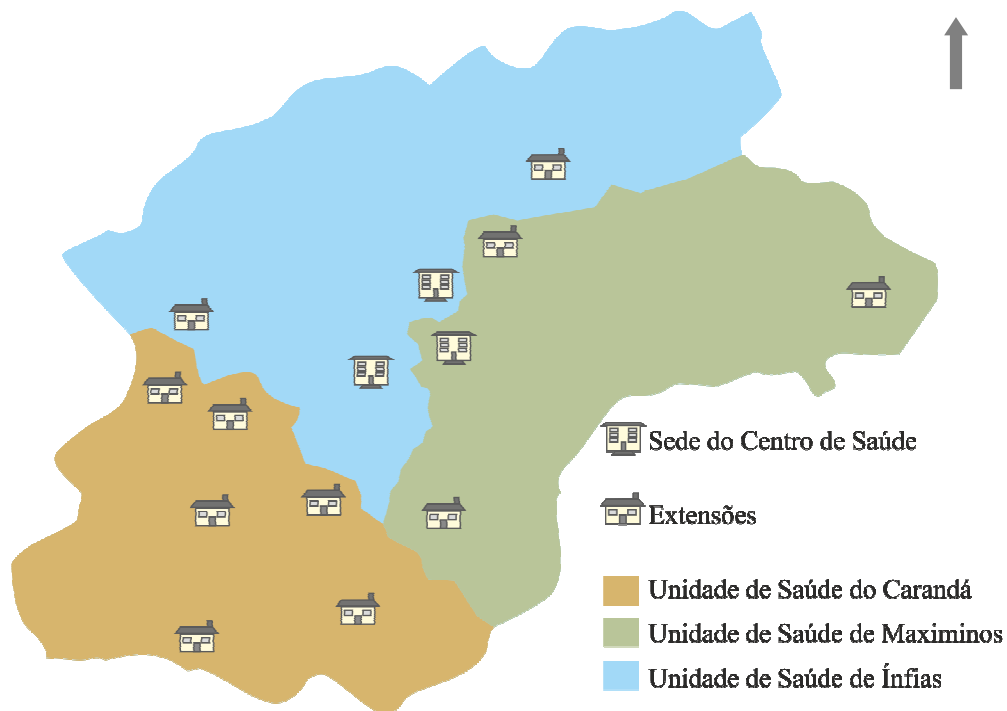
O Centro de Saúde de Braga⁵⁷ é composto, desde Março de 2004, por três Unidades de Saúde, a Unidade de Saúde Carandá, a Unidade de Saúde de Maximinos e a Unidade de Saúde de Infias e respectivas extensões⁵⁸, o que constituiu uma unidade integrada polivalente e dinâmica (Figura 12). O Centro de Saúde disponha, igualmente, de uma Unidade Operativa de Saúde Pública que derivou do agrupamento dos Serviços de Saúde Pública existentes nos três ex-centros de saúde e do Centro de Diagnóstico Pneumológico (Centro de Saúde de Braga, 2006a). Cada Unidade de Saúde caracterizava-se por uma variedade de serviços, designadamente, o serviço administrativo e apoio geral, a enfermagem, a medicina familiar, a nutrição, a psicologia e o serviço social.

⁵⁷ Resultou da aglomeração de três ex Centros de Saúde: Braga I; Braga II e Braga III. Com as novas políticas implementadas em 2009, o Centro de Saúde de Braga organizou-se no Agrupamento de Centros de Saúde Cavado I - Braga. No entanto, a caracterização que aqui se apresenta relaciona-se com os anos em que foi realizada a colheita de dados que é anterior a esta nova reformulação das Unidades de Saúde.

⁵⁸ A Unidade de Saúde do Carandá apresentava três extensões de saúde que são: Esporões, Pedralva e Gualtar, bem como uma Unidade de Saúde Familiar. As freguesias da sua área de influência são as freguesias de São Lázaro, S. Vitor, S. João do Souto, Gualtar, S. Pedro d'Este, Lamações, Saião, Nogueira, Pedralva, Espinho, Sobreposta, Esporões, Arcos, Fraião, Morreira, Nogueiró, Tenões e Trandearas. A Unidade de Saúde de Maximinos apresentava seis extensões de saúde que são: Sequeira, Tebosa, Tadim, Veiga de Penso, Celeirós e Cabreiros. As freguesias da sua área são as freguesias de Arentim, Aveleda, Cabreiros, Celeiros, Cividade, Cunha, Escudeiros, Ferreiros, Figueiredo, Fradelos, Gondizalves, Guizande, Lamas, Lomar, Maxiinos, Oliveira, Passos (S. Julião), Penso (S. Vicente), Penso (Sto. Estevão), Priscos, Ruílhe, Sé, Semede, Sequeira, Tadim, Tebosa, Vilaça e Vimieiro. A Unidade de Saúde de Infias apresentava duas extensões de saúde que são: Adaúfe e Ruães. As freguesias são Dume, Frossos, Palmeira, Real e S. Vicente, Merelim S. Paio, Merelim S. Pedro, Mire de Tibães, Padim da Graça, Panóias e Parada de Tibães, Adaúfe, Crespos, Navarra, Pousada e St^a Lucrécia.

Este Centro de Saúde prestava cuidados de saúde e serviços de actividades integradas em programas, das quais salientamos: *os Programas de Saúde* (diabetes, doenças cardiovascular, Rastreio oncológico, tuberculose), *os Programas relacionados com Grupos Vulneráveis* (Saúde Materna e Planeamento Familiar; Saúde Infantil e Juvenil, Apoio Domiciliário a pessoas idosas ou dependentes e a Consulta de Tabaco, Consulta do Viajante). Existiam também *os Programas relacionados com Meios Ambientais Específicos* (Vigilância Sanitária da Água, Saúde Escolar, Saúde no Local de Trabalho) de que distinguíamos o programa do serviço de saúde ocupacional, o plano de actividades da Comissão de Controlo de Infecção, a vigilância das condições de segurança, higiene e saúde nos estabelecimentos escolares, segurança alimentar onde se dá ênfase à salubridade alimentar nas cantinas escolares, promoção e protecção da saúde nos estabelecimentos do sector alimentar do concelho de Braga, (alimentação segura), *os Programas Específicos dos Gabinetes Técnicos* (Psicologia Clínica, Nutrição e Serviço Social) e *os Programas de Serviços* (Acesso e utilização de Cuidados, Serviço de Estatística, Gabinete de Documentação e Divulgação dos dados, Articulação Interinstitucional - Centro de Saúde de Braga, 2006a).

Figura 12 – O Centro de Saúde de Braga

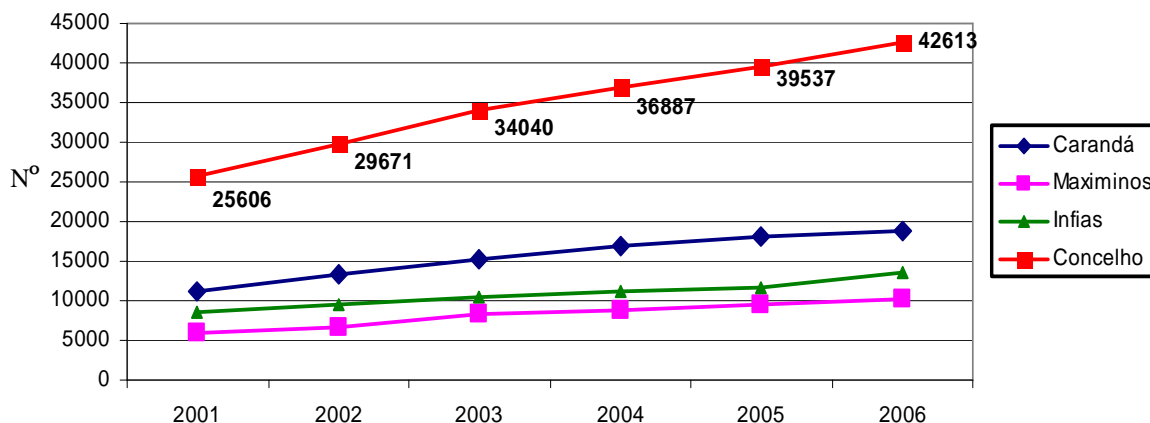


Fonte: Elaboração própria com base em Centro de Saúde de Braga, 2006a.

Importa, desde já, referir que as Unidades de Saúde não existem de forma isolada, mas

interligam-se com outras instituições da sua área de influência⁵⁹. No que diz respeito ao número de utentes inscritos em 2006, observámos que o número total tem vindo a aumentar. Em 2006, a Unidade de Saúde do Carandá apresentava 84.352 utentes, a Unidade de Saúde de Maximinos 58.706 utentes e a Unidade de Saúde de Infias 45.163 utentes. É importante referir ainda que muitos destes utentes não tinham médico de família (Figura 13).

Figura 13 – Número de utentes sem médico de família



Fonte: Núcleo de Estatísticas da Sub-Região de Saúde de Braga, 2007.

Em termos de recursos humanos, existia uma equipa multidisciplinar diversificada (médicos, técnicos superiores, administrativo, auxiliares e técnicos). Quanto ao número de enfermeiros afectos a estas unidades, constatámos que houve um ligeiro decréscimo. De facto, em 2004, havia 52 enfermeiros na Unidade de Cuidados do Carandá, 34 na Unidade de Saúde de Maximinos e 27 na Unidade de Saúde de Infias. Em 2006, este número baixou para um total de 107 enfermeiros (Núcleo de Estatísticas da Sub-Região de Saúde de Braga, 2007).

2.2.2. Centro de Saúde de Vila Verde

O Centro de Saúde de Vila Verde possuía uma unidade de saúde que corresponde à sede e, ainda, 7 extensões de saúde⁶⁰, que estão interligadas com a sede, o que se traduz numa média de 8,3 freguesias por cada extensão de saúde (Núcleo de Estatística da Sub-Região de

⁵⁹ Destacámos o Hospital de São Marcos (actualmente Escala Braga), o Instituto Português de Juventude, o Centro de Atendimento a Toxicodependentes, o Centro de Aconselhamento e Detecção Precoce do HIV, as Instituições Particulares de Solidariedade social, a Comissão de Protecção a Menores, o Centro de área Educativa, as Autarquias e a Segurança Social.

⁶⁰ As extensões de saúde são: Valbom S. Pedro, Cervães, Portela do Vade, Escariz, Ribeira do Neiva, Pico dos Regalados e Prado. Em 2009, este Centro de Saúde foi agrupado ao Agrupamento dos Centros de Saúde Cavado II – Gerês Cabreira, no entanto a caracterização refere-se aos anos anteriores, uma vez que a colheita de dados foi executada antes da efectivação deste agrupamento.

Saúde de Braga, 2004 - Figura 14). Estas unidades de saúde davam cobertura a 52.743 utentes (Entrevista à Enfermeira Chefe em 6 de Dezembro de 2007). Constatámos, também, a existência de um grande número de utentes que, embora inscritos no Centro de Saúde, não possuíam médico de família. A 31 de Dezembro de 2006, estavam inscritos 9.797 utentes sem médico de família, o que representa um significativo aumento quando comparado com o ano anterior, cujo número era de 6.487 (Núcleo de Estatísticas da Sub-Região de Saúde de Braga, 2007).

Neste Centro de Saúde existia uma grande variedade de profissionais de saúde, com especialistas em várias valências. Podemos quantificar 27 médicos de medicina familiar e 3 de saúde pública, 36 enfermeiros, dos quais 3 especialistas em saúde materna e obstétrica, 2 especialistas em saúde comunitária, um especialista em medicina cirúrgica e dois enfermeiros-chefes, uma técnica do serviço social, uma nutricionista, um técnico de saúde ambiental, 31 administrativos, 31 auxiliares de serviços gerais e 4 motoristas.

Figura 14 – O Centro de Saúde de Vila Verde e as suas extensões de saúde



Fonte: Elaboração própria com base no Núcleo de Estatística da S. R.S. de Braga, 2007.

Subjacente à filosofia deste Centro de Saúde, está a concepção da abordagem da saúde de forma pluridisciplinar. Este facto leva a que os profissionais que aqui desempenham funções contribuam com a sua experiência e saber para o desempenho de programas específicos, designadamente, a saúde escolar, a saúde infantil e a saúde materna. Os programas desenvolvidos neste Centro de Saúde são os preconizados pela Direcção-Geral da Saúde: programa de diabetes *mellitus*, cuidados continuados, saúde do idoso, alcoolismo, tabagismo, saúde ocupacional, saúde escolar, tuberculose, vacinação, planeamento familiar, saúde materna e saúde infantil e juvenil. Salientamos, ainda, o programa de enfermagem que permite adoptar metodologias de trabalho tendo por base os padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros. Salientámos a realização de projectos profissionais tendo em vista a responsabilização e o envolvimento no contexto de trabalho e promover um ambiente e condições de trabalho favorecedoras do desenvolvimento profissional dos Enfermeiros.

2.2.3. Centro de Saúde de Vieira do Minho

O Centro de Saúde de Vieira do Minho⁶¹ tem como área de influência todas as freguesias do concelho de Vieira do Minho que, em conjunto, representam uma área geográfica de 218,5 Km². Era constituído por três unidades de saúde, designadamente, a Sede, a Extensão de Saúde de Ruivães e a Extensão de Saúde de Rossas. O número de utentes inscritos era de 1.600 na Extensão de Saúde de Ruivães, 4.050 na Extensão de Saúde de Rossas e 11.050 na Sede (Entrevista à Enfermeira Chefe, em 3 de Dezembro de 2007). Comparativamente com os outros Centros de Saúde, existiam poucos utentes inscritos sem médico de família. A 31 de Dezembro de 2006, havia apenas 66 utentes sem médico de família, número que também diminuiu quando comparado com o ano de 2005 (76 utentes - Núcleo de Estatísticas da Sub-Região de Saúde de Braga, 2007).

A filosofia deste Centro de Saúde era a abertura das actividades à comunidade, uma vez que se apresentava como um concelho envelhecido, pobre e com grandes dificuldades de acessibilidade. Deste modo, os profissionais de saúde investiam seriamente na prevenção da doença e na promoção da saúde. A grande aposta era, sem dúvida, a visitação domiciliária para reforçar o apoio à população. Os programas desenvolvidos eram os referidos pela

⁶¹ Em 2009, este Centro de Saúde pertence ao Agrupamento dos Centros de Saúde Cavado II – Gerês Cabreira. No entanto, a caracterização refere-se aos anos anteriores, uma vez que a colheita de dados foi efectuada antes da efectivação deste agrupamento.

Direcção-Geral da Saúde.

O Centro de Saúde de Vieira do Minho apresentava 19 Enfermeiros, dos quais salientámos uma enfermeira-chefe, duas enfermeiras especialistas, sendo uma na área de Saúde Materna e Obstétrica e outra na de Saúde Comunitária (Entrevista com a Enfermeira Chefe em 3 de Dezembro 2007). A figura do enfermeiro de família estava presente, à excepção das consultas de vigilância pré-natal e das consultas do puerpério que eram da responsabilidade da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica. O enfermeiro de família era responsável por um número definido de famílias e devia contribuir para as actividades de promoção de saúde, prevenção da doença e reabilitação. Estes enfermeiros tinham a obrigação de aconselhar sobre os modos de vida e factores de risco ligados ao comportamento, bem como ajudar as famílias nas questões ligadas à saúde. Uma das funções destes profissionais de saúde era avaliar e intervir sobre as necessidades de cuidados de saúde desses mesmos agregados familiares. A família, como utente inserida no seu contexto, era o âmbito do trabalho do enfermeiro. Podemos afirmar que o slogan foi a *cada família o seu enfermeiro* (Entrevista com a Enfermeira Chefe em 3 de Dezembro 2007). Incluir as famílias na intervenção de enfermagem, implicava conhecê-las, diagnosticar com elas as suas necessidades e planear com elas a melhor forma de lhes dar resposta, *não numa perspectiva paternalista mas de participação conducente a uma postura de cidadania onde direito/dever é uma dinâmica e não uma posição* (Entrevista à Enfermeira Chefe em 3 de Dezembro de 2007).

Tal como nos outros Centros de Saúde, o Centro de Vieira do Minho articulava-se com a comunidade em que está inserido. Salientámos a Autarquia, através da Rede Social, onde existiam representantes da saúde (médico de saúde pública), com as I.P.S.S., com as Escolas, com a Igreja, com a Segurança Social ou mesmo com as Juntas de Freguesias. Esta parceria permitia assegurar um progressivo envolvimento dos vários parceiros, promover espaços de interacção dos agentes locais com pessoas e projectos, nomeadamente, através da promoção de debates, de formação e intercâmbio de experiências, implementando ainda planos de desenvolvimento social (*e.g.*, alcoolismo, abandono escolar, crianças e jovens em risco).

3. Caracterização da população - perfil da amostra

Para se poder conhecer as características essenciais de uma população, em termos de

investigação, é necessário observar apenas uma amostra representativa dos seus elementos. Por isso mesmo, a escolha da amostra é uma etapa de grande importância no delinear da pesquisa, capaz de determinar a validade dos dados obtidos. Na investigação que levámos a efeito, não foi nossa pretensão efectuar um estudo baseado em técnicas de amostragem probabilística, com o intuito de recolher um conjunto vasto de dados. Pretendíamos, antes de mais, entrevistar um número suficiente de grávidas que nos permitisse aprofundar as questões relacionadas com a temática em análise. Deste modo, inerente a qualquer técnica de escolha da amostra, existem vantagens e inconvenientes que, estamos certos, foram ultrapassados graças à escolha de uma amostra de conveniência⁶² que representasse as grávidas que frequentavam a vigilância pré-natal. Os critérios de inclusão na amostra foram os seguintes: terem entre 34 e 36 semanas de gestação, efectuarem a vigilância pré-natal ou a preparação para o parto no Centro de Saúde dos concelhos em análise e o parto vir a ter lugar na maternidade do hospital de referência desses mesmos Centros de Saúde. Foi utilizado o critério de saturação dos dados para a determinação do número de participantes. Essa saturação ocorreu quando as informações que estavam a ser colhidas se tornaram repetitivas, ou seja, deixaram de aparecer novas ideias ou novos conceitos. Assim, o número de grávidas entrevistadas cifrou-se em cinquenta. No que diz respeito à amostra das enfermeiras, escolhemos a totalidade do universo que correspondeu às oito enfermeiras especialistas que desempenhavam funções nestes três Centros de Saúde.

3.1. Caracterização socioprofissional das enfermeiras especialistas

É inegável que os enfermeiros portugueses integram um grupo profissional com relevo no funcionamento do sistema de saúde e na responsabilidade do acesso da população a cuidados de enfermagem com qualidade. De facto, a enfermagem tem hoje uma função social essencial na área da saúde, resultando numa actividade que tem acarretado benefícios à pessoa em momentos críticos da existência humana (O.E., 2004a). A enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica, bem como outras enfermeiras, incluem-se num contexto de actuação multiprofissional. No Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1996) é explicitado que o Enfermeiro Especialista é o indivíduo (...) *habilitado com um curso (...), a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece*

⁶² Na amostragem por conveniência, os elementos são escolhidos porque se encontram onde os dados para o estudo estão a ser recolhidos. A sua participação no estudo é quase acidental (Vicente, Reis e Ferrão, 2001, 74). A selecção das unidades da amostra é efectuada, de forma arbitrária em função da conveniência da pesquisa.

*competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade*⁶³.

3.1.1. Elementos de caracterização individual

Para elaborar a sociografia dos actores, tentámos identificar alguns atributos socioprofissionais, com base num conjunto de questões recolhidas através da entrevista. A maioria dos trabalhadores afectos à actividade de cuidados de saúde tem sido mulheres (Escobar, 2004). Seleccionados com base nos critérios definidos, os enfermeiros entrevistados são todos do sexo feminino, não contrariando a tradição da profissão de enfermagem e, particularmente das parteiras, ser, ainda hoje, uma profissão exercida, na quase totalidade, por mulheres. Por um lado, como aliás já referimos, durante séculos, as mulheres contavam durante a gravidez e na hora do parto, com a ajuda de outras mulheres e, por outro, segundo os dados do I.N.E. (2006a), o número total dos enfermeiros que se encontravam inscritos nas organizações profissionais era de 48.155, dos quais 39.163 eram do sexo feminino e 8.992 do sexo masculino. Segundo dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros a 31 de Dezembro de 2009, havia 59.745 enfermeiros inscritos, sendo 48.512 do sexo feminino e 11.233 do sexo masculino. Dos 2.174 enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, 2.059 eram mulheres e apenas 115 eram homens. Embora tenhamos, cada vez mais, enfermeiros e enfermeiros parteiros homens, são ainda as mulheres que preenchem a maioria das vagas desta profissão. Observámos também que, relativamente à nossa amostra, as enfermeiras especialistas eram todas casadas e que tinham entre um e três filhos. Relativamente às idades, situavam-se entre os 37 e 57 anos, com uma média etária de 46 anos (Quadro 14).

⁶³ Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, Capítulo II, Artigo 4º, Ponto 3. Em Portugal, para exercer a actividade de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), é necessário obter autorização da Ordem dos Enfermeiros através de uma das seguintes vias:

- Licenciatura em Enfermagem, exercer a profissão de Enfermeiro durante 2 anos, Curso de Pós-Licenciatura Especializada em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e respectivo Título profissional;
- Reconhecimento da habilitação legal, em conformidade com as Directivas Comunitárias aplicáveis aos profissionais provenientes dos Estados Membros da União Europeia;
- Posse do termo de equivalência do grau académico a uma das três categorias previstas nas alíneas a) a c), nos termos do nº 2, do artigo 7º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros 15, atestado por uma Escola Superior de Enfermagem ou Superior de Saúde Portuguesa (O.E., 2007, 5-6).

Quadro 14 – Caracterização das enfermeiras especialistas entrevistadas

Habilitações Académicas	Tempo como Enfermeira Especialista (Anos)	Tempo de serviço (Anos)	Tempo na Unidade de Cuidados (Anos)	Tempo de funções na vigilância pré-natal (Anos)
Licenciatura em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica	10	19	9	19
Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia	2	12	5	12
Licenciatura em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica	10	22	6	10
Licenciatura em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica	10	27	9	10
Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Saúde Materna e Obstetrícia	2	25	22	2
Bacharelato em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica	32	37	32	32
Licenciatura em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica	30	32	30	26
Licenciatura em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica	10	22	22	10

Fonte: Dados retirados das entrevistas realizadas por nós entre Julho e Agosto de 2007.

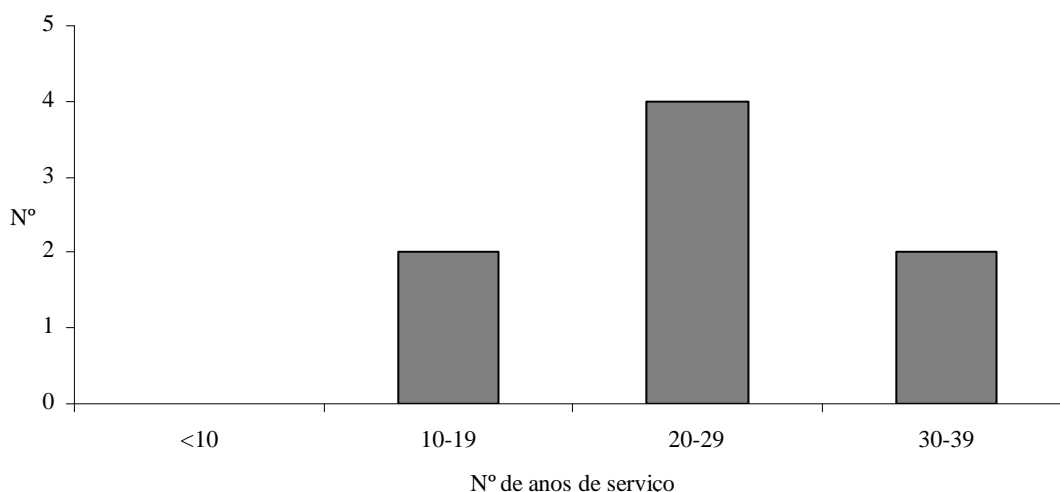
3.1.2. Aspectos académicos e profissionais

Ao analisarmos o tempo de serviço, constatámos que este varia entre 12 a 37 anos, sendo a média de 24,5 anos (Figura 15), o que nos leva a afirmar que estas enfermeiras detêm uma longa experiência profissional. A sua permanência na actual unidade de cuidados situa-se entre os 5 e os 32 anos, tempo que consideramos mais que suficiente para terem um conhecimento aprofundado da comunidade em que estão inseridas. No que diz respeito ao tempo de serviço na categoria de enfermeira especialista, verificámos que duas enfermeiras desempenham funções há dois anos, quatro há dez anos, uma há trinta anos e outra há trinta e dois anos. Podemos considerar que as enfermeiras que fazem parte da amostra demonstram uma longa experiência na área da saúde da mulher, sendo a média de treze anos.

Relacionando com a formação que tiveram aquando do curso de especialização em enfermagem de saúde materna e obstétrica, surgiu a oportunidade, tendo em conta o tempo como enfermeira especialista, de dividir a amostra em três grupos: o grupo dos dois anos que detém uma Pós-Licenciatura, o grupo dos 10 anos, que possuiu uma Licenciatura e o grupo

dos 30 e mais anos, que possui a especialidade, mas que necessitaram de frequentar o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem para obter a equivalência à Licenciatura. Porém, uma das entrevistadas optou por não o frequentar, ficando apenas com o Bacharelato em Enfermagem. Daqui resulta uma formação diferenciada para cada um destes três grupos de especialistas, em função da época em que obtiveram esta especialidade.

Figura 15 – Tempo de serviço das enfermeiras entrevistadas



Fonte: Dados retirados das entrevistas realizadas por nós entre Julho e Agosto de 2007.

Para esta análise, é importante tomar em consideração que Portugal não formou enfermeiras especialistas entre 1999 e 2003, período dedicado à realização dos cursos de complemento de formação, no âmbito dos quais as enfermeiras completavam unidades curriculares indispensáveis à obtenção do grau de Licenciatura, imposta por normas europeias. Nesta sequência, a carência de profissionais que se fez sentir nos últimos anos, em consequência do período de formação ser claramente escasso para as necessidades, conduziu a que a maioria das enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica desempenhasse funções, essencialmente, nos blocos de partos das maternidades, ficando os Centros de Saúde deficitários relativamente a estas profissionais, sendo a vigilância pré-natal frequentemente realizada por enfermeiros de cuidados gerais.

No que diz respeito à experiência na área da vigilância pré-natal, esta varia em conformidade com o tempo desempenhado como enfermeira especialista. É neste cenário que encontramos uma enfermeira que trabalha no âmbito da vigilância pré-natal há dois anos, três há dez anos, duas entre os doze anos e dezanove anos, e duas há mais de vinte e seis anos, ficando a média da amostra em quinze anos. Esta situação revela que algumas enfermeiras

especialistas (n=2), desempenhavam funções como enfermeiras no âmbito da vigilância pré-natal antes de serem enfermeiras especialistas e uma outra iniciou funções no bloco de partos antes de trabalhar nos Cuidados de Saúde Primários. Não podemos esquecer que a Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia tem como funções *cuidar da mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detectar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal* (O.E., 2007, 14)⁶⁴.

3.1.3. Satisfação profissional das enfermeiras especialistas

Actualmente, mais do que nunca, a satisfação profissional é especialmente valorizada. Conjuntamente com a satisfação dos utentes, com a avaliação da qualidade dos cuidados e da eficiente utilização de recursos, a satisfação dos profissionais foi elencada na Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, como um dos quatro critérios de avaliação periódica do S.N.S.. Normalmente, o trabalho absorve um terço das horas do dia da pessoa envolvida numa actividade profissional, o que lhe proporciona momentos suficientes para estar em grupo. Deixando de ser um meio unicamente de sobrevivência, o trabalho passou, também, a ocupar um lugar central na vida das pessoas e ser um meio de integração social, tal como de realização pessoal. Deste modo, o trabalho possibilita momentos de interacção entre os diferentes elementos do grupo essenciais para o desenvolvimento de papéis, de responsabilidades, de incentivos e de recompensas.

Podemos afirmar que a satisfação profissional é um elemento fundamental da avaliação do desempenho dos profissionais nas organizações sendo um óptimo indicador do clima organizacional. Podemos ainda salientar que a satisfação profissional está associada, por um lado, à produtividade das organizações e, por outro, à realização pessoal dos trabalhadores, trazendo consequências no desempenho dos profissionais de saúde, bem como

⁶⁴ No que diz respeito à Promoção de Saúde durante a gravidez, a Enfermeira Especialista concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde pré-natal.

- Diagnostica e monitoriza a gravidez.
- Promove a decisão esclarecida no âmbito da interrupção voluntária da gravidez, informando e orientando para os recursos disponíveis na comunidade.
- Informa e orienta sobre estilos de vida saudáveis na gravidez.
- Promove a decisão esclarecida no âmbito da saúde pré-natal, facultando informação à grávida sobre recursos disponíveis na comunidade.
- Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez
- Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável.
- Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projectos e intervenções de promoção do aleitamento materno.
- Promove o plano de parto, aconselha e apoia a mulher na decisão (O.E., 2007, 14).

no desenvolvimento dos cuidados de saúde. Como conceito complexo, a satisfação relaciona-se, ainda, com uma variedade de factores (*e.g.*, experiências anteriores, expectativas futuras, valores individuais e da sociedade – Carr-Hill, 1992) que influencia o desempenho do trabalhador, podendo actuar nos vários aspectos do comportamento.

Subjacente a estes aspectos, poder-se-á afirmar que a importância atribuída ao trabalho, a responsabilidade percebida pela enfermeira em relação ao seu trabalho e o conhecimento dos resultados do seu desempenho, são dimensões fundamentais para determinar a motivação e a satisfação (Mártires, 2006). É provável que a enfermeira tenha mais condições para melhorar a qualidade da assistência e se dedique com maior fervor às suas intervenções se estiver satisfeita com o seu trabalho. Por isso, *trata-se de um construto que visa dar resposta a um estado emocional positivo ou de uma atitude positiva face ao trabalho e às experiências em contexto de trabalho* (Gonçalves, 1998, 42).

Neste contexto, a satisfação está associada a algo de positivo, como um sentimento agradável resultante da percepção da experiência de trabalho. Todas as entrevistadas desempenhavam funções no âmbito da vigilância pré-natal por opção e por considerarem ser uma área que lhes dá algum “prazer” profissional, mesmo que o cansaço físico, esteja, muitas vezes, presente. Expressões como: “muito contente”, “vontade enorme de” e “muito satisfeita”, demonstram esse mesmo prazer no desempenho. Vejamos alguns relatos:

Eu sinto-me muito satisfeita. Não sei como é que vai ser para o futuro. Daqui para a frente não sei se vou manter este tipo de trabalho, mas eu penso que já há um ano e tal que ando a sentir-me muito satisfeita. Em termos de especialidade mesmo. Neste momento para mim, estou muito contente. Tenho dias que me sinto muito cansada, mas muito contente (Maria da Luz, Parteira⁶⁵).

Neste momento estou muito satisfeita. Mas está cá dentro sempre uma vontade enorme de fazer um parto, de concluir todo um processo de vigilância. A gente investe tanto numa grávida e depois, chega ao fim e diz: quase que dei este reбуçado a outro. Tanto, tanto, gostaria de ser eu a fazê-lo (Maria Madalena, Parteira).

Sinto-me uma profissional realizada. Fiz tudo o que diz respeito à especialidade, à saúde da mulher em si (Maria Luísa, Parteira).

No entanto, nem todas as enfermeiras afirmaram estar totalmente satisfeitas. O relatado pela entrevistada E₂ e que se relaciona com a impossibilidade da enfermeira especialista que segue a grávida durante a vigilância pré-natal, a acompanhar no trabalho de

⁶⁵ O termo “parteira” é utilizado neste contexto como sinónimo de enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica.

parto e executar o parto, configura o motivo desse descontentamento. Embora, a assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o período pré-natal e a assistência à mulher a vivenciar processos de saúde/doença durante o trabalho de parto e parto (O.E., 2007), sejam áreas da intervenção da enfermeira especialista, infelizmente a organização e o funcionamento dos serviços de saúde não permitem que a enfermeira especialista que trabalha, exclusivamente, no Centro de Saúde, possa seguir a mulher também no hospital e seja ela a realizar o parto. O ideal, em nosso entender, seria que a enfermeira que acompanhou a mulher durante toda a gravidez e que estabeleceu com ela uma relação especial, a acompanhasse durante todo este processo (antes, durante e após o parto). Neste âmbito, a enfermeira tornar-se-ia ainda mais significativa e importante para a utente.

No entanto, fica sempre dentro de nós a vontade de concluir um trabalho que foi iniciado por nós mas que não temos ainda, segundo a nossa organização de serviços, a possibilidade de poder concluir. Seria uma mais-valia. Eu sou de opinião que, até mesmo para a grávida, seria importante porque ela estabelece connosco uma relação de confiança. (...) Elas vão dizendo que é uma pena não ser eu a fazer-lhes o parto (Maria Madalena, Parteira).

Foi-nos narrado que, muitas das vezes, é por essa razão que as grávidas preferem ser seguidas no consultório privado por um médico obstetra que também trabalhe na instituição hospitalar, na medida em que podem usufruir desse acompanhamento no parto. No entanto, essa assistência só será possível se o médico estiver de serviço no dia em que a mulher entrar em trabalho de parto, razão pela qual, não raras vezes, se programa o parto para determinado dia.

A mulher, no fundo procura o médico da privada para ver se realmente depois de entrar no Hospital é ele que lhe faz o parto. Na nossa opinião, a senhora procura alguém que ela já conhece, em quem ela já confia para lhe poder fazer aquele trabalho que tanta ansiedade e tantos medos lhe traz. No fundo, é isso que está a acontecer. O que leva as pessoas a procurarem a privada, é exactamente isso. Pelo levantamento que eu tenho feito ao longo do exercício da actividade profissional, tenho concluído que é mesmo isto que leva as pessoas a procurarem alguém da privada. É, no fundo, um acto de medo, por isso, procuram alguém que vá satisfazer essa necessidade (Maria Madalena, Parteira).

Esta ideia foi confirmada por duas grávidas que tiveram a oportunidade de ser seguidas pela mesma parteira⁶⁶ durante a gravidez, durante o parto e, depois, durante o

⁶⁶ Nesta situação, a utente foi seguida pela enfermeira do serviço e pela aluna enfermeira estagiária. Este seguimento teve lugar no âmbito de um projecto de estágio nos Cuidados de Saúde Primários, de uma Escola Superior de Enfermagem, do Curso de Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

primeiro mês de vida. Estes testemunhos evidenciam a importância de um elo de ligação muito próximo entre a enfermeira e a grávida, fundamentais para o sucesso do parto mas, também, como motivo de satisfação profissional. Já Page (2004, 123) aludia que *aux yeux de la femme enceinte, être suivie pendant toute la grossesse, l'accouchement et les premières semaines de la vie du nouveau né par une sage-femme connue et de confiance n'a absolument rien à voir avec des soins dispensés par des étrangers, aussi aimables soient-ils*. A confiança que se estabelece é promotora de um sentimento de segurança para a mulher. Salientámos que estar presente e disponível dá segurança vincando positivamente a relação enfermeira/grávida. No entanto, esta exige tempo e investimento para que perdure como uma verdadeira relação de confiança. Observemos os seguintes relatos:

O facto de ser sempre seguida pela mesma pessoa foi muito importante. A gente está à vontade para pensar tudo, dizer tudo o que sente e o que não sente. Mesmo depois do parto há certas coisas que sentimos e que não expressamos a qualquer pessoa. Eu, com ela, consigo abrir-me perfeitamente. Sinto-me à vontade com ela. Ela também me pôs sempre à vontade. É como ela diz "para além de ser uma enfermeira, eu sou uma amiga, esteja à vontade". Eu com ela consigo abrir-me e dizer o sentimento que vai dentro de mim (Catarina, 27 anos, casada, 12º Ano de Escolaridade, 1ª gravidez).

Foi bastante positivo. Eu adorei a experiência. Uma pessoa parece que está em boas mãos e que nada acontece. Está mesmo segura. Conhecemos bem a pessoa, não é uma desconhecida para nós. Penso que ela nos motiva mais, dá-nos mais força até (Celina, 37 anos, casada, 12º Ano de Escolaridade, 2ª gravidez).

Todas as enfermeiras entrevistadas consideraram que a sua prestação de cuidados tem sido boa baseando-se, essencialmente, no *feedback* expresso pelas grávidas. Tudo indica que um *feedback* positivo é ainda motivo para a enfermeira especialista demonstrar confiança, segurança e satisfação pelo seu desempenho. A avaliação da satisfação das enfermeiras, permitiu perceber, entre outros aspectos, que independentemente da idade, incluindo aquelas que se encontram envolvidas em projectos no âmbito da vigilância pré-natal, demonstraram grande satisfação pelo trabalho realizado. As enfermeiras gostam do que fazem, embora algumas delas (n=5) estejam insatisfeitas com as condições de trabalho que condicionam o seu desempenho, *exempli gratia*, o espaço físico: instalações exíguas, com poucas condições e o não ter um local próprio para efectuar educação em grupo, a ausência de recursos de materiais, ou mesmo, a pressão realizada por outros profissionais. Como contexto onde se efectuam as práticas profissionais, o ambiente de trabalho é, de algum modo, um factor basilar

para aceder a cuidados de excelência, de forma a tornar a profissão de enfermagem especializada mais autónoma e credível. Tal como a O.E. (2007) tem sustentado, os «ambientes favoráveis à prática» como locais seguros, passarão a ser dotados de recursos suficientes de forma a facilitar uma prática multidisciplinar.

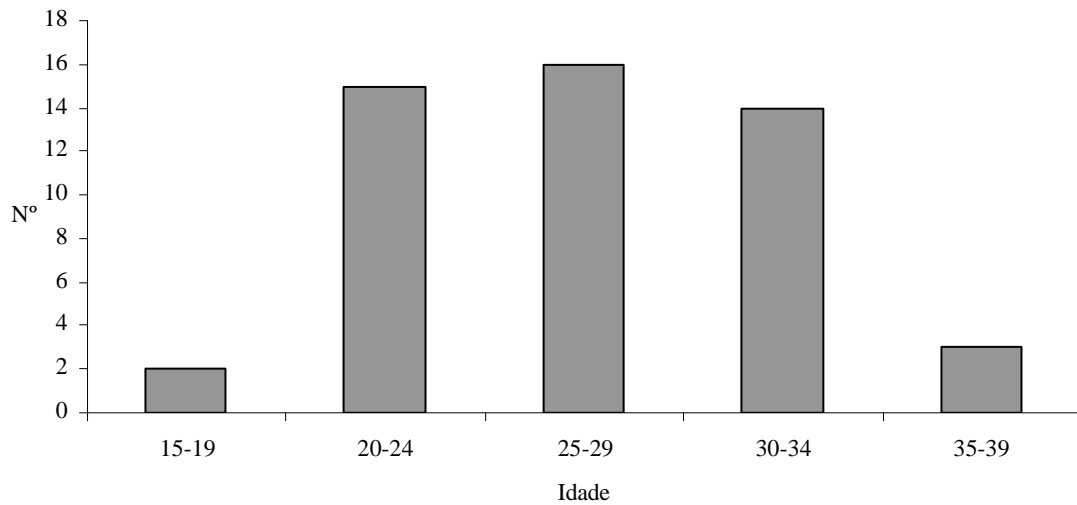
Com efeito, a qualidade em saúde subentende um ajustamento dos espaços das organizações a que se destinam (Costa, 2006). Apesar das condições da estrutura física ou de recursos humanos e materiais, as enfermeiras especialistas na execução das suas actividades junto das grávidas têm a percepção da importância do seu desempenho, das suas competências, dos seus conhecimentos e do seu compromisso profissional. Estar motivado e satisfeito com as condições de trabalho mostra-se fundamental pelo impacto positivo (*e.g.*, bem-estar) que tem na vida destas profissionais de saúde. A satisfação no trabalho é, sem dúvida, uma ferramenta indispensável para determinar a qualidade e a produtividade dos cuidados prestados. Mártires (2006) remete-nos para a relevância dos factores motivacionais intrínsecos, ligados com o conteúdo do desempenho que, quando presentes, permitem evitar a insatisfação.

No item seguinte, procedemos a uma breve caracterização da amostra das mulheres grávidas, identificando os aspectos que nos pareceram mais importantes.

3.2. Pertença social das entrevistadas

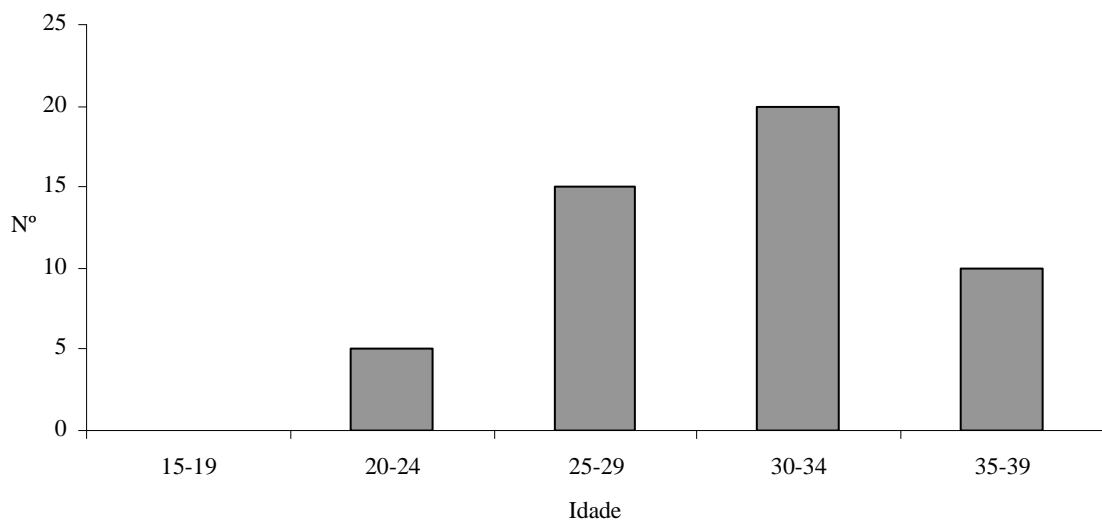
3.2.1. Idade da mulher grávida e do companheiro/cônjuge

Como já referimos, uma das amostras deste estudo é composta por cinquenta mulheres grávidas. Tomando por referência a variável “idade”, verificamos que a idade das grávidas varia entre os 18 e os 37 anos, cifrando-se a média nos 27 anos. Uma leitura dos dados constantes da Figura 16, permite-nos constatar que, relativamente à idade, a maior frequência de grávidas se concentra no intervalo 25-29 anos (n=16), seguida do intervalo 20-24 anos (n=15) e do intervalo 30-34 anos (n=14). Relativamente ao intervalo 35-39 anos, não vai além de três grávidas, enquanto o intervalo de 15-19 anos, inclui apenas duas grávidas.

Figura 16 – Idade das mulheres entrevistadas

Fonte: Dados retirados das entrevistas realizadas por nós entre Fevereiro e Julho de 2007.

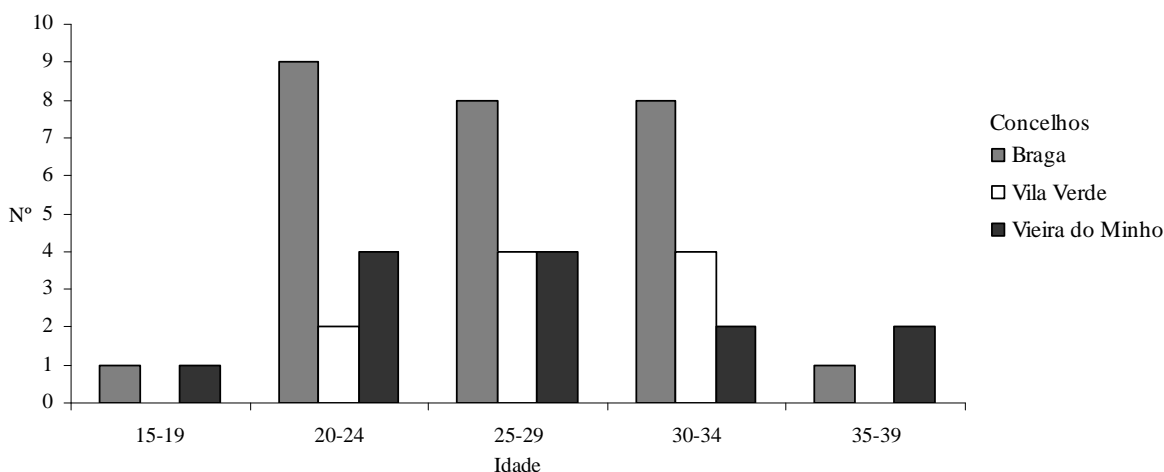
Tendo por base os dados inseridos na Figura 17, podemos constatar que a idade do marido/companheiro varia entre os 21 e os 37 anos, cifrando-se a média nos 30,5 anos. Podemos observar ainda que a maior incidência se encontra no grupo etário 30-34 anos (n=20), seguida do grupo etário 25-29 anos (n=15). Uma breve comparação entre a idade da grávida e do marido/companheiro, permite-nos concluir, desde logo, que a média de idade dos pais (30,5 anos) é superior à média de idade das mães que, conforme atrás referimos, não vai além dos 27 anos.

Figura 17 – Idade do marido/companheiro

Fonte: Dados retirados das entrevistas realizadas por nós entre Fevereiro e Julho de 2007.

A partir dos dados recolhidos, quisemos ainda saber a idade das mulheres por concelho. Conforme podemos observar nos dados da Figura 18, no Centro de Saúde de Braga a distribuição é muito semelhante: nove mulheres encontram-se na faixa etária dos 20-24 anos, oito na faixa etária dos 25-29 e ainda oito na faixa dos 30-34 anos. No Centro de Saúde de Vieira do Minho, a maior incidência ocorre nos grupos etários dos 20-24 e dos 25-29 anos, com quatro mulheres cada. Quanto a Vila Verde, a frequência maior é nos grupos etários dos 25-29 anos e dos 30-34 anos, com quatro mulheres cada. Nesta análise, não podemos esquecer que o melhor período, em termos biológicos, para engravidar é entre os 20 e os 35 anos de idade. Se comparamos os diferentes concelhos e analisarmos, de uma forma conjunta, a idade das grávidas entre os 20 e 34 anos, constatamos que não existem diferenças significativas.

Figura 18 – Idade das grávidas segundo o concelho



Fonte: Dados retirados das entrevistas por nós realizadas entre Fevereiro e Julho de 2007.

No Quadro 15, apresentamos, por concelhos e por idades, o número de mulheres que se encontravam grávidas pela primeira vez (n=35). Da análise dos dados, podemos constatar que a maior incidência de gravidezes é na classe dos 20-24 anos, nos concelhos de Braga com oito casos e no concelho de Vieira do Minho com quatro. Quanto ao concelho de Vila Verde, a maior incidência de gravidezes ocorre na classe dos 25-29 anos, com três gravidezes. Desta análise, podemos salientar, ainda, que não existe uma diferença significativa relativamente “idade das grávidas na primeira gravidez” entre os diferentes concelhos, pelo que o contexto rural ou urbano não é influenciador desta variável. Daqui resulta que, em média, a primeira gravidez ocorre no concelho de Vieira do Minho, pelos 24 anos, no concelho de Braga, pelos 25,9 anos, enquanto no concelho de Vila Verde tem lugar pelos 26,2 anos. Verificamos, assim, que no concelho de Vieira do Minho a idade em que a mulher tem o primeiro filho é

significadamente menor que no concelho de Braga (-1,9 anos) e que no concelho de Vila Verde (-2,2 anos), o que pode estar relacionado com diferentes factores, designadamente o facto de as mulheres serem menos escolarizadas (a taxa de escolarização no ensino superior é diminuta) ou darem menos importância às suas carreiras profissionais.

Quadro 15 – Idade da mulher ao 1º filho por concelhos

Centro de Saúde	Idade	Nº de Grávidas
Braga	15-19	1
	20-24	8
	25-29	6
	30-34	5
	35-39	0
	Sub-total	20
Vila Verde	15-19	0
	20-24	2
	25-29	3
	30-34	2
	35-39	0
	Sub-total	7
Vieira Minho	15-19	1
	20-24	4
	25-29	2
	30-34	1
	35-39	0
	Sub-total	8
	Total	35

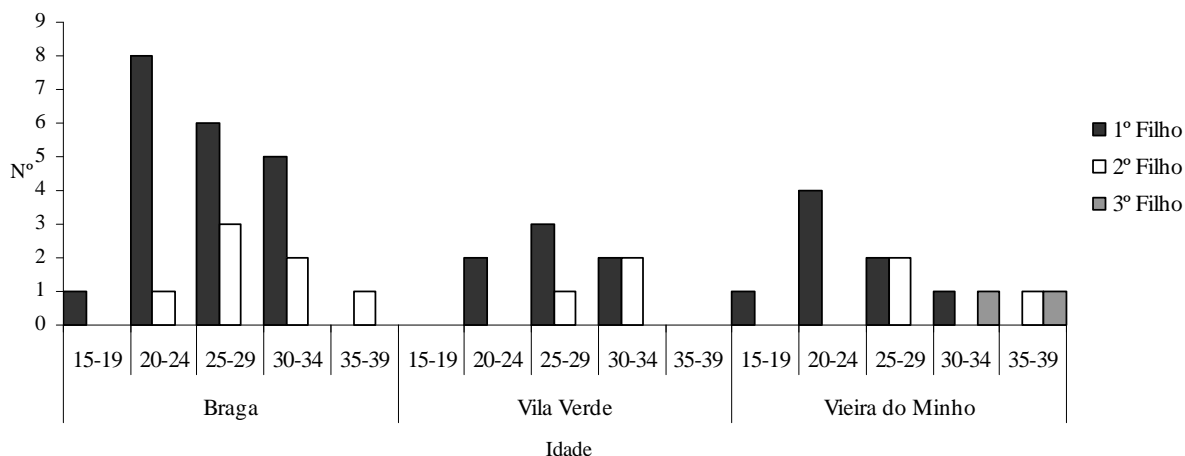
Fonte: Dados retirados das entrevistas por nós realizadas entre Fevereiro e Julho de 2007.

Comparando estes resultados com os divulgados pelo I.N.E., em 2009b, relativamente à Região Norte, constatamos que existe uma diferença entre os valores médios que resultam da amostra e os divulgados por este organismo (28,2 anos), que apresentam ainda como média de idade da mãe, aquando do nascimento do primeiro filho, 27,9 anos para a Região do Vale do Ave e 28,6 anos para a Região do Vale do Cávado. Estes resultados levam-nos a concluir que a primeira gravidez ocorre cada vez mais tardiamente, sendo a média do país de 28,4 anos. Assim, destacamos que nos últimos 15 anos, o adiamento do nascimento do primeiro filho é uma realidade.

Na Figura 19, os dados demonstram o número de filhos segundo as idades das grávidas e o concelho de pertença. Verificamos que no concelho de Braga e concelho de Vieira do Minho o nascimento do segundo filho ocorre com maior frequência na faixa etária

dos 25-29 anos, enquanto que em Vila Verde surge na faixa etária dos 30-34 anos. O nascimento do terceiro filho verifica-se apenas no concelho de Vieira do Minho.

Figura 19 – Número de filhos segundo as idades das grávidas e o concelho de pertença



Fonte: Dados retirados das entrevistas por nós realizadas entre Fevereiro e Julho de 2007.

A percentagem de primeiros filhos de mulheres com menos de 24 anos tem diminuído progressivamente. Em Portugal, tal como nas demais sociedades ocidentais, tem vindo a aumentar o número de mulheres que são mães pela primeira vez depois dos 25 anos e, sobretudo, depois dos 30 anos (Lalanda, 2006). O adiamento do nascimento do primeiro filho vem fortalecer a disposição para a maternidade tardia. *É cada vez menor o número de primeiros filhos de mães com menos de 20 anos e, em compensação, o grupo das mulheres entre os 30 e os 39 anos vive cada vez mais a experiência da maternidade pela primeira vez, o que, em geral, corresponde a um menor número de gravidezes no percurso reprodutivo* (Lalanda, 2006, 18). Segundo o I.N.E. (2007e, 3)⁶⁷, o adiamento da maternidade espelha as modificações demonstradas no ciclo de vida, designadamente *quanto à participação no sistema de educação e formação, à inserção no mercado de trabalho, à entrada na conjugalidade, à formação da própria família e, conseqüentemente, à entrada na parentalidade*. A este facto não é alheio o maior consumo e eficácia dos métodos contraceptivos. Constatamos que entre 1975 e 2005, as mulheres retardaram em quatro anos a idade média à primeira maternidade. Actualmente, alguns dos motivos apontados por especialistas que contribuem para o “atraso” da maternidade são: um casamento tardio, uma

⁶⁷ Por ocasião do dia em que se comemorou o 32º aniversário sobre a criação do Dia Internacional da Mulher e no ano instituído como Ano Europeu da Igualdade de Oportunidades para Todos (2007) - Para uma Sociedade Justa, o Instituto Nacional de Estatística apresentou alguns indicadores sobre a situação da mulher em Portugal, com especial destaque nos aspectos demográfico, emprego e educação.

vida profissional intensa e a conquista de determinados objectivos, quer a nível pessoal quer a nível profissional.

3.2.2. Estado Civil

A partir da amostra recolhida, constatámos que trinta e sete das cinquenta mulheres entrevistadas eram casadas, demonstrando que a maioria dos nados-vivos continua a ocorrer no seio da instituição matrimonial (Quadro 16).

Quadro 16 – Estado civil das grávidas

Estado Civil e marital	Nº de Grávidas
Casada	37
Solteira	4
Unida de facto	7
Divorciada	2

Fonte: Dados retirados das entrevistas por nós realizadas entre Fevereiro e Julho de 2007.

Almeida (2003) salientava que, em Portugal, o recurso ao casamento-instituição perdura e continua a ser esmagador. Sendo uma instituição social e/ou religiosa, o casamento permite a união entre dois seres humanos (Leandro, 2001b). As pessoas casam-se pelas mais diversas razões. Normalmente fazem-no para dar visibilidade à sua relação afectiva, para procurar estabilidade económica e social, para construir uma família, procriar, educar e legitimar o relacionamento sexual. Na opinião de Leandro (2001b), o casamento oficializa uma relação conjugal e familiar, embora o recurso ao casamento nem sempre ambicione os mesmos objectivos.

Conforme podemos observar ainda no Quadro 16, constatámos que 4 mulheres eram solteiras, 7 viviam em união de facto e 2 eram divorciadas. Deste modo, o casamento não é a única forma de conjugalidade, pois, outras formas, como a união de facto⁶⁸, estão a ganhar importância (Saraceno, 1997; Leandro, 2001b; Aboim, Cunha e Vasconcelos, 2005; Wall,

⁶⁸ Este conceito tem várias denominações das quais, entre outros, salientamos o *concubinato*, a *mancebia*, a *coabitação*, a *união livre*, *viver maritalmente*, o *casamento experimental*, o *casamento sem papéis* (Leite, 2007, 100). Saraceno (1988, 105) refere as *convivências não matrimoniais*.

2005; Leite, 2007; Lalanda, 2007; Barreto e Pontes, 2007a). *Este tipo de solução simultaneamente sentimental e habitativa não é, por certo, uma invenção recente, mas novo é o significado que lhe é atribuído pelos indivíduos e o grau de reconhecimento social e de legitimação de que goza* (Saraceno, 1997, 105). É de referir que Portugal adoptou medidas de protecção das uniões de facto (Lei nº 7/2001, de 11 de Maio), Lei esta que regula a situação jurídica de duas pessoas que vivam em união de facto há mais de dois anos.

Todos nós sabemos as importantes e significativas transformações que têm vindo a ocorrer no seio da família, particularmente desde os finais dos anos 60 do século XX. A formação da família e o seu funcionamento passaram a ser vistos de forma original pelos actores sociais, adoptando, em muitos casos, novos contornos (Leite, 2007). De um modo geral, o casamento como rito católico é predominante em Portugal, embora esteja a diminuir. Lalanda (2007) refere que, em 1960, era de 90,8% e, em 2003, de 59,6%, passando a Taxa de Nupcialidade, nos mesmos anos, de 7,8 para 5,1%. Actualmente e segundo dados do I.N.E de 2008, esta taxa continua em decréscimo, sendo em 2007 de 4,4%. Em 2008, a porção de casamentos católicos para a Região do Vale do Cávado era de 59,2% e para a Região do Vale do Ave de 60,4%. o que é superior à percentagem da Região Norte (54,7%), mas também de Portugal (44,4%).

Neste contexto, salientamos, da mesma forma, o aumento progressivo de uma percentagem de casamentos onde, pelo menos um dos cônjuges, era divorciado. Em 2003 representava 16,4% dos casamentos⁶⁹ e explica o aparecimento, cada vez mais significativo, de novas estruturas familiares, como sejam as famílias *monoparentais* e as famílias *recompostas*. No nosso estudo, identificamos esta situação em duas famílias.

De facto, nas últimas décadas, testemunhámos mudanças relevantes nos padrões de nupcialidade e conjugalidade. Salientam-se, entre outros indicadores, o aumento do casamento civil em prejuízo do casamento religioso, dos valores do divórcio e dos nascimentos fora do casamento, bem como a diminuição das taxas de nupcialidade. Além de mais, estão cada vez mais difundidas, designadamente, a união de facto, quer seja de forma experimental, quer como uma alternativa ao casamento (Leite, 2007).

Apesar da união de facto não ser uma situação conjugal recente, ela tem aumentado consideravelmente nos últimos anos (2,0% em 1991 e 3,7% em 2001 em relação ao total da população residente e 3,9% para 6,9% para os mesmos anos em relação ao total da população casada). Não sendo específica de um dado grupo social ou de uma determinada região do

⁶⁹ A título de comparação salientámos que em 1960 era de 1,1 %.

País, torna-se uma alternativa ao casamento legal. Deste modo, apesar do casamento permanecer como a grande opção da maioria dos indivíduos, observa-se na Europa Ocidental, especialmente desde os anos 70 do século XX, o desenvolvimento da união de facto considerada como o adiamento da celebração oficial de uma união ou como um casamento experimental e, mais tarde, como uma alternativa da consumação de uma relação a dois, em detrimento do casamento jurídico.

Se o projecto procriativo só era socialmente aceite dentro da instituição do casamento, sendo considerados “ilegítimos” todos os nascimentos ocorridos fora daquele, situação fortemente criticada moralmente, a difusão de métodos contraceptivos eficazes veio trazer novas possibilidades ao casal de “programar” o nascimento dos seus filhos, quer controlando o seu número, quer definindo o intervalo de tempo entre os nascimentos, independentemente da situação conjugal vivida (Leite, 2007, 129). Conforme se confirma pelos dados evidenciados no Quadro 17, verificamos que, relativamente aos concelhos em estudo, em média, 77,4% dos nados-vivos ocorrem no seio do casamento, enquanto 22,6% têm lugar fora da instituição matrimonial. Os dados publicados pelo I.N.E. relativos ao Recenseamento da População de 2001, também já demonstravam estes aspectos. Leandro (2001b) refere, ainda, que o fenómeno dos filhos nascidos fora do casamento se revela, particularmente, por duas razões: o ser adolescentes e viverem em união de facto. Os dados por nós recolhidos confirmam que é no concelho de Braga que este facto ocorre com maior frequência.

Quadro 17 – Nados-vivos em função do vínculo conjugal

Concelhos	Nados-vivos	Dentro do casamento		Fora do casamento	
		N.º	%	N.º	%
Braga	1.936	1.458	75,3	478	24,7
Vieira do Minho	100	80	80,0	20	20,0
Vila Verde	463	395	85,3	68	14,7
Total	2.499	1.933	77,4	566	22,6

Fonte: Elaborado por nós a partir das Estatísticas apresentadas no Anuário Estatístico da Região Norte de 2008.

Não podemos esquecer que à escala nacional, as Estatísticas Demográficas de 2008 salientavam que 36,2% dos nados-vivos nasceram fora do casamento, enquanto na região Norte este rácio era de 26,3%, para a região do Cávado era de 19,4% e para a região do Ave

de 19,8%. As estatísticas demonstram que a percentagem dos nados-vivos fora do casamento tem vindo a aumentar substancialmente, principalmente na Região de Lisboa e Vale do Tejo, sendo a média (39,3% em 2003) superior à média europeia (31,4% - Lalanda, 2007).

Cruzando estes dados com a variável idade (Quadro 18), observamos que as mães solteiras representam, exactamente, 8% da amostra (n=4). Destas, duas são adolescentes e duas pertencem à faixa etária dos 20 aos 24 anos. Segundo o I.N.E., em termos nacionais, a população solteira apresenta a maior proporção até aos 24 anos. No que diz respeito à união de facto, 6% (n=3) fazem parte da faixa etária dos 30-34 anos e as restantes com 4%, respectivamente, fazem parte da faixa etária dos 20-24 e dos 25-29 anos, o que vai ao encontro dos dados apresentados pelo I.N.E. em 2001b.

Quadro 18 – Estado civil *versus* idade da entrevistada

Estado civil	Idade	N.º	%
Solteira	15-19	2	4,0
	20-24	2	4,0
	Sub-total	4	8,0
Casada	15-19	0	0,0
	20-24	11	22,0
	25-29	14	28,0
	30-34	10	20,0
	35-39	2	4,0
	Sub-total	37	74,0
Unida de facto	15-19	0	0,0
	20-24	2	4,0
	25-29	2	4,0
	30-34	3	6,0
	Sub-total	7	14,0
Divorciada	15-19	0	0,0
	20-24	0	0,0
	25-30	0	0,0
	30-34	1	2,0
	35-39	1	2,0
	Sub-total	2	4,0
Total		50	100,0

Fonte: Dados retirados das entrevistas por nós realizadas entre Fevereiro e Julho de 2007.

3.2.3. Nível de Instrução

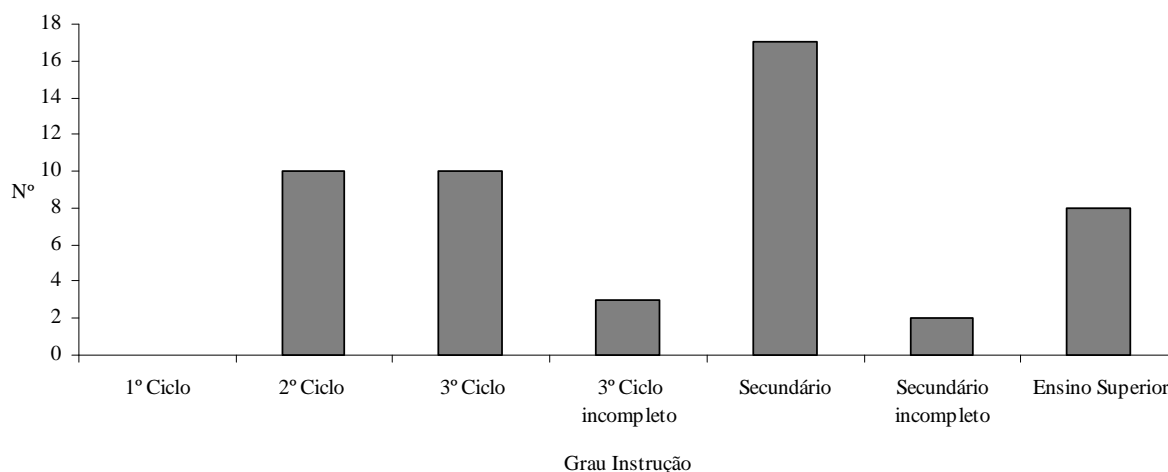
A escola é um agente de socialização por excelência e assume, cada vez mais, relevância na propagação da cultura e na diferenciação social (Amorim, 2005). O nível de instrução, como indicador do estatuto socioeconómico, tem uma influência directa na saúde das pessoas. É uma das exigências básicas para aferir as condições necessárias a um adequado desenvolvimento sociocultural e ao avanço científico-tecnológico. Este facto pode estar relacionado com o nível de produtividade e mesmo com o nível de vida. Uma das razões basilares que levaram as democracias a fomentar a escolarização de massa foi a evidência de que a elevação do nível de instrução permitiria diminuir as desigualdades sociais (Demartis, 2006). Para além de estar relacionado com as condições gerais de vida da população, tais como, o acesso a serviços, o nível de instrução interfere, ainda, na possibilidade de receber e interpretar informações de promoção de saúde, influenciando as estratégias utilizadas para enfrentar problemas que possam surgir.

Segundo o Censo da População de 2001 e não obstante os progressos feitos, Portugal apresenta uma taxa de analfabetismo superior à de outros países (9%). O distrito de Braga apresentava valores superiores à média nacional (10,6% para o Distrito *versus* 9% para Portugal). Porém, o concelho de Braga, apresenta um índice inferior à média nacional (5,8%) e bastante inferior ao índice de Vila Verde (11,9%) e de Vieira do Minho, (12,8%). Podemos concluir que os maiores índices se encontram nos concelhos mais rurais.

Na perspectiva de Amorim (2005), parece haver nos meios rurais, uma depreciação social dos títulos escolares, do saber letrado face ao saber prático, fazendo com que muitos pais não acompanhem nem estimulem os filhos no prosseguimento dos estudos. Para exemplificar esta ideia citamos Iturra (1990, 92), *fugir ao pensamento do cálculo racional é apenas natural no confronto de duas culturas que se exprimem de maneira tão diferente e (...) é tanto o esbarrar acima referido, como o praticar as técnicas de escrita e leitura apenas para os conteúdos dos estudos, vivendo o quotidiano hierárquico como prática que treina o pensamento. De modo que, longe de fugir da terra para ir à escola (...) acaba por se fugir dela para permanecer na terra, com ideia de se ser incapaz.*

Conforme se pode constatar dos dados incluídos da Figura 20, verificamos que das cinquenta grávidas que compõem a amostra, dez têm como nível de instrução o 2.º ou o 3.º ciclo do Ensino Básico, dezassete frequentaram o Ensino Secundário, enquanto oito concluíram o Ensino Superior, tendo obtido o grau de Licenciada.

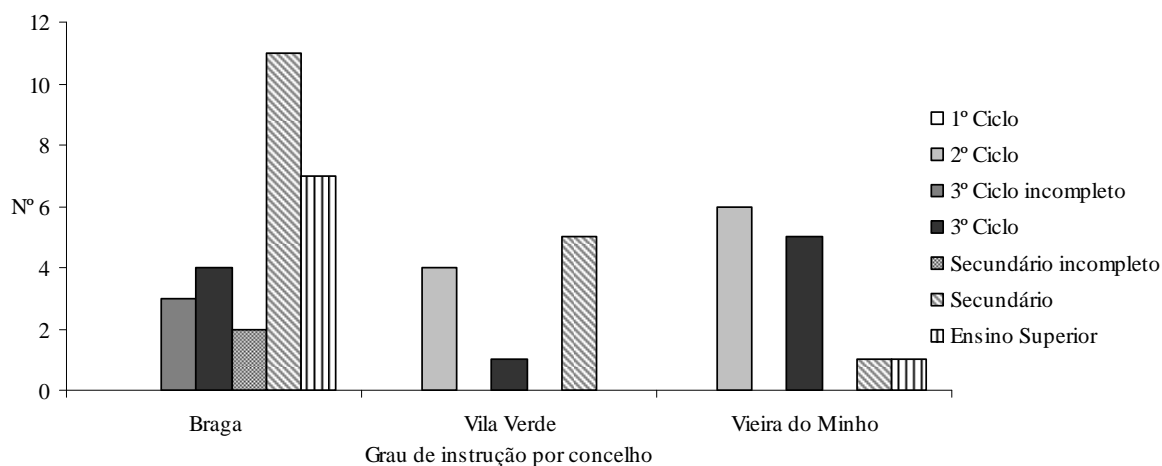
Figura 20 – Grau de instrução das grávidas



Fonte: Dados retirados das entrevistas por nós realizadas entre Fevereiro e Julho de 2007.

Tendo por base os dados da Figura 21, podemos referir que no concelho de Vieira do Minho a maioria das grávidas (n=6), têm um grau de instrução ao nível do 2º Ciclo do Ensino Básico, que em Braga a maioria está ao nível do Ensino Secundário (n=11) e que em Vila Verde se encontra ao nível do Ensino Secundário (n=5). Dentro deste panorama e de acordo com as estatísticas nacionais, não podemos desprezar que a região do Ave surge como uma das regiões menos escolarizadas do Norte de Portugal, situando-se Vieira do Minho dentro desta região.

Figura 21 – Grau de instrução das grávidas por concelhos



Fonte: Dados retirados das entrevistas por nós realizadas entre Fevereiro e Julho de 2007.

3.2.4. Profissão

Conforme se verifica através dos dados do Quadro 19, relativamente à situação da grávida e do marido/companheiro perante o trabalho, observamos que a maioria (56% - n=28) das grávidas e 92% (n=46) dos maridos, são trabalhadores por conta de outrem, enquanto 4% (n=2) das grávidas trabalham por sua própria conta, o mesmo acontecendo a 8% (n=4) dos homens.

Quadro 19 – Condição da grávida e do marido/companheiro perante o trabalho

Situação perante o emprego	Grávida		Marido/Companheiro	
	Nº	%	Nº	%
Empregador(a)	0	0,0	0	0,0
Trabalhador(a) por conta própria	2	4,0	4	8,0
Trabalhador(a) por conta de outrem	28	56,0	46	92,0
Desempregada(o)	16	32,0	0	0,0
Reformado(a)	0	0,0	0	0,0
Doméstico(a)	3	6,0	0	0,0
Estudante	1	2,0	0	0,0
Total	50	100,0	50	100,0

Fonte: Dados retirados das entrevistas por nós realizadas entre Fevereiro e Julho de 2007.

Destacamos ainda que 6% (n=3) das grávidas são domésticas e 32% (n=16) estão desempregadas. Algumas delas referiram-nos que depois da entidade patronal tomar conhecimento da sua gravidez, o seu contrato de trabalho não foi renovado. Como referiu Lisboa (1994, 81) *têm-se feito esforços, do ponto de vista administrativo, no sentido de clarificar e de proteger, considerando sempre a maternidade com um alto valor social. No entanto, para além dos esforços legislativos e das instituições, a discriminação por motivos de maternidade não está completamente banida da sociedade e do mundo do trabalho.*

Na opinião das utentes entrevistadas, estas não são despedidas por estarem grávidas, simplesmente não vêem os seus contratos de trabalho serem renovados. É particularmente na indústria que estas situações acontecem com maior frequência. De facto, ao olhar dos empregadores, o estar grávida vai provocar problemas na competitividade empresarial, uma vez que as mulheres deixam de ser suficientemente rentáveis porque, com o evoluir da gravidez, são mais lentas a desempenhar as suas funções. Para além disso, terão que lhes

proporcionar as idas mensais às consultas de vigilância pré-natal e, a seguir, terão que lhes facultar o gozo da licença de maternidade e de amamentação⁷⁰. Não serão ausências em excesso? Questiona frequentemente a entidade patronal. De facto, esse tempo não é, muitas das vezes, entendido pela entidade patronal como assiduidade e produtividade. Então, algumas questões podem surgir: porquê investir neste tipo de mão-de-obra, se posso ter outro mais produtivo? Na verdade, esta forma de agir não deixou de ser discriminatória pelo facto da mulher querer ter um filho. Além disso, agudiza o fenómeno social das consequências decorrentes da intensa descida das taxas de fecundidade e de natalidade, uma vez que estas não são apenas problemas individuais e familiares, mas, sobretudo, sociais. Nestes termos, todas as instâncias sociais, profissionais e políticas têm responsabilidades acrescidas. Portugal tem acompanhado as tendências e orientações da legislação internacional, procedendo à revisão da legislação relativa à protecção da maternidade e paternidade. Todavia, é imprescindível a dedicação de cada pessoa no desencadear de uma mudança de mentalidades e de aceitação de novos valores humanos, necessitando, para isso, de um adequado conhecimento e de uma exigência dos seus direitos, bem como, do cumprimento das suas obrigações.

Comparando os resultados obtidos pelos três concelhos, verificamos que no concelho de Braga, 55,6% das mulheres trabalham por conta de outrem, 40,7% encontram-se desempregadas e 3,7% são estudantes. No concelho de Vieira do Minho, 38,5 % das mulheres estão desempregadas, 30,8% trabalham por conta de outrem, 23% são domésticas e 7,7% trabalham por conta própria, enquanto no concelho de Vila Verde, 90% trabalham por conta de outrem e 10% por conta própria. Os dados obtidos vão de encontro ao observado no Pré-Diagnóstico Social efectuado pelo C.L.A.S. para o concelho de Vieira do Minho, onde a taxa de desemprego é elevada. Na página 74 desse Relatório podemos ler que *as mulheres, para além de terem menor representatividade no tocante à população economicamente activa*

⁷⁰ A Lei n.º 4/84, de 5 de Abril, sobre a protecção da maternidade e da paternidade, teve sucessivas revisões. Assim, a Lei n.º 4/84, de 5 de Abril, alterada pelas Leis n.º 17/95, de 9 de Junho, n.º 102/97, de 13 de Setembro, n.º 18/98, de 28 de Abril, n.º 118/99, de 11 de Agosto, n.º 142/99, de 31 de Agosto, rectificada e republicada pelo Decreto-Lei n.º 70/2000, de 4 de Maio, bem como o Decreto-Lei n.º 230/2000, de 23 de Setembro, n.º 154/88, de 29 de Abril (alterado pelo Decreto-Lei n.º 333/95, de 23 de Dezembro, n.º 347/98, de 9 de Novembro, n.º 77/2000, de 9 de Maio) e n.º 194/96, de 16 de Outubro, que a regulamentam, constituem o quadro legal da protecção da maternidade e paternidade. A Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto que aprova o Código de Trabalho e a Lei n.º 35/2004, de 29 de Julho que aprova o Código de Trabalho vem regular melhor estas questões. Na nossa opinião, a protecção consentida à grávida é de grande interesse dado o elevado índice de mulheres que trabalham, tendo em conta a natureza dos bens a proteger e dos valores a defender. Nesta perspectiva, nas últimas décadas, as grandes organizações internacionais e os governos dos diversos países, dedicam-se de uma forma especial aos problemas da mulher trabalhadora, durante o período gestacional, garantindo-lhe legalmente o direito a uma protecção especial, em função da maternidade.

No dizer dessas Leis, *os pais e as mães têm direito à protecção da sociedade e do Estado na realização da sua insubstituível acção em relação aos filhos, nomeadamente quanto à sua educação, com garantia de realização profissional e de participação na vida cívica do país. A maternidade e a paternidade constituem valores sociais eminentes. As mulheres têm direito a especial protecção durante a gravidez e após o parto, tendo as mulheres trabalhadoras ainda direito a dispensa do trabalho por período adequado, sem perda da retribuição ou de quaisquer regalias. A lei regula a atribuição às mães e aos pais de direitos de dispensa de trabalho por período adequado, de acordo com os interesses da criança e as necessidades do agregado familiar. A família, como elemento fundamental da sociedade, tem direito à protecção da sociedade e do Estado e à efectivação de todas as condições que permitam a realização pessoal dos seus membros.*

(apesar do sexo feminino ser em maior número no concelho) são o grupo mais afectado pela inactividade e pelo desemprego. Deste modo, a população feminina encontra-se mais vulnerável a vivências de pobreza e exclusão social.

Em 2005, a Taxa de Desemprego em Portugal era de 7,6%. Trata-se de um acréscimo de 0,9%, face a 2004 (I.N.E., 2007a). O Alentejo apresentava a taxa de desemprego regional mais elevada com 9,1%, embora o Norte e Lisboa constituíssem as duas outras regiões com taxas de desemprego superiores à média nacional com 8,8% e 8,6%, respectivamente. É importante referir que *a população empregada por conta de outrem em Portugal era de 3.883,2 mil indivíduos no 1º trimestre de 2007, o que corresponde a três quartos da população empregada total. Face ao trimestre homólogo de 2006, assistiu-se a um crescimento no número de trabalhadores por conta de outrem de 0,5% (18,3 mil indivíduos), enquanto que, face ao trimestre anterior, se assistiu a um decréscimo de 0,4% (correspondendo a 14,4 mil indivíduos)* (I.N.E., 2007b, 6).

Porém, as estatísticas publicadas pelo I.N.E. no primeiro trimestre de 2007, salientam, ainda mais, o aumento da população desempregada em Portugal, estimada agora em 469,9 mil indivíduos. Houve, de facto, um acréscimo homólogo de 9,4% e um aumento trimestral de 2,5%. O número de mulheres desempregadas aumentou cerca de 3,8%, o que representa mais 9,4 mil pessoas. Constatamos ainda que foi na região Norte que o número de empregados diminuiu cerca de 1,0%, face ao referido trimestre. Este facto constituiu o maior decréscimo absoluto de empregados do país, levando a que o número de desempregados tenha aumentado em 6,0%, abrangendo 10,6 mil indivíduos. A junção da evolução destas duas variáveis ocasionou o aumento na taxa de desemprego da região Norte de 8,9%, no 1º trimestre de 2006, para 9,5%, no 1º trimestre de 2007 (I.N.E., 2007b). Deste modo, em conjunto com o Alentejo, a região Norte continua a ser a região que regista a taxa de desemprego mais elevada do país no 1º trimestre de 2007. Esta região apresenta, no 1º trimestre de 2010, a segunda maior taxa de desemprego do país. O número de residentes na região Norte na situação de desemprego, no 1º trimestre de 2010, era de 247,4 mil indivíduos, representando 41,8% do total de desempregados no país (I.N.E., 2010a).

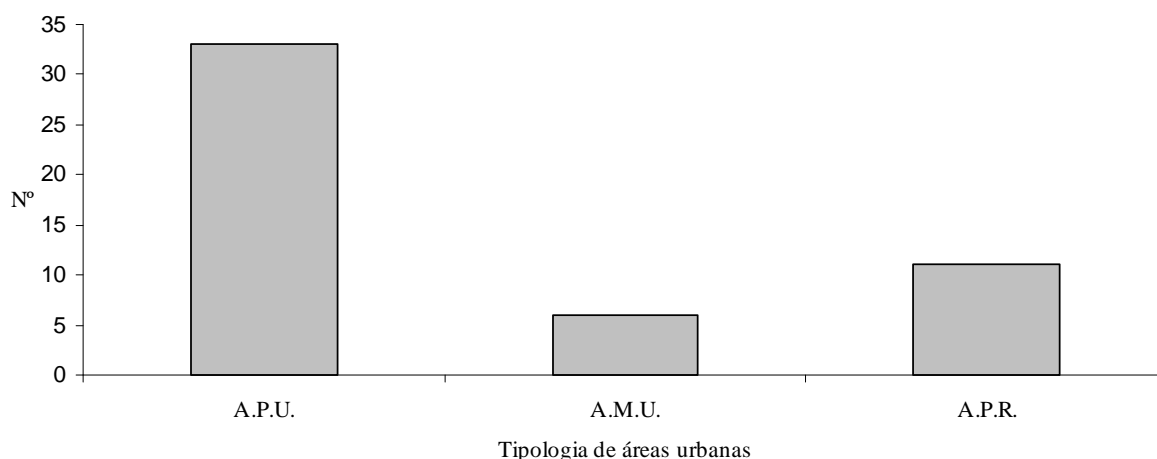
Quando partimos para a análise das profissões e tendo em conta uma listagem de profissões bastante diversificadas, consideramos indispensável agrupar estas profissões segundo a Classificação Portuguesa de Profissões de 2010 (C.P.P./2010) preconizada pelo Instituto Nacional de Estatística (I.N.E., 2010b). Uma análise quanto ao enquadramento nas diversas categorias, permite-nos concluir que 33,3% das mulheres trabalhadoras (n=10) se inserem na categoria de *Trabalhadores qualificados da indústria, construção e artífices*, 26,7%

(n=8) se enquadram na categoria *Pessoal administrativo*, 13,3% (n=4) se incluem na categoria de *Especialistas das actividades intelectuais e científicas* e que a mesma percentagem se enquadra na categoria de *Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção, segurança e vendedores*. Das restantes, 10% (n=3) podem qualificar-se na categoria de *Técnicos e profissões de nível intermédio*, enquanto 3,3% (n=1) se situam na categoria de *Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem*. A estrutura do tecido produtivo do concelho e do distrito de Braga, é francamente delimitada pela preponderância dos sectores secundário (e.g., indústrias e construção civil) e, particularmente, pelo sector terciário (e.g., comércio e serviços), assim como, pelo número de empresas circunscritas no território, pela estrutura do emprego, *exempli gratia*, trabalhadores por conta de outrem/emprego estruturado não público (Leandro e Silva, 2003).

3.2.5. Residência

Relativamente à qualificação da freguesia de residência, tendo por base a classificação do I.N.E. (T.I.P.A.U., 2009) anteriormente descrita, constatamos que, das cinquenta mulheres grávidas entrevistadas, trinta e três vivem em Áreas Predominantemente Urbanas, seis em Áreas Mediamente Urbanas e onze em Áreas Predominantemente Rurais (Figura 22).

Figura 22 – Concelhos de residência segundo a TIPAU/2009



Fonte: Dados retirados das entrevistas por nós realizadas entre Fevereiro e Julho de 2007.

É de destacar que embora três mulheres residam no concelho de Braga e uma no concelho de Montalegre, realizaram o seguimento da sua gravidez no Centro de Saúde da

freguesia onde nasceram, ou seja, em Vila Verde e em Vieira do Minho e duas fizeram a preparação para o parto no Centro de Saúde vizinho ao concelho onde residiam por não existir essa actividade no seu Centro de Saúde (Quadro 20).

Quadro 20 – Distribuição da residência da mãe segundo a TIPAU/2009

Concelho de residência	A.P.U.	A.M.U.	A.P.R.
Braga	29	1	0
Vila Verde	3	2	0
Vieira do Minho	0	2	10
Amares	1	1	0
Montalegre	0	0	1

Fonte: Dados retirados das entrevistas por nós realizadas entre Fevereiro e Julho de 2007.

A naturalidade das grávidas que constituem a amostra é bastante diversificada em termos de localização geográfica (Quadro 21). Verificamos que trinta e seis nasceram nos concelhos alvo do estudo e oito nasceram noutros concelhos de Portugal Continental. Todavia, seis mulheres nasceram em países da Europa ou da América do Sul. Este cenário está relacionado com o facto da emigração ter sido, há alguns anos, extensiva a todo o território português e, particularmente, ao distrito de Braga (Cassola Ribeiro, 1986; Neto, 1986; Remoaldo, 2002a; Peixoto, 2002; Rosa, Seabra e Santos, 2003).

Quadro 21 – Naturalidade da grávida

		Nº de Grávidas
Concelhos em estudo	Braga	17
	Vila Verde	8
	Vieira do Minho	11
	Subtotal	36
Outros concelhos	Amares	1
	Porto	1
	Setúbal	1
	Terras de Bouro	1
	Cabeceiras	1
	Famalicão	1
	Povoa de Lanhoso	1
	Viana do Castelo	1
Subtotal	8	
Outros Países	Rússia	1
	Roménia	1
	Ucrânia	1
	Venezuela	1
	Brasil	2
	Subtotal	6
	Total	50

Fonte: Dados retirados das entrevistas por nós realizadas entre Fevereiro e Julho de 2007.

O fenómeno migratório faz parte integrante, à escala mundial, da realidade económica e social actual. Portugal tem uma velha história de emigração. Contudo, passou a ser também, nas últimas décadas, um país de acolhimento de importantes comunidades de imigrantes. Podemos constatar que o processo de imigração para Portugal teve vários momentos. Nesta perspectiva, os fluxos imigratórios não são um fenómeno recente, remontando a sua origem aos séculos XVI-XVII, com a “importação” de escravos, sobretudo oriundos de África, para compensar a carência de mão-de-obra decorrente do modelo de expansão colonial português. Por volta dos anos 60 e até aos anos 90 do século XX, a maioria da imigração em Portugal era oriunda de países lusófonos, designadamente africanos, dada a proximidade cultural e linguística. No entanto, a partir de 1999, começou-se a moldar um tipo de imigração diferente e em massa, proveniente da Europa de Leste, que surgiu repentinamente no país. A maioria

desses imigrantes estava dividida em dois grupos. Por um lado, realçamos os eslavos (ucranianos, russos e búlgaros) e, por outro, os latinos de leste (romenos e moldavos) (Fonseca, *et al.*, 2005; Barreto e Pontes, 2007b). *De países longínquos e, para nós, estranhos, com os quais Portugal nunca tinha qualquer relação densa ou intensa, chegavam dezenas de milhares de trabalhadores que rapidamente se espalharam por todo o país* (Barreto e Pontes, 2007b, 15).

Pires (2002) alude que na história recente da imigração em Portugal é possível diferenciar três períodos: o da imigração de África, na sequência da descolonização que se caracteriza pela fase pós-colonial, o dos anos 80 e 90, assinalados pelo crescimento e diversificação dos fluxos migratórios e que constitui a fase comunitária e, finalmente, na viragem do século, o período das novas migrações do Leste e do Brasil que representam a fase da globalização. Neste contexto, observamos um aumento progressivo do número de imigrantes em Portugal desde 1980 até 2005. Porém, é importante sublinhar, que se trata de uma evolução menosprezada, uma vez que existe um número importante de autorizações de permanência e um número incerto de imigrantes ilegais. De facto, estes são efectivamente residentes embora não possuam a autorização administrativa de residência. A população estrangeira residente no distrito de Braga em 2003 provinha, essencialmente, da Europa, da América Central e da América do Sul, bem como da África (Amorim, 2005).

Em Portugal, a imigração é ainda laboral, mas, cada vez mais, é também familiar. Todavia, como referem Barreto e Pontes (2007b), sabemos pouco sobre os projectos de vida desses imigrantes. Comparando com o que se verificou nos países de imigração tradicional, a reunificação familiar está a assumir uma importância crescente. *A reunificação familiar é hoje em dia a principal via de entrada da imigração para a União Europeia: mais de 75% dos fluxos de entrada anuais são constituídos por cônjuges, filhos e outros familiares. Porém, enquanto instrumento de regulação da imigração, trata-se de um aspecto relativamente recente do quadro político da Europa Ocidental* (Fonseca *et al.*, 2005, 25). Os mesmos autores salientam que, nas últimas décadas, as famílias são, cada vez mais, os actores primordiais de tomada de decisão, sendo as migrações compreendidas eficazmente se forem percebidas como parte de um conjunto mais vasto de estratégias de grupo que visam a sustentação e melhoria das condições socioeconómicas.

De igual modo, os imigrantes encontram, frequentemente, inúmeras barreiras quando têm acesso aos serviços de saúde. A falta de consciencialização acerca da importância dos cuidados de saúde, bem como a falta de confiança nos serviços de saúde do país de acolhimento, podem ser factores que levam a não recorrer a estes com assiduidade.

Frequentemente, reconhecemos que os imigrantes se defrontam com sérias barreiras linguísticas, que podem revelar-se problemáticas (Pestana, 1996; Fonseca *et al.*, 2005). Os profissionais de saúde não podem ignorar este fenómeno, uma vez que muitas das mulheres que recorrem aos serviços de saúde, fazem-no por causa da sua gravidez.

3.2.6. Religião professada

As religiões, como sistemas de crenças, desempenham um papel importante na vida social dos indivíduos e a intensidade de viver a fé determina, de algum modo, a conduta quotidiana de cada um. A religião está normalmente delimitada por três aspectos: as convicções/crenças religiosas, as práticas religiosas e a sociedade que equivale a estas convicções e práticas. O estudo da religiosidade revela-se, cada vez mais importante, no estudo da evolução da modernidade. De outro modo, os parâmetros que caracterizam as crenças e as filiações religiosas estão em mudança, significando, presumivelmente, um crescimento da individualização e da subjectivação do sentimento religioso, apesar de variável, de acordo com os diferentes contextos e tradições (I.N.E., 2000). Daí a importância atribuída ao facto de, neste estudo, se querer conhecer se as grávidas praticam algum tipo de religião.

Tendo em conta a ligação que nos pareceu à partida evidente, entre as práticas religiosas e a adopção de alguns comportamentos, bem como os saberes que possam deter sobre saúde e gravidez, impunha-se analisar até que ponto as mulheres que constituem a nossa amostra assumem a prática de alguma religião. Da análise dos dados, comprovámos que 98% (n=49) das grávidas tinham aderido a uma religião e apenas 2% (n=1) confessavam não ter qualquer tipo de religião. Em detalhe, constatámos que 90% (n=45) são católicas, 6% (n=3) ortodoxas e 2% (n=1) testemunhas de Jeová. É importante referir que nos concelhos de Vieira do Minho e de Vila Verde, a totalidade das mulheres (n=13 e n=10), respectivamente, refere professar a religião católica, enquanto que no concelho de Braga apenas 81,5% (n=22) diz professá-la. Se analisarmos, com maior detalhe, o perfil das grávidas que dizem ser católicas, apurámos que 26,7% (n=12) não frequentavam os serviços religiosos, 44,5% (n=20) raramente frequentavam os serviços religiosos, 26,7% (n=12) iam uma vez por semana à eucaristia e apenas 2,1% (n=1) ia à Eucaristia cerca de três vezes por semana. Resulta ainda que é nos concelhos mais rurais, como Vieira do Minho com 41,7% (n=5) e Vila Verde com 33,3% (n=4), que as mulheres mais confessam ir semanalmente à Eucaristia, enquanto que no

concelho de Braga, temos apenas (25% - n=3). Nos três concelhos existe uma percentagem elevada e muito semelhante de mulheres que raras vezes frequentam os serviços religiosos (Vieira do Minho e Vila Verde com 30% - n=6, cada e Braga com 40% - n=8).

Importa, no entanto, realçar que a área geográfica em estudo é de grande religiosidade, seja por convicção, seja por tradição, pelo que não nos surpreenderam os resultados encontrados. Nestas circunstâncias, os minhotos incidem a sua prática religiosa essencialmente nas liturgias dos domingos e dias de festa, muito embora possamos encontrar pessoas cuja frequência religiosa é diária. *O católico que pratica a religião de forma inseparável da cultura popular manifesta a sua adesão à Igreja, principalmente, através da prática semanal e ocasional das grandes festas anuais, quer sejam as grandes festas litúrgicas, quer o culto terapêutico dos santos e do padroeiro* (Costa, 1994, 1).

Eu costumo ir à missa várias vezes por semana, conforme o meu psicológico (Branca, 30 anos, unida de facto, 12º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

Este relato parece demonstrar a importância da vivência religiosa como um conforto e uma força para enfrentar os problemas da vida quotidiana, ainda que sobre o ponto de vista conjugal não se siga o exigido pela religião católica que perfilha a família com base no casamento institucional. Todavia, parece ter havido um declínio na assiduidade aos serviços religiosos. Leandro (2001b) refere que no início do século XXI, em todos os países ocidentais, a prática religiosa católica e a adesão institucional tem vindo a enfraquecer, mesmo que o religioso se desenvolva um pouco por toda a parte e que a maioria da sua população se assuma como cristã. De igual forma, Moore (2002) afirma que a religião está em declínio, desenvolvendo-se um processo de secularização⁷¹. Já Durkheim admitia que, com a evolução das sociedades modernas, a hegemonia da religião diminuiria (Giddens, 2000). Do

⁷¹ A secularização descreve o processo através do qual a religião perde a sua influência nas várias esferas da vida social (Giddens, 2000, 555). Segundo este autor, a secularização apresenta várias dimensões das quais salienta a dimensão de adesão às organizações religiosas (*i.e.*, o número de pessoas que frequentam a igreja e que aderem aos serviços religiosos), a dimensão de grau de influencia social, riqueza e prestígio das igrejas e de outras organizações religiosas e a terceira dimensão de religiosidade que está relacionada com as crenças e valores. No processo de secularização todas estas dimensões estão em declínio. Porém, a religião não estas prestes a desaparecer e continua a unir e a dividir as pessoas no mundo moderno (Giddens, 2000).

A palavra secularização vem de *saeculum*, que, no latim clássico, significava "século" (período de cem anos) e também "idade", "época". No latim eclesiástico, adquiriu o significado de "o mundo", "a vida do mundo" e "o espírito do mundo", sendo por esta via que se chegou ao sentido da palavra "secularização" (Entrevista do Padre e filósofo Anselmo Borges, Diário de Notícias de 4 de Junho de 2006).

A Igreja católica preocupa-se com estas questões. A título de exemplo salientamos a Conferência de D. José Policarpo à Ordem Equestre do Santo Sepulcro de Jerusalém em que o Cardeal Patriarca de Lisboa reflecte sobre o contexto da realização da missão da Igreja na sociedade concreta e no quadro da mutação cultural que o Ocidente, bem como a Encíclica de Bento XVI sobre a Esperança Cristã (2007) quando aborda a transformação da fé-esperança cristã no tempo moderno. Passamos a citar: *é necessária uma autocrítica da idade moderna feita em diálogo com o cristianismo e com a sua concepção da esperança. Neste diálogo, também os cristãos devem aprender de novo, no contexto dos seus conhecimentos e experiências, em que consiste verdadeiramente a sua esperança, o que é que temos para oferecer ao mundo e, ao contrário, o que é que não podemos oferecer. É preciso que, na autocrítica da idade moderna, conflua também uma autocrítica do cristianismo moderno, que deve aprender sempre de novo a compreender-se a si mesmo a partir das próprias raízes* (Bento XVI, Encíclica, 2007, 22).

mesmo modo, Weber falava do desencantamento do mundo. *O pensamento científico substitui, cada vez mais, as explicações religiosas e as actividades cerimoniais e rituais passam a ocupar só uma pequena parte da vida dos indivíduos* (Giddens, 2000, 531). Dix (2007) também menciona a existência de um confronto entre a secularização e a modernização que revelam o declínio galopante das práticas religiosas, dando como exemplo, os bancos vazios nos edifícios das religiões tradicionalmente institucionalizadas. Todavia, acrescenta que a modernização não causa o desaparecimento da religião, mas obriga a uma mudança das manifestações religiosas, ou seja, uma redefinição do campo religioso. *A teoria da secularização é hoje confrontada com dois fenómenos paralelos, a estabilização ou mesmo o regresso das crenças religiosas e a revitalização das religiões históricas por força de movimentos fundamentalistas* (Fernandes, 2003, 124).

No inquérito realizado às atitudes sociais dos portugueses em 2000, Cabral, Vala e Freire revelam que a religiosidade dos portugueses é de carácter heterodoxo, sincrético e pessoal, muito embora sob o amplo chapéu de um catolicismo nominalmente unificante. De acordo com os dados analisados da prática religiosa, um grupo de 42,6% de portugueses declararam uma frequência regular ou irregular à missa em contraste com outro grupo de 57,4% que raramente, ou nunca, frequentavam a igreja fora de actos sociais, como baptizados, casamentos ou funerais. É de assinalar que 27% de inquiridos manifestaram uma prática religiosa regular. É importante acrescentar que, normalmente, são as mulheres que frequentam mais os serviços religiosos.

O domingo ritma a vida, como dia de descanso e da eucaristia. Reunir-se ao domingo constitui um dos apoios empíricos da socialidade crente (Lima, 1994). Da nossa experiência cristã, observamos que há freguesias onde, ainda hoje, depois da eucaristia, os homens, mas também mulheres, dão continuidade ao convívio religioso no café da aldeia e, muitas vezes, em pequenos grupos, discutem alguns acontecimentos vividos durante a semana. Concordámos com Lima (1994) quando afirma que a Igreja actua como um ponto de socialidade. Contudo, parece haver alguma mudança em termos de comportamentos religiosos, uma vez que as gerações mais novas estão comprometidas com outros afazeres, como, por exemplo, o cinema, a discoteca, o descanso matinal ao domingo, a diversão, em vez de participarem activamente na Eucaristia Dominical, embora saibamos que a população está cada vez mais envelhecida, sendo em 2008, o índice de envelhecimento de 115 idosos por cada 100 jovens (I.N.E., 2009a).

Em jeito de síntese deste capítulo e para materializar o estudo que nos propusemos

desenvolver, considerámos enriquecedor conduzi-lo recolhendo dados a partir das enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica que desempenhavam funções nas Unidade de Saúde de Braga, Vila Verde e Vieira do Minho e das grávidas que realizavam vigilância pré-natal nestas mesmas unidades de saúde permitindo, desta forma, uma melhor exploração e análise das práticas educativas desenvolvidas. Presidiu à escolha destas instituições o facto da existência da prestação de cuidados à mulher grávida durante o ciclo gravídico-puerperal e da existência da enfermeira parteira que desenvolve intervenções no âmbito da vigilância pré-natal, mas também, por pertencerem a uma área geográfica rica em tradições e rituais, onde conceber e ter filhos sempre foi considerado um fenómeno bio-psico-sócio-cultural.

O primeiro momento de pesquisa permitiu-nos recolher um grande número de informações relacionadas com o perfil socioprofissional das enfermeiras, assim como a identificação da sua satisfação perante as práticas desenvolvidas. A opção pela realização de entrevistas semi-estruturadas, contribuiu determinantemente para efectuar esta caracterização. Identificados como os profissionais que mais intervêm na área da educação para a saúde, os principais atributos desta amostra prendem-se com a grande experiência destes profissionais no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários que têm um conhecimento adequado da comunidade a que dão cobertura. Vimos que, em média, apresentam 24,5 anos de serviço como enfermeiras e 13 anos como enfermeiras especialistas. Estas enfermeiras apresentam uma grande satisfação profissional, o que lhes permite desenvolver diversos projectos tais como, a “preparação psicoprofiláctica para o parto”, o “cantinho da amamentação”, a “massagem terapêutica ao recém-nascido”, entre outras.

O segundo momento de pesquisa, consistiu na realização de entrevistas semi-estruturadas a 50 grávidas o que permitiu conhecer o seu perfil socioeconómico. Nesta pesquisa, impressionou-nos particularmente a dimensão e a complexidade dos testemunhos revelados pelas mulheres e a sua necessidade em falar das suas experiências. Como principais características dos elementos da amostra, podemos salientar a existência de mulheres com idades diversificadas, sendo maior o peso relativo das mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 34 anos. É de realçar, também, que a maioria dos nados-vivos nasceu no seio de uma instituição matrimonial, muito embora 26% dos nascimentos tenha ocorrido fora do casamento. A elevada participação de mulheres que tiveram o seu primeiro filho demonstra a necessidade de um apoio efectivo por parte de familiares, nomeadamente, o apoio das avós que cuidam dos netos, o que pode ser identificado como um factor importante para a transmissão de saberes familiares.

Assim, reflectir sobre a vigilância da saúde da mulher, particularmente durante o

processo gestacional, remete-nos para a análise dos programas desenvolvidos nos serviços de saúde na perspectiva dos actores envolvidos.

CAPÍTULO IV - A VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: DIFERENTES OLHARES

1. O espaço de produção de cuidados: a consulta de vigilância pré-natal

As organizações de saúde podem ser vistas como um sistema estruturado de saberes, de funções e de tecnologias (Costa, 2006). Para analisar o processo de educação para a saúde, entendemos ser necessário olhar, em primeiro lugar, para o desempenho das enfermeiras especialistas na consulta de vigilância pré-natal, dando especial ênfase, à forma como organizam todo o processo. Como já referimos, uma vigilância pré-natal efectiva tem uma importância capital no desenvolvimento do processo de gestação, do parto e do nascimento, bem como nos índices de morbimortalidade materna e perinatal. Neste sentido, um dos principais objectivos dessa assistência implica a identificação de factores que possam pôr em risco a saúde materna e fetal e conhecer o momento mais adequado para intervir, evitando ou reduzindo as consequências prejudiciais desses riscos. *Uma assistência pré-natal de qualidade envolve a capacitação técnica continuada das equipas de saúde na resolução de problemas mais prevalentes, além do seu comprometimento com as necessidades das parcelas mais vulneráveis da população* (Dotto, Moulin e Mamede, 2006, 683).

Compreender a pessoa de uma forma global, tendo em conta os aspectos físicos, psicológicos, socioeconómicos e culturais, e estabelecer novas bases para o relacionamento dos profissionais de saúde e utentes envolvidos na produção de saúde, são factores fundamentais a considerar no desenvolvimento de uma vigilância pré-natal de qualidade. Acrescentámos, também, a construção de uma cultura de respeito dos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e reprodutivos. Sendo assim, a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, a fomentação da autonomia e do protagonismo dos diferentes intervenientes, e a co-responsabilização entre eles, são indispensáveis na prossecução daqueles objectivos. Igualmente, o estabelecimento de vínculos solidários e de participação colectiva, a identificação das necessidades sociais de saúde e a mudança nos modelos de cuidar, bem como a melhoria das condições de trabalho e de atendimento se nos afiguram como determinantes.

A Organização Mundial de Saúde (1996), no documento «Assistência no parto

normal: um guia prático» considera a enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica ou parteira como a profissional de saúde mais indicada para acompanhar a gravidez e o parto normal, para avaliar os riscos e para reconhecer sinais de complicações. Face a este enquadramento, podemos questionar a forma como funcionam os serviços de saúde do território em estudo. Importa salientar que a organização da vigilância pré-natal nos três concelhos em estudo, se inscreve no contexto das políticas de saúde vigentes em Portugal e que os profissionais de saúde afectos ao Centro de Saúde, seguem as normas da Direcção-Geral da Saúde.

1.1. O funcionamento das consultas

No que diz respeito ao funcionamento das consultas, constatámos, através dos relatos das enfermeiras, a existência de duas formas distintas de programação. Em determinados Centros de Saúde, nomeadamente nos do concelho de Braga, o primeiro contacto da grávida é com os serviços administrativos que, normalmente, a encaminham para a enfermeira especialista. Posteriormente, a enfermeira especialista tem um papel activo na marcação e no planeamento das consultas médicas e de enfermagem, uma vez que é ela que programa a primeira consulta em função da idade gestacional da mulher e da sua própria disponibilidade. Vejamos a seguinte narrativa:

Neste momento, o primeiro contacto de uma grávida com a unidade de saúde passa sempre por mim. Ela contacta os serviços administrativos e é logo encaminhada para mim. E eu, mediante a necessidade da grávida e a minha disponibilidade, programo logo uma primeira consulta. Se é mais ou menos urgente vou marcar na minha agenda e faço a programação da minha consulta. A primeira consulta é sempre com a enfermeira especialista (...) (Maria da Luz, parteira).

As consultas de enfermagem são marcadas num esquema de alternância com as consultas médicas, isto é, existem idades gestacionais em que a utente grávida é examinada pelo médico de família, e outras em que é consultada pela enfermeira especialista. Este esquema foi “negociado” entre os profissionais envolvidos no processo, em função da prescrição de determinados exames, tais como, as análises e as ecografias, que a enfermeira especialista, no contexto português, ainda não pode prescrever. A marcação destas consultas é, também, efectuada em função do encaminhamento da utente para o hospital à 36^a semana de gestação para realizar a consulta de referência preconizada pelas políticas de saúde. Segundo esta programação, a maioria das enfermeiras acompanham as utentes, mensalmente,

até à 36^a semana, momento em que a utente é encaminhada para a consulta de referência hospitalar. Porém, nalgumas situações, estas profissionais continuam, mesmo assim, a acompanhar estas grávidas até ao momento do parto, aproveitando as consultas para promover a saúde nos aspectos relativos ao puerpério. Noutras, as utentes são apenas seguidas em termos hospitalares, voltando a ser seguidas, novamente no Centro de Saúde, no pós-parto. Eis alguns exemplos:

(...) o primeiro contacto é sempre feito comigo. Por volta das 8 - 10 semanas vai à consulta médica, às 12 e 16 semanas é com o enfermeiro, às 20 com o médico, 24 com a enfermeira, às 28 e 32 com o médico e aqui nas consulta das 32^a semana, normalmente, ela é indicada para a consulta de referência no hospital à 36^a semana, mas, antes de ir à consulta das 36 semanas ao hospital, eu ainda programo uma consulta, para avaliar, mais uma vez, a mulher porque senão é muito tempo sem vigilância. É para fazer uma Educação para a Saúde mais aprofundada (...) (Maria da Luz, Parteira).

Na saúde materna, temos consulta em regime de alternância com o médico. O ideal será as dez consultas durante a gravidez. Então, nós fazemos assim: às 8 semanas vai ao médico de família; às 12 vem à enfermeira; às 16 vai ao médico; às 20 vai ao médico; às 24 à enfermeira; às 28 ao médico; às 32 ao médico; às 36 à enfermeira; às 38 ao médico e às 40, poderá vir só à enfermeira. Se houver necessidade, vai ao médico, também. Isto foi feito porque estudamos as idades “chave” em que é necessário pedir, por exemplo, ecografia, as análises do 1.º, 2.º e 3.º trimestre. Portanto, aí precisam da parte médica para prescrever, os exames e as ecografias, nomeadamente as análises. Fora dessas idades “chave”, vêm à enfermeira, embora, se precisar de alguma coisa, temos sempre o médico a quem podemos recorrer. Porém, no dia em que vai ao médico, passa pela enfermagem para avaliação de todos aqueles parâmetros comuns a todas as consultas e que são: peso, tensão arterial, análise sumária de urina, e alguma educação para a saúde, também que é feita antes da consulta médica (Maria de Fátima, Parteira).

Todavia, houve necessidade de, em determinadas unidades de saúde, fazer alguns reajustes a este esquema. A enfermeira especialista sentiu a necessidade de acompanhar, com maior frequência, a grávida, uma vez que deixava de ter uma visão global da utente quando esta era avaliada apenas pelo médico. Assim, independentemente de ir ou não à consulta médica, a grávida passa sempre pela enfermeira especialista, como podemos observar no seguinte relato:

Mesmo no dia que elas vêm à consulta médica, eu também faço uma avaliação. De início não era assim porque a senhora ia directamente ao médico. Só que eu achei que estava a perder um bocado o controlo sobre as mulheres, a linguagem usada não era a mesma. A programação das consultas acabava por não ser nas idades correctas como eu tinha proposto. Começou a ser assim um bocado confuso. E, então, eu optei por vê-las todas. Em todas as consultas, elas passam por mim. Há

consultas que são específicas de enfermagem, no entanto, no dia da consulta médica, anteriormente faz-se consulta de enfermagem (Maria da Luz, Parteira).

Existe uma outra forma de funcionamento das consultas. A utente vai aos serviços administrativos e são eles que marcam as consultas médicas em conformidade com os dias de atendimento para a consulta médica de saúde materna. No que diz respeito às consultas de enfermagem, são as próprias enfermeiras que marcam as suas consultas e que podem, ou não, coincidir com as consultas médicas. No entanto, devido às dificuldades que as mulheres apresentam para se deslocarem à consulta (*i.e.*, por razões laborais), as parteiras tentam marcá-las para o mesmo dia da consulta médica. Concordamos com o facto destas organizações, através dos profissionais que nelas desempenham funções, adoptarem práticas e comportamentos pautados pela procura global do bem-estar do utente, ficando como o centro dos cuidados (Costa, 2006).

Nós, normalmente fazemos a consulta de acordo com o médico. É uma consulta multidisciplinar. Os administrativos marcam a consulta. Eu, neste momento, com a informatização marco as minhas consultas no computador e, depois, mando as grávidas à secretaria marcar para a médica. (...) Nós temos um dia, que já está acordado no início do ano, para fazer a saúde materna uma vez por mês. É evidente que se fizer falta vigiar uma grávida, num período de tempo mais curto, eu marco uma consulta para mim sem problema nenhum. Se eu vir que a devo marcar antes de um mês, marco uma consulta para mim. (...) O esquema é de 4 em 4 semanas, depois às 36 semanas são encaminhadas para o hospital e são lá vigiadas de 15 em 15 dias e, depois, semanalmente. Aqui não voltam, só as que estão a fazer preparação para o parto. Todas as semanas, estou com ela duas vezes (Maria do Rosário, Parteira).

Em princípio, fazemos sempre coincidir as duas consultas para a grávida não vir aqui mais vezes porque, se é uma grávida trabalhadora, ela não pode...já perde o dia para vir à consulta médica e também seria mau estar a pedir-lhe para vir noutra dia. Algumas vezes não coincide, mas a maior parte das vezes, faz-se por coincidir no mesmo dia. Se é uma grávida que não trabalha já é mais fácil. Somos nós que agendamos as nossas consultas (Maria Rita, Parteira).

Como já referimos no enquadramento teórico, a gravidez de baixo risco, ou dita “normal”, poderia ser acompanhada, apenas, pela enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, encaminhando a gestante para a consulta médica, somente em caso de intercorrências. Todavia, isto não se verifica nos contextos em análise, onde se constata que a vigilância pré-natal é da responsabilidade do médico de família. No entanto, também consideramos importante o trabalho em equipa com uma abordagem multidisciplinar, orientado segundo uma prática pautada pelos princípios de promoção da saúde, permitindo, de

alguma forma, uma visão mais global com a incorporação de saberes diversificados. De facto, agir multiprofissionalmente obriga a uma interacção e a uma troca de experiências e de conhecimentos. Do mesmo modo, permite que cada elemento possa empenhar todo o seu potencial na relação com a grávida, para, em conjunto, engendrarem uma adequada produção de cuidados. Assim, observamos que os saberes e as práticas se complementam, implicando um espaço para que os diferentes agentes pratiquem a sua autonomia e responsabilidade.

Nas unidades de saúde onde a consulta de enfermagem não é previamente agendada pela enfermeira, acontece, frequentemente, ter que se atender as grávidas que têm marcação para o médico, não conseguindo desenvolver a consulta de enfermagem na sua totalidade, tornando-se a educação para a saúde apenas superficial, por manifesta falta de tempo. Neste caso, a produção de cuidados orienta-se para o atendimento de um corpo biológico individual, atendendo às orientações mínimas de vigilância.

1.2. Um “olhar” sobre a enfermeira especialista na consulta

As práticas de saúde no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários são processos de intervenção técnica e social, uma vez que se articulam com os diferentes actores sociais intervenientes no processo saúde/doença. Um dos elementos decisivos nas organizações de saúde é o das relações sociais (Costa, 2006). No que diz respeito à posição da enfermagem na divisão técnica e social do trabalho de produção de cuidados de saúde, as abordagens sociológicas referem como modelo analítico, as categorias de *concepção/execução*, nas quais se consolidam as circunstâncias sociais de *taylorização* do trabalho (Lopes, 2001). *Nesse modelo, a enfermagem é interpretada como um grupo profissional, cuja posição na divisão social do trabalho inscreve a sua actividade na categoria de execução, na medida em que esta é formalmente exercida por delegação da autoridade médica* (Lopes, 2001, 31). Nesse mesmo quadro, são patenteados os saberes profissionais dos quais se distinguem os saberes indeterminados ou complexos e os saberes práticos ou “saber-fazer”, articulados com o trabalho de execução (Lopes, 2001). Parece-nos, todavia, que esta forma de analisar o trabalho dos enfermeiros se torna um pouco redutor. Lopes (2001) ventila ainda a articulação entre a capacidade de decisão e a simples execução nas intervenções de enfermagem.

A intervenção profissional da enfermeira perante a utente, faz parte de um processo de decisão que contribui para o seu bem-estar. Ao cuidar da grávida, a enfermeira especialista utiliza diferentes saberes na sua prática quotidiana. Ao longo dos tempos, a enfermagem com

a sua arte e ciência, tem dado enormes contributos para o programa de vigilância pré-natal. Por isso, podemos destacar que a enfermeira especialista desempenha, neste contexto, um papel preponderante.

Os discursos proferidos durante as entrevistas deram origem a duas unidades de análise que denominamos de *situação existente*, onde os entrevistados referiram o seu papel no quotidiano das suas práticas e a *situação desejada*, referindo, ainda, como gostariam que fosse o desempenho do seu papel.

1.2.1. A situação existente

Segundo a opinião das enfermeiras entrevistadas, o seu papel é crucial no acompanhamento da grávida e da sua família durante a gravidez. Todas elas salientaram a importância de um adequado acompanhamento físico, ou seja, todas dão ênfase à avaliação dos dados antropométricos que permitam analisar a evolução adequada da gravidez. Neste parâmetro, incluímos a colheita de dados (*e.g.*, história obstétrica e ginecológica, avaliação de grau de risco), o exame físico e o bem-estar materno-fetal. Algumas delas aludem ainda que o acompanhamento psicológico tem uma importância capital. A relação interpessoal torna-se, por isso, indispensável neste contexto.

No estudo realizado por Lopes (2001) sobre a recomposição profissional de enfermagem em meio hospitalar foram identificadas algumas estratégias de revalorização profissional tais como a delimitação das competências relacionais e humanas. Neste estudo sociológico, realça-se a rejeição da tradicional ideologia da «vocação» para a identificação de ideologias consideradas como «profissionalismo» e como «profissionalização». Eis os seguintes relatos:

Desde a avaliação física, à psicológica, (...), a parte da relação é importante porque a maior parte delas apresentam-nos muitas necessidades em termos de relação. Nós temos aqui famílias, muito desestruturadas, temos mulheres que têm uma vivência muito complicada e, por isso, têm que ser apoiadas. Tudo é importante. Não é só a parte física. A parte física é muito importante, o estudo laboratorial e ecográfico é importantíssimo, mas, a mulher é um todo. Temos que avaliar isso tudo (Maria da Luz, Parteira).

Na primeira consulta fazemos a anamnèse, com a colheita de todos os dados e fazemos depois os ensinamentos referentes àquele trimestre. Nas consultas seguintes, fazemos também o levantamento histórico referente ao trimestre e fazemos ensinamentos, também ao trimestre, e esclarecemos ainda

algumas dúvidas que as senhoras nos apresentam (Maria Estrela, Parteira).

Importa destacar que uma vigilância pré-natal adequada necessita de focalizar não só os aspectos biológicos, mas também, as necessidades e as circunstâncias sociais e ambientais da grávida. Os profissionais de saúde precisam de estar preparados para ouvir as queixas e esclarecerem as dúvidas, ministrando eficazmente, as informações no âmbito da educação em saúde e, conseqüentemente, envolvendo a grávida na consulta. O campo de acção da enfermagem especializada relaciona-se com os saberes complexos e, não apenas, com os saberes práticos. No entanto, o mesmo não se verifica naquelas consultas que podemos designar de pré-consulta médica, na medida em que as enfermeiras dão mais ênfase aos aspectos biológicos. Nessas situações, a consulta de enfermagem cinge-se a uma rápida conversa com a grávida, enquanto são avaliados os parâmetros (peso, tensão arterial, altura do fundo uterino, avaliação dos ruídos cardíacos fetais, *et cetera*) e registados no seu Boletim de Saúde. Daqui se constata que, nesta forma de produção de cuidados, predomina a execução de tarefas.

Vimos que os enfermeiros são historicamente educadores e, face às novas questões do século XXI, são frequentemente solicitados a assumir um papel importante na educação para a saúde. Neste estudo, constatamos que a educação para a saúde é enaltecida pela enfermeira, sendo encarada como uma das suas principais funções. Compete ao enfermeiro (...) *a criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis, a promoção do potencial de saúde do cliente através da optimização do trabalho adaptado aos processos de vida* (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005, 74). Vejamos os trechos seguintes:

Eu invisto essencialmente na educação para a saúde. Numa primeira consulta, para além de abrir o processo e o preenchimento do Boletim de Saúde da Grávida, faço uma abordagem ao desenvolvimento fetal, a calendarização das consultas e a sua importância e a monitorização dos sinais vitais. Faço a marcação da consulta médica. Aproveito para investir bastante na nutrição da grávida e nos desconfortos da gravidez, de tal forma, que esta consulta demora bastante tempo. (...) Algumas já trazem os sintomas consigo as náuseas e o vómitos, outras só as referem mais tarde, após as 4 semanas de gestação (Maria Madalena, Parteira).

(...) e alguma educação para a saúde, também é feita antes da consulta médica (Maria de Fátima, Parteira).

A minha consulta? Na primeira consulta a educação para a saúde aborda-se tudo. No decorrer da gravidez, vou de encontro às necessidade que vou observando e também que a grávida manifesta (Maria Luísa, Parteira).

As enfermeiras especialistas diferenciam, claramente, a primeira consulta das consultas subsequentes, que, por regra, são mais rápidas. Porém, é importante que estas profissionais de saúde disponham de tempo suficiente para organizar a consulta e pôr em prática as acções educativas nesse período. Em média, uma primeira consulta demora, entre 15 a 60 minutos e as seguintes, entre 15 e 45 minutos (Quadro 22). Todavia, algumas enfermeiras consomem, em média, o mesmo tempo na generalidade das consultas, 15 a 20 minutos, que é o preconizado pela Sub-Região de Saúde. Sendo assim, estas profissionais gerem o tempo de cuidados segundo a situação concreta da grávida. Muito embora, algumas enfermeiras consigam resolver a situação da grávida, outras “aligeiram” o contacto com a utente, para que outros profissionais, nomeadamente os médicos, também possam desenvolver a sua intervenção junto da mesma. Será possível um diálogo de qualidade num espaço de tempo reduzido a 15 ou 20 minutos?

Quadro 22 – Tempo médio da consulta de enfermagem

Entrevista	1ª Consulta (Minutos)	Consultas Subsequentes (Minutos)
E1	60	45 a 60
E2	60	30
E3	20	-
E4	15	-
E5	60	30
E6	30	15 a 20
E7	60	60
E8	20	20

Fonte: Entrevistas por nós realizadas entre Fevereiro e Agosto de 2007.

Dialogar é muito mais que uma conversa onde surgem perguntas e respostas entre dois intervenientes. Por isso, é preciso ter tempo, mas a enfermeira necessita de saber utilizar correctamente esse tempo, em vez de o considerar um entrave. Na verdade, toda a interacção social se limita no tempo e no espaço (Giddens, 2000). Vejamos:

Na primeira, tem que se fazer todo o histórico, saber os antecedentes familiares. É sempre importante ver esse lado (...). A partir daí, nós temos um conhecimento maior da grávida e é mais rápido. Nessa primeira abordagem é sempre mais demorado. É o primeiro contacto. A gente não se conhece e procuramos perceber tudo o que se passa em volta da grávida. Acerca do trabalho, da família de tudo isso. Verificar se fez ou não citologia. Se não fez sou eu que a faço. E, portanto, isso demora mais tempo (Maria das Dores, Parteira).

Verificámos que o tempo passa a ter uma relação estreita com o trabalho, assumindo-se como um dos recursos elementares duma organização. *A sua gestão contribui para a*

melhoria dos processos de trabalho, dos desempenhos colectivo e individual e, conseqüentemente, da produtividade (Melo, Fugulin e Gaidzinski, 2007, 88). Na opinião destes autores, sendo a produtividade determinada pela relação entre a quantidade de produtos ou serviços produzidos e a quantidade de recursos utilizados, o factor tempo é um factor decisivo no processo de produção. Porém, sabemos que quantidade (produzir muito), a maior parte das vezes, não é sinónimo de qualidade. Parece que o tempo é algo raro que não se pode perder ou ganhar. A medida do tempo leva à sincronização das actividades (Pronovost, 1996), podendo estar, neste caso, associado à improdutividade e ao desinteresse.

Da análise levada a efeito, apurámos que não raras vezes o tempo previsto não é suficiente para realizar uma consulta completa que permita dar ênfase à promoção de saúde, embora as enfermeiras procurem organizar-se para tentar dar resposta a todas as situações. Sabemos que cuidar das utentes como consumidoras da prestação de cuidados para a saúde representa informar de forma constante, global e singular, bem como formar em áreas consideradas importantes (O.E., 2004a), o que significa que a enfermeira que atende a mulher grávida necessita de tempo suficiente para realizar as diferentes intervenções educativas de uma forma adequada. Ter tempo para ouvir a pessoa, acolher, estar disponível simplesmente para apaziguar o coração, são aspectos fundamentais para uma saúde de qualidade que nenhum modelo de gestão empresarial poderá implementar evocou Costa (2006). De igual modo, a O.M.S. (2003) reforçou a importância das actividades educativas e estimulou a entrega de material escrito para fortalecimento e aprofundamento das informações, facto que também exige um tempo mínimo para explicar os conteúdos dessas brochuras. Assim, a falta de tempo foi, frequentemente, uma das razões para que a parteira não aplicasse a entrevista centrada na pessoa, mas antes centrada nos sintomas da gravidez. As enfermeiras queixaram-se da falta de tempo para realizar a educação para a saúde de uma forma global e detalhada e as grávidas, sentiram que as consultas foram demasiadas rápidas e que não tiveram o tempo suficiente para questionar a enfermeira sobre aspectos que as preocupavam ou expor, simplesmente, os seus saberes e as suas experiências.

Claro que na consulta da 36ª semana, já sei que vou demorar muito. Se é uma mulher que não anda na preparação para o parto, se vem para ser avaliada antes de ir para o hospital e fazer uma boa educação para a saúde. Se são assuntos que devem ser mais debatidos eu sei que vou precisar de mais de uma hora. Às vezes elas dizem-me assim “ah! Você já gastou tanto tempo comigo”. Eu não perdi tempo. Eu espero não ter perdido tempo (Maria da Luz, Parteira).

Um outro ponto, anunciado nos enxertos das entrevistas, relaciona-se com a

acessibilidade e a disponibilidade da enfermeira especialista para cuidar da grávida de forma integral. É preciso frisar que algumas enfermeiras especialistas revelam fazer um grande investimento pessoal no acompanhamento das utentes, estando disponíveis quase 24 horas por dia, facilitando-lhe, ainda, o seu contacto telefónico. A narrativa que a seguir se transcreve demonstra uma disponibilidade total da enfermeira para atender as necessidades das grávidas, quer sejam necessidades de informação, quer de esclarecimento de dúvidas, quer ainda de apoio emocional. Este facto é muito valorizado pelas mulheres porque sentem alguém que, embora não esteja presente, é sempre um apoio com que podem contar.

Eu própria tomei uma atitude que vi que era uma necessidade. Eu dou-lhe o meu contacto de telemóvel para 24 horas de assistência. Claro que quando estou a dormir estou a dormir mas, mandam-me mensagens. Já pus ao dispor o meu e-mail, para que tenham outras formas de me contactar. Eu quase que estou com elas sete dias sobre sete e 24 horas sobre 24. No fundo, não são só as horas de serviço. Eu quero dar resposta à grávida. E elas já se sentem bastante à vontade comigo. Elas ligam-me. É uma forma muito fácil de aliviar pequenos estados de ansiedade (Maria Madalena, Parteira).

Estar disponível significa “estar com a mulher”, ou seja, permitir que esta possa expor os seus sentimentos, dando-lhe tempo e escutando-a atentamente. Os exemplos apresentados demonstram a utilização dos saberes das enfermeiras na sua prática quotidiana. Reinharz (1992) e Roter e Frankel (1992) mencionados por Page (2004) também demonstraram nos seus estudos que, a maioria das parteiras, evidenciou a importância da relação para o processo de uma decisão partilhada. Ao longo de toda a gravidez, a relação construída com a mulher permite às parteiras delimitar o importante para as grávidas, identificar os seus desejos, as suas esperanças e os seus medos, de forma que a informação transmitida permitisse guiar a sua tomada de decisão (Page, 2004). Torna-se assim evidente, que a disponibilidade por parte da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica é crucial para que se possa investir na relação. Todo este processo responsabiliza, ao mesmo tempo, a parteira e a grávida, parecendo haver uma parceria nos cuidados.

1.2.2. Situação desejada

Uma das estratégias para obter uma maternidade dita segura, referida frequentemente por organismos internacionais (O.M.S., 2005) e nacionais (D.G.S., 2008), é a presença de um profissional qualificado no atendimento a todas as mulheres durante o ciclo grávido puerperal.

Esse profissional é aquele que recebeu formação, treinou e atingiu perícia nas habilidades necessárias para conduzir a gestação normal e ainda para a identificação e referência de complicações. Todas as competências adquiridas têm que ser exercidas eficazmente (O.M.S., 2004).

Deste modo, no que diz respeito à *situação desejada*, os relatos apontam para a necessidade de mais recursos humanos (*e.g.*, enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica), para evitar desigualdades no acesso à informação e à educação para a saúde. De facto, as mulheres não têm toda a possibilidade de serem seguidas por uma enfermeira especialista, o que prejudica a sua preparação para a gravidez, para o parto e para a transição para a maternidade. Para facilitar e favorecer o acesso à informação, o profissional de saúde precisa de ter algumas qualidades, tais como: sentir satisfação no que faz, ter disponibilidade de tempo, ser capaz de transmitir e partilhar os conhecimentos e ter competências técnicas, científicas e relacionais eficazes. Estas competências, sendo comuns às enfermeiras, têm que estar mais evidentes na enfermeira especialista, uma vez que é titular de uma formação específica.

Na vigilância também existem as outras mulheres que precisam de especialistas. Se houvesse mais enfermeiras especialistas, seria uma maravilha. As mulheres seriam bem atendidas e preparadas. Eu não vou dizer que as enfermeiras generalistas não se esforçam, mas, não é igual, a sensibilidade para esta área é muito diferente, isto é muito específico. Uma enfermeira especialista tem mais competências (Maria da Luz, Parteira).

Penso que também, apesar de nós estarmos com capacidades para fazer essas consultas, temos aqui as colegas e que também nos liberta para outras coisas e para dar atendimento a outras senhoras, porque não temos só a saúde materna, temos toda a saúde da mulher sobre a nossa responsabilidade (Maria Estrela, Parteira).

Dentro da mesma linha de pensamento, com a possibilidade de ter mais recursos humanos na unidade de cuidados, a enfermeira especialista poderia estar mais disponível para desempenhar funções na sua área de especialidade, a saúde da mulher. Da mesma forma, poderá, então, investir mais nos projectos específicos, tais como, a preparação para a parentalidade e não apenas para o parto, a visitação domiciliária à puérpera, ou o “cantinho da amamentação” que tem por objectivo ajudar a mulher a promover o aleitamento materno. Estes dois últimos projectos estão mais direccionados para o pós-parto. Também poderão investir noutros projectos no âmbito da saúde da mulher, assim como o planeamento familiar, o climatério ou a saúde sexual nas escolas. Vejamos estes dois depoimentos:

(...) eu gostava que todas as grávidas tivessem acesso à consulta de enfermagem (...) há um grupo que nos foge ao controlo. Assim, o projecto do puerpério, considero ser muito interessante e o da preparação para a parentalidade também é importante como a tal educação para a saúde em grupo. (...) É muito interessante e gostava de os ver concretizados e poder trabalhar neles (Maria de Fátima, Parteira).

Eu pretendia fazer a todas as grávidas a visitação domiciliária. Mas, foi-me dito que não seria possível, uma vez que iria necessitar de muito tempo (...). Porém, também procuro ter uma grande vigilância sobre os bebés, por isso, todas as notícias de nascimento vêm para mim. E eu procuro ver se há aqui falhas e se os bebés vem cá todos. Se há algum que não vem cá, eu telefono a saber porque é que não veio. (...) Um dos meus projectos é continuar com o “cantinho da amamentação” e melhorar os cuidados com a amamentação. Ainda há muito a melhorar para atingir bons níveis de adesão ao aleitamento materno. Isso interessa-me muito e estou muito motivada para isso (...) (Maria das Dores, Parteira).

Ao longo deste subcapítulo, salientámos que o reconhecimento dos atributos exigidos para uma assistência pré-natal de qualidade consiste numa forma de avaliação fundamentada na competência profissional. De facto, tais particularidades que descrevem o conhecimento baseado nas habilidades e nas destrezas do profissional para resolver problemas, analisar situações e comunicar, facilitam o reconhecimento dos padrões de competência da prática profissional (Dotto, Moulin e Mamede, 2006). Verificámos que, frequentemente, a consulta de enfermagem é orientada segundo o modelo biomédico, baseado apenas na execução de tarefas. *A abordagem clínica restringe-se, quase por completo, aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos e implica que preocupações tão centrais quanto aquelas que se relacionam com a reabilitação e reinserção, bem como a prevenção e a promoção da saúde, sejam relegadas para segundo plano* (Sousa, 2006, 59).

Não podemos esquecer que a decisão partilhada entre a enfermeira especialista e a grávida, reflecte a natureza igualitária e de colaboração, constituindo um modelo de partilha que ajudará as grávidas a assumir a importância do seu papel na gravidez. Situar a relação num enquadramento de partilha permite, sem dúvida, cuidar da mulher de uma forma diferente. Por outro lado, foi evidenciada a necessidade de requerer mais recursos para que seja possível haver mais tempo para prestar cuidados com maior qualidade e poder abranger a promoção de saúde de uma forma global. Estes aspectos foram indicados pelas enfermeiras que desempenham funções quer nos centros de saúde de áreas rurais quer nos de áreas urbanas. Realçamos esta reflexão de Page (2004, 82) que, de forma simples, sintetiza esta ideia: *une approche qui tient compte des opinions et du pouvoir des femmes, et qui se fonde*

sur les capacités à faire des choix sensés. Assim, consideramos pertinente analisar, de forma detalhada, alguns aspectos relativos à vigilância pré-natal efectuada pela grávida, com o propósito de perceber as práticas desenvolvidas e o seu contributo para a utente.

2. Aspectos da vigilância pré-natal da grávida

2.1. História de uma gravidez....

Pareceu-nos relevante conhecer a história da gravidez das mulheres entrevistadas para melhor conhecermos as suas necessidades em saúde, bem como as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros. Quando questionámos se a gravidez tinha sido, ou não, planeada, 72% das mulheres (n=36) afirmaram ter planeado a gravidez e 28% (n=14), afirmaram terem sido surpreendidas por este facto.

Tendo por base os diferentes concelhos, verificamos que no concelho de Vila Verde 100% (n=10) das gravidezes e no concelho de Vieira do Minho 77% (n=10), foram planeadas, enquanto no concelho de Braga, apenas 59% (n=16) o foram. A percentagem de não planeamento é muito idêntica à encontrada por nós em 2003, sendo mais baixa do que outras determinadas em investigações desenvolvidas na década de noventa (*e.g.*, Couto, 1994; Remoaldo, 2002a), tendo, esta última, encontrado uma percentagem de 36,8%, num estudo levado a efeito nos concelhos de Guimarães, Fafe, Celorico de Basto e Cabeceiras de Basto.

Importa destacar alguns factores que poderão estar na base desta diferença. O uso cada vez mais generalizado dos mais diversos métodos contraceptivos, principalmente a pílula e o preservativo, bem como a participação, cada vez maior, em consultas de planeamento familiar, não serão, por certo, alheios a este facto. Relativamente ao preservativo, devemos destacar que o seu uso foi desmistificado através das campanhas publicitárias que promoveram a sua utilização, não tanto como meio contraceptivo, mas antes como forma de evitar a proliferação das Infecções Sexualmente Transmissíveis (I.S.T.), principalmente da S.I.D.A.. Concordamos com Almeida (2004, 31), quando menciona que *a utilização de métodos contraceptivos é um dos instrumentos fundamentais de que os indivíduos dispõem para desenharem a sua biografia afectiva e sexual, ou que os casais têm para controlarem a fecundidade e a dimensão da descendência, consoante as suas expectativas e possibilidades.*

Na nossa amostra, trinta oito mulheres tomavam a pílula antes de engravidar, duas usavam o preservativo masculino, uma utilizava o dispositivo intra-uterino, enquanto nove

mulheres não usavam qualquer tipo de método. A contracepção, dita moderna, tem vindo a ser, cada vez mais, aceite e praticada. A procriação tornou-se, deste modo, uma opção do casal. Segundo o 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, cerca de 43,5% das mulheres, entre os 15 e 55 anos (ou seus maridos ou companheiros), residentes no Continente, não utilizavam qualquer método contraceptivo. Ainda neste estudo, a pílula destacou-se como o método contraceptivo mais utilizado (65,9%), seguindo-se o preservativo (13,4%) e o dispositivo intra-uterino (8,8%) (I.N.E., 2007c). Porém, se analisarmos os resultados obtidos por concelhos, verificamos que é nos concelhos mais rurais que a percentagem de mulheres que não utilizam qualquer método contraceptivo é mais evidente, sendo quatro vezes mais elevada que no concelho mais urbano (Vieira do Minho 30,8%; Vila Verde 30%; Braga 7,4%). A acessibilidade aos serviços de saúde, o grau de instrução ou a religião podem ser factores com influência neste resultado.

Das cinquenta mulheres entrevistadas, trinta e seis frequentavam com assiduidade as consultas de planeamento familiar, quer no Centro de Saúde (n=28), quer em consultórios particulares com o ginecologista (n=10). Distinguimos o facto de duas mulheres frequentarem, em simultâneo, os serviços de saúde públicos e privados. No Inquérito acima referido, os resultados também apontavam para uma proporção de 22,9% de mulheres que não faziam vigilância dos métodos contraceptivos utilizados. O consultório/clínica privada (23,7%) e os Centros de Saúde (45,5%) foram os locais de vigilância dos métodos contraceptivos mais frequentemente referidos pelas mulheres (I.N.E., 2007c).

Das catorze grávidas que confessaram terem sido surpreendidas pela gravidez, duas tinham 18 anos e estavam grávidas pela primeira vez. É de realçar que, provavelmente, não teriam uma actividade sexual regular uma vez que o namorado não estava sempre presente e, por isso, não utilizavam a pílula como método contraceptivo de forma sistemática ou, quando a utilizavam os seus efeitos foram alterados porque foi tomada associada a outros tratamentos, como, por exemplo, antibióticos, ou ainda, porque o desejo de engravidar era efectivo nestas duas jovens.

(...) Não foi naquele dia que eu deixei de tomar a pílula. Tomei e depois andei a tomar uns antibióticos, estive doente da garganta e devia ter sido os antibióticos, que tiraram, o efeito (Dores, 18 anos, solteira, 9º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

A pílula. Parei de a tomar. Eu estava a tomar porque pedi ao médico por causa do acne. Depois deixei de a tomar. Comecei a trabalhar no restaurante, esquecia-me, nunca mais. E depois, aconteceu mesmo... (Lúcia, 18 anos, solteira, 9º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

É importante assinalar que as restantes doze, oito mulheres eram casadas, duas eram solteiras, uma vivia em união de facto e uma era divorciada. Destas doze, sete estavam grávidas pela primeira vez, quatro viviam a sua segunda gravidez e uma a terceira. Seis tinham uma idade entre os 20-24 anos, duas entre os 25-29 anos e quatro entre os 30-34 anos. O facto de não planear a gravidez reflecte-se na vivência física e emocional da mulher e da família. Assim, quanto ao nível de aceitação, a gravidez terá sido aprovada por todas as grávidas, tendo acontecido o mesmo com o marido, com a família (94%) e até com os filhos, quando os havia (98%).

A melhoria dos cuidados a prestar à grávida e sua família passa também pela importância dada à consulta pré-concepcional. A promoção antecipada da gravidez, ainda durante o período pré-concepcional, contribui decisivamente para o seu sucesso, na medida em que é nesta fase que os factores condicionantes da futura gestação, eventualmente detectados, podem ser alterados ou eliminados antes que a mulher engravide (D.G.S., 2006). No Plano Nacional de Saúde (2004-2010), a Direcção-Geral da Saúde (2004b), analisando a situação do país, refere que existe uma baixa cobertura das consultas médicas pré-concepcionais. Neste estudo, 44,5% (n=12) das mulheres inqueridas no concelho de Braga, 46,2% (n=6) no concelho de Vieira do Minho e 50% (n=5) no concelho de Vila Verde, consideraram importante a consulta pré-concepcional no planeamento de uma gravidez. De facto, 46% (n=23) das mulheres realizaram uma consulta pré-concepcional, das quais catorze efectuaram a consulta no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários e onze em consultórios privados. Porém, continua a ser necessário manter a prioridade do aumento de cobertura no período pré-concepcional com o objectivo de preparar a gravidez (D.G.S., 2004b). Vejamos os seguintes testemunhos:

Eu penso que planeei a minha. Fiz uma consulta antes de engravidar sim. No particular (Avelina, 32 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Sim. Esta foi planeada. Fiz consulta só com a médica de família. Fiz exames, tive que fazer uns tratamentos para a alergia (Antónia, 30 anos, unidade de facto, 6º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Quanto ao número de gestações, 62% (n=31) das mulheres entrevistadas afirmaram estarem perante a sua primeira gestação, 32% (n=16) disseram ser a segunda gestação, 2% (n=1) a terceira vez e, apenas 4% (n=2) se encontrava na quarta gestação. Não existem diferenças significativas entre os diferentes concelhos. Resulta daqui que, 70% (n=35) das

mulheres não tinham filhos, 26% (n=13), tinham apenas um filho e 4% dois filhos. Importa ressaltar que as duas mulheres que já tinham estado grávidas quatro vezes só tinham um e dois filhos, respectivamente, em virtude de abortamentos em gestações anteriores. Estes números demonstram e reforçam o que já foi referido no enquadramento teórico, quando salientámos que o número de filhos por mulher tem vindo a diminuir gradualmente.

O ideal de família encontra-se orientado para os dois filhos (Wall, 1998; I.N.E., 2001a; Cunha, 2005). Relembramos que o índice sintético de fecundidade em Portugal, em 2008, era de 1,37 (I.N.E., 2009a). A sua queda relaciona-se com o crescente acesso ao uso dos métodos contraceptivos, cuja utilização tem sido incitada pelas políticas sociais e de saúde posteriores ao 25 de Abril (Barreto, 2000; Almeida, 2004) e, também, devido às condições socioeconómicas das famílias portuguesas.

Em contraste com estes dados, está o número ideal inicial de ter filhos, que era bem mais ambicioso. Constatou-se que 100% das mulheres entrevistadas tinham um projecto procriativo. O projecto inicial previa que 58% (n=29) das mulheres desejavam ter dois filhos, 20% (n=10) três filhos, 10% (n=5) quatro filhos e 6% (n=3) cinco e um filho, respectivamente. A média situava-se, portanto, nos 2,52 filhos. Porém, actualmente, o ideal alterou-se. Cerca de 82% (n=41) das mulheres só pretende ter dois filhos, um casal de preferência, 12% (n=6), mantém a ideia de ter três filhos, 6% (n=3) pretende ter apenas um filho. O ideal de ter quatro ou cinco filhos desapareceu. A média situa-se, deste modo, em 2,06 filhos. Os dados encontrados são muito semelhantes aos revelados por Cunha (2005). Muito embora a maioria das entrevistadas procure realizar os seus projectos de fecundidade, outras há em que a realidade vivida é completamente diferente da fecundidade idealizada. Os motivos apontados pelas mulheres para não quererem ter muitos filhos são, essencialmente, de índole económica. De acordo com o Inquérito à Fecundidade e Família 1997 do I.N.E., as principais causas que levavam os casais a optar por não ter mais filhos foram, em primeiro lugar, motivos económicos, seguindo-se as dificuldades em educar uma criança e a dificuldade das mães para obter emprego. Referiram, ainda, entre outras, a dificuldade em conciliar a família com o trabalho, e o facto das crianças retirarem muito tempo ao casal, indispensável para outras ocasiões também importantes da vida. Vejamos as seguintes narrativas:

Desejava ter muitos filhos... muitos, isto é, três ou quatro ...Mas, neste momento só quero um ou dois, porque em termos financeiros... o trabalho não está seguro, e uma pessoa quer dar o que puder ao bebé e para dar a muitos... sabe como é...é complicado (Daniela, 30 anos, casada, 12º ano de

escolaridade, 1ª gravidez).

Gostava de ter três, mas hoje é difícil, porque a maneira como está a vida é muito cara e é complicada. E ter filhos... (Camila, 29 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Aquando da elaboração do guião da entrevista, pareceu-nos essencial interrogar a mulher se, ao longo da gravidez, sofreu algum tipo de complicação. Fizemo-lo com o propósito de determinar alguma relação entre estas potenciais complicações e a adesão, ou não, aos mais diversos saberes preconizados, quer sociais, quer familiares, ou mesmo científicos. Os resultados obtidos indicaram que 84% (n=42) das grávidas não tiveram qualquer tipo de complicação durante os nove meses e que 16% (n=8) foram, de uma forma ou de outra, apoquentadas por qualquer complicação. O tipo de complicação revelada diz respeito a complicações maternas e fetais. As complicações maternas são a ameaça de parto pré-termo (n=3), a hemorragia (n=1), a anemia (n=1), a diabetes gestacional (n=1) e a infecção urinária (n=1). Importa referir, ainda, que uma grávida mencionou a taquicardia fetal como uma das complicações. Não podemos também desprezar o facto das complicações se terem manifestado, sobretudo, nas grávidas de uma faixa etária dos 25-29 anos, com quatro mulheres, o que representa 50% da totalidade, daquelas que manifestaram complicações.

De seguida, analisamos o tipo de vigilância pré-natal que as mulheres realizaram, aquando da sua gravidez.

2.2. Tipo de vigilância

A vigilância pré-natal afigura-se como um dos factores fundamentais na explicação da morbilidade e mortalidade materna e infantil. A sua acção é principalmente distinta na prevenção de vários resultados adversos da gravidez. As consultas de vigilância pré-natal, realizadas no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, são grátis. A adesão das mulheres grávidas à consulta de vigilância pré-natal está interligada com a qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde e pelos próprios profissionais de saúde o que, em última análise, é essencial para as mulheres escolherem o local da vigilância. Nesta base, quisemos colher a opinião das mulheres sobre o atendimento ao longo dos nove meses e até ao final do primeiro mês de vida. De uma forma geral, as mulheres manifestaram opinião positiva relativamente ao acompanhamento que lhes foi oferecido, relatando a importância de ter sido

assistidas por uma enfermeira especialista na área de saúde materna, uma vez que demonstraram competências científicas e relacionais necessárias ao eficaz seguimento durante o processo de gravidez, parto e puerpério. Observemos algumas dessas opiniões:

Eu tenho amigas que foram seguidas no particular e quando lhes conto o que eu fiz no público, ficam admiradas. Toda a gente foi simpática (Adélia, 23 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

O facto de ser sempre seguida pela mesma pessoa foi muito importante. A gente está à vontade para pensar tudo, dizer tudo o que sente e o que não sente. Mesmo depois do parto, há certas coisas que sentimos e que não expressamos a qualquer pessoa. Eu com ela, consigo abrir-me perfeitamente. Sinto-me à vontade. Ela também me pôs sempre à vontade. É como ela diz “para além de ser uma enfermeira, eu sou uma amiga esteja à vontade” (Catarina, 27 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Deus queira que numa próxima gravidez a Enfermeira ainda esteja lá a trabalhar. E digo-lhe não vou mais para o particular, desta vez, fui e segui, porque o meu médico de família teve um problema de coração e foi internado e não me pode seguir. Mas, numa próxima, vou ser seguida no Centro de Saúde e se for a enfermeira, melhor ainda, porque o atendimento foi realmente uma coisa fora do normal, (...). A enfermeira foi incansável e (...) nota-se que há ali vocação, que há uma vontade enorme de querer ajudar, de trabalhar, de se empenhar. (...) A Enfermeira foi um suporte em termos de informação, de acompanhamento da gravidez e em termos de relação. Ela foi uma mãe, uma irmã, uma amiga e uma profissional porque conhece mais a área (Benedita, 31 anos, casada, Licenciada, 1ª gravidez).

É de salientar que, algumas mulheres, também referiram que se fossem sempre acompanhadas pela enfermeira especialista, não iriam ao médico obstetra do sector privado, porque as suas idas ao médico consistiam apenas na prescrição dos exames e das ecografias. Na sua opinião, a consulta efectuada pela enfermeira especialista era mais completa.

Se calhar trocava. Correu-me bem nesta gravidez, mas elas nunca são iguais. O que é certo é que como correu bem, e eu ponho-me a fazer as contas e gastei imenso dinheiro. (...) Mas, eu vejo amigas minhas a serem acompanhadas pelo Centro de Saúde, e tudo lhes corre bem também, não é. Mas, prontos, é sempre aquela coisa (Avelina, 32 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Eu, sinceramente, ainda não pensei sobre isso. Mas, não teria qualquer problema em ser seguida pelo Centro Saúde. Eu teria que recorrer ao particular para fazer as ecografias só. Penso que o acompanhamento da parteira é fundamental. Isso seria o ideal se ela pudesse acompanhar no parto.

Dá-nos mais confiança e segurança. Daí eu ter recorrido a um médico particular para depois me poder assistir no parto (Diana, 30 anos, casada, Licenciada, 1ª gravidez).

Porém, em determinadas situações, manifestaram a opinião de continuar com o médico privado para serem acompanhadas por um obstetra, focando aspectos como: ter mais confiança, ter mais conhecimentos e o poder ser seguida por diversas pessoas. Esta diversidade traz alguma segurança, como podemos constatar pelas seguintes narrativas.

Se estivesse novamente grávida, eu faria da mesma forma. Iria para os dois lados [privado e publico]. Uma, completou a outra (Matilde, 23 anos, casada, 9º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

No caso de estar outra vez grávida, eu faria como fiz desta vez, das duas formas [ser seguido pela enfermeira e pelo obstetra] (...), porque eu gosto de várias opiniões. (...) Sinto-me mais segura por ir ao médico particular. Tenho noção que não vou fazer mais nada, mas fico mais sossegada (Guilhermina, 24 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Eu sou muito contra os centros de saúde porque apanho cada seca lá! E isso irrita-me, enerva-me e também por ser a minha primeira gravidez. Eu queria mesmo ser observada e vigiada por um obstetra. É uma pessoa que sabe mais. Eu não sei se a minha médica de família tem essa especialidade. Ginecologista, sei que ela é, agora obstetra, não sei se é. Penso que devia ser mesmo acompanhada por uma pessoa que está mais dentro das coisas (Avelina, 32 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Foi uma questão de ter o meu médico já desde os meus 19 anos e de ter confiança nele. É seguir uma rotina. Era meu médico, seguia-me já desde muito nova. E, sinceramente, nunca pensei muito (...) e eu até pensei que poderia ser o meu médico de família, mas, como ele já me conhece desde bebé, se calhar até me sentia um bocadinho constringida. Foi natural, como era meu ginecologista há muitos anos, engravidei e fui seguida por ele (Diana, 30 anos, casada, Licenciada, 1ª gravidez).

Continuando com a nossa análise às respostas das entrevistadas sobre a vigilância e o acompanhamento da gravidez, constatamos que a totalidade das grávidas alegaram terem sido vigiadas durante a gravidez, sendo a grande maioria acompanhada por mais que um profissional de saúde. Tendo presente os dados insertos no Quadro 23, verificamos que 52% (n=26) foram acompanhadas pelo *Médico de Família e Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica*, 12% (n=6) pelo *Médico de Família, Médico Obstetra e Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstetra*, 12% (n=6) pelo *Médico de Família, Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica*.

Quadro 23 – Tipo de vigilância pré-natal recebida

Tipo de vigilância	N.º	%
Médico de Família, Médico Particular Obstetra/Ginecologista e Enfermeiro de Cuidados Gerais	1	2
Médico de Família, Médico Particular Obstetra/Ginecologista, Enfermeiro de Cuidados Gerais e Enfermeiro Especialista em Saúde Materna	4	8
Médico de Família, Médico Particular Obstetra/Ginecologista e Enfermeiro Especialista em Saúde Materna	6	12
Médico de Família e Enfermeiro de Cuidados Gerais	2	4
Médico de Família e Enfermeiro de Cuidados Gerais e Enfermeiro e Especialista em Saúde Materna	6	12
Médico de Família e Enfermeiro Especialista em Saúde Materna	26	52
Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Médico Obstetra	5	10
Total	50	100

Fonte: Dados retirados das entrevistas por nós realizadas entre Fevereiro e Julho de 2007.

Neste contexto, podemos afirmar que 32% das grávidas contactaram com um *Médico Particular Obstetra/Ginecologista* durante a gravidez e 90% tiveram contacto com o *Médico de Família*, o que nos permite concluir que houve grávidas que recorreram, simultaneamente, ao *Médico de Família e ao Obstetra*. Constatámos, ainda, que o *Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica* seguiu 88% das grávidas, enquanto o *Enfermeiro de Cuidados Gerais*, acompanhou cerca de 24%, o que se explica pelo facto de haver poucos Enfermeiros Especialistas a desempenharem funções no âmbito das consultas de vigilância pré-natal, nomeadamente em Extensões de Saúde ou, então, na sua ausência (*e.g.*, férias, doença) os enfermeiros generalistas realizarem as consultas. Porém, no que diz respeito à preparação para o parto, compete exclusivamente ao Enfermeiro Especialista o desenvolvimento destas actividades⁷².

Fazendo uma comparação entre os diferentes concelhos, verificamos que é no concelho de Vila Verde (40% - n=4) que as mulheres vão, com maior frequência, ao médico Obstetra, seguindo-se o concelho de Vieira do Minho (38,5% - n=5). No concelho de Braga, apenas 25,9% (n=7) teve consulta com este profissional de saúde. Não obstante, foi no concelho de Braga, com 96,3% (n=26), que as mulheres foram mais seguidas por uma enfermeira especialista, contra 84,6% no concelho de Vieira do Minho e 80% em Vila Verde. No que diz respeito ao seguimento por médico de família, não existe diferença entre os

⁷² Segundo a Directiva Comunitária 80/155/CEE, de 21 de Janeiro, transposta para o ordenamento jurídico interno pelo Decreto-Lei n.º 322/87, de 28 de Agosto, e pelo Decreto-Lei n.º 333/87, de 1 de Outubro, que regulamenta o acesso e a actividade profissional de «parteira» (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica), é este enfermeiro que se encontra habilitado para o exercício das seguintes actividades: *estabelecer um programa de preparação dos futuros pais tendo em vista a sua nova função, assegurar a preparação completa para o parto e aconselhá-los em matéria de higiene e de alimentação* (n.º 4, Artigo 4º, da Directiva supracitada).

concelhos de Braga (92,5% - n=25) e de Vieira do Minho (93,3% - n=12).

Todavia, a análise dos dados demonstra um sobreconsumo de consultas realizadas por algumas mulheres (22%), na medida em que foram seguidas, simultaneamente, no Centro de Saúde e em consultório privado. Esta percentagem é superior, em quase o dobro, à determinada no estudo desenvolvido por nós em 2003 em seis concelhos do distrito de Braga, onde se incluíam estes três concelhos. O sobreconsumo também poderá estar associado à ansiedade vivenciada pelas mulheres no decurso do seu período gestacional e à falta de confiança nos Cuidados de Saúde Primários. Vejamos o seguinte relato:

Continuo a ser seguida também, mas não a 100%, no privado. Na primeira consulta foi ao privado. Entretanto, como os exames têm que ser passados pelo médico de família porque senão temos que pagar, então fui ao médico de família. (...) A médica de família única e simplesmente deu-me a escolher. Ou um lado ou outro. Se eu fosse para o privado corria o risco de não me passar os exames e credenciais, se continuasse lá, era seguida lá e tinha os exames todos. Como, hoje em dia a vida está tão complicada, pagar consultas e depois ainda ter que pagar os exames todos, ecografias e não sei quê, acabei por optar ser seguida no Centro de Saúde, mas faço consultas no privado na mesma. (...) seria uma falta de respeito perante a médica do privado porque foi a pessoa que sempre me seguiu desde jovem até à gravidez (Catarina, 27 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

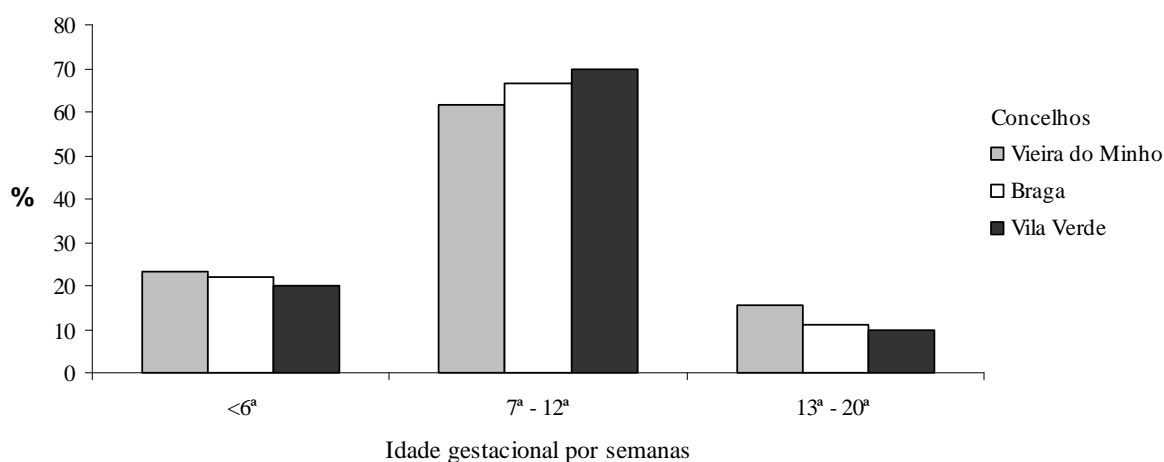
A opção pelo seguimento da gravidez por um médico obstetra resulta da percepção de que este detém mais conhecimentos, vigiando a gravidez de forma mais eficaz. Todavia, a opção pelo médico obstetra está associada, principalmente, ao facto da mulher ter sido acompanhada por este no âmbito do planeamento familiar e, ainda porque, trabalhando, regra geral, no bloco de partos no hospital, poderá, eventualmente, ser ele próprio a fazer o parto. Não obstante este facto, constatamos que, como já foi referenciado, o papel da enfermeira especialista não deixa de ser valorizado pela utente.

(...) Mas, aqui, com a enfermeira especialista, sou muito bem esclarecida. Por exemplo, aprendo coisas que vão acontecendo durante a gravidez. Eu coloco as questões e ela esclarece-me. Se fosse hoje, se fosse seguida só pela enfermeira especialista, talvez não fosse ao particular, porque eu ouço as outras falarem que a enfermeira faz aquilo que eu vou à médica para ela me fazer, portanto, não havia necessidade (Berta, 24 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Os dados que se apresentam na Figura 23 evidenciam uma preocupação crescente pela vigilância cuidada da gravidez desde as primeiras semanas, conforme comprova o facto de 88% (n=44) das mulheres a terem iniciado antes da 12ª semana. Porém, 12% iniciaram a

primeira consulta apenas no 2º trimestre. Estes resultados estão enquadrados com o preconizado no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 ao referir, que em Portugal, 98% das grávidas têm, pelo menos, uma consulta pré-natal durante a gravidez. Assim, mais de 80% das mulheres iniciam a consulta antes da 16ª semana de gravidez e mais de 80% realizam esquemas de vigilância considerados ajustados. Estes resultados demonstram a evolução positiva que houve nestes últimos anos, graças, entre outros factores, à eficácia e ao esforço acrescido em termos de educação para a saúde no sentido de explicar a importância de uma adequada vigilância da gravidez. Assim, verificamos que não é notória a diferença de comportamentos relativos ao início da primeira consulta, antes da 12ª semana de gestação, nos três concelhos em análise. Porém, os resultados obtidos demonstram que, no concelho de Vieira do Minho, 15,4% (n=2) das mulheres iniciaram a primeira consulta após a 13ª semana, enquanto que, no concelho de Vila Verde, esta percentagem é 10% (n=1) e, no concelho de Braga, é de 11,1% (n=3).

Figura 23 – Início da primeira consulta pré-natal por concelhos



Fonte: Entrevistas por nós realizadas entre Fevereiro e Julho de 2007.

O facto das grávidas da amostra terem iniciado a consulta pré-natal mais tardiamente, está associado, especificamente, a gravidezes não planeadas, como é o caso das mulheres solteiras adolescentes, quer por desconhecerem que estavam grávidas quer por se encontrarem privadas de médicos de família.

Como já referimos na caracterização dos concelhos e dos Centros de Saúde, é elevado o número de utentes sem médico de família. A O.M.S. estabeleceu, em 2003, um novo modelo de vigilância pré-natal que determina, para as grávidas de baixo risco, quatro consultas durante a gravidez e uma no pós-parto, sendo a primeira precoce e com tempo mais

prolongado. Cunningham *et al.* (2000) descrevem que para as grávidas de baixo risco, a redução do número de consultas não engendra nenhum efeito adverso nos resultados maternos e fetais, ou seja, não existe nenhuma diferença estatística nos resultados perinatais em grávidas que realizaram apenas oito consultas durante os nove meses de gravidez. Assim, podemos salientar que não é o número de consultas que promove resultados satisfatórios, mas antes, a qualidade dessas mesmas consultas, onde é realizada uma eficaz exploração dos conteúdos das consultas pré-natais.

No que diz respeito ao número total de consultas que durante o período de gravidez a mulher levou a efeito, constatámos que 88% (n=44) das inquiridas, referiram ter tido entre 6 e 10 consultas, 6% (n=3) mencionaram terem feito mais de 10 consultas, enquanto que 6% (n=3) efectuaram menos de 6 consultas, o que, neste último caso, representa um número de consultas inferior ao que é veiculado pela Direcção-Geral da Saúde. Cinco consultas durante uma gravidez corresponde, em média, a uma consulta de oito em oito semanas, manifestamente insuficiente, para quem pretende usufruir de um acompanhamento minimamente cuidado. Importa ainda destacar que uma adequada vigilância pré-natal pode contribuir para a identificação de alterações que, quando não detectadas e precocemente, corrigidas, podem evoluir para situações de risco. Concomitantemente, uma vigilância adequada depende, não do número de consultas mas, especialmente, da idade gestacional em que estas se iniciam, sendo imprescindível escolher critérios mais flexíveis, considerando as necessidades e as particularidades de cada grávida.

3. Dar à luz: caracterização do parto

A assistência ao parto registou nas últimas décadas uma evolução notável. Hoje, praticamente a totalidade dos partos ocorre em estabelecimentos hospitalares ou equiparados (Barreto, 2000). O parto é um evento que marca a vida da mulher e da sua família, afigurando-se mais do que um simples acontecimento biológico, já que faz parte integrante da importante transição do *status* de mulher para o *status* de mãe. Na literatura consultada, o parto é, muitas vezes, identificado como um mau momento, um drama, às vezes vivido de forma colectiva, embora não deixou de ser considerado como um acto normal e natural. Interessa-nos, por isso, caracterizar o parto e analisar o contributo da vigilância pré-natal para este momento. Na maior parte das vezes, a experiência do parto revela-se problemática para a mulher. A qualidade dessa experiência depende de inúmeros factores individuais, sociais e

situacionais, como, por exemplo, a presença ou não de uma pessoa de suporte, a participação activa ou não da mulher nas decisões a tomar, as expectativas anteriores da grávida, a utilização ou não de analgésicos e, sobretudo, o tipo de parto (Figueiredo *et al.*, 2006). O medo referido relaciona-se particularmente com a dor e o mal-estar que a mulher pode vir a sentir durante o parto. As estratégias utilizadas para minimizar as dificuldades que habitualmente surgem relativamente ao parto resumem-se à participação das grávidas em aulas de preparação para o parto.

3.1. Preparação para o parto

A preparação para o parto pretende ajudar o casal a viver o momento do parto com menos ansiedade e menos medos, aumentando a sua confiança e as suas capacidades para participar e colaborar no momento de dar à luz. Sendo assim, a preparação para o parto, enquanto momento de educação, tem diversas visualizações e compreensões da sua conceptualização científica. Contudo, existem definições concretas e aceites no mundo científico que nos apresentam a preparação para o parto como um programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e para os seus companheiros, que encoraja a participação activa no processo de parto.

Das 50 mulheres que participaram neste estudo, 64% (n=32), efectuaram a preparação para o parto e 26% (n=18) não efectuaram qualquer tipo de preparação. Neste contexto, a preparação para o parto foi baseada no método psicoprofiláctico que incluiu as aulas teóricas de grupo sobre trabalho de parto, analgesia, aleitamento materno e cuidados ao recém-nascido, bem como aulas práticas de aprendizagem sobre o seu próprio corpo.

Em 1951, aquando de uma viagem na Rússia, F. Lamaze, obstetra, descobre o parto sem dor desenvolvido por Nicolaiev e que se fundamenta na teoria de Pavlov consistindo no descondicionamento do medo do parto transmitido de geração em geração. A preparação psicoprofiláctica para o parto é, ao mesmo tempo, um método comportamental e cognitivo que assenta em dois princípios fundamentais: a preparação psicológica da mulher e a descontração muscular. Um outro princípio do método é a respiração. A preparação psicológica da mulher é um aspecto crucial do método porque, através do afastamento do medo e da criação de uma atitude positiva em relação ao parto, reduz-se a ansiedade o que facilita o relaxamento muscular (D.G.S., 2006; Couto, 2003).

Tenho as aulas de preparação para o parto, isto está definido, a partir da 28^a semana. Faço

normalmente a parte mais prática, respiração, relaxamento, básculas e depois, a partir daí, intercalo, faço uma aula teórica e uma aula prática. Em termos teóricos, abordo a amamentação. Esse, para mim, é o tema principal, o bebé, o aspecto do bebé e tudo que tenha a ver com o recém-nascido: a icterícia, o banho, os cuidados ao coto umbilical, a hidratação do bebé, portanto, tudo o que tenha a ver com o recém-nascido (Maria das Dores, Parteira).

Constatámos, também, que nenhuma mulher tinha efectuado o seu plano de parto, documento importante, onde a mulher grávida manifesta os seus desejos e expectativas para o momento do parto e do nascimento. À excepção de duas mulheres, todas as outras nunca tinham ouvido falar deste documento. A Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras e a Federação de Matronas de Espanha (2008) declararam que quando uma mulher manifesta a sua intenção em ter um parto normal, a parteira que a acompanha durante a gravidez, deverá facilitar-lhe a elaboração de um plano de nascimento. No entanto, para que isso aconteça, é necessário esclarecer as grávidas durante as consultas pré-natais e explicar-lhes em que consiste. *La conscience de choisir, dominer, prévoir une grossesse est une réalité toute neuve dans notre monde* (Segalen, 2007, xi).

3.2. Tipo de parto

Voltando à análise dos resultados, constatámos que quando questionadas sobre o tipo de parto, verificámos que 46% (n=23) das mães tiveram um parto eutócico⁷³ e 54% foram submetidas a parto distócico, dos quais 42% (n=21) através de cesariana e 12% (n=6) com auxílio de ventosa. As estatísticas demonstram que a proporção de partos por cesariana continua a aumentar. O Ministério da Saúde (2006) revelou que 32% dos partos feitos em hospitais públicos portugueses foram por acto cirúrgico, o que representa um acréscimo de 5,4%, face a 2004. O Plano Nacional de Saúde (2004) apontou uma taxa de cesarianas de 24%. O documento reconhece que a maior parte dos partos são realizados nos hospitais do S.N.S. com mais de 90%, mas com taxas de cesarianas demasiado elevadas, superiores a 20%.

Figueiredo *et al.* (2006) demonstraram que as grávidas submetidas a cesarianas tendem a ver o parto como uma “situação anormal” e a ter um estigma social, percebendo a experiência de uma forma mais negativa do que as grávidas que efectuaram o parto eutócico. As razões invocadas pelas mulheres para a realização da cesariana e confirmadas

⁷³ O parto eutócico é o que conhecemos por parto vaginal e sem intervenção instrumental. O parto distócico é o parto realizado com intervenções instrumentais tais como fórceps, ventosa ou cesariana.

por nós com os profissionais de saúde, foram o trabalho de parto estacionário (n=7), o sofrimento fetal (n=6), a incompatibilidade cefalopelvica (n=3), a ausência de encravamento (n=2), a apresentação de pelve (n=2) e a apresentação de face (n=1). Neste estudo, sete das vinte e uma mulheres submetidas a cesarianas, ficaram desiludidas por não terem concretizado um parto dito normal, para o qual se tinham preparado. Observamos as seguintes narrativas:

Fiquei desiludida por ser cesariana, porque já estava mentalizada que ia ser parto normal. Andei nas aulas de preparação para o parto. Li muitas coisas sobre o parto normal. E como a gravidez em si estava a ser diferente da primeira [foi cesariana], estava mesmo resolvida a ser parto normal. E fiquei muito desiludida. (...) mas é aquela desilusão, mais uma vez pensei “falhei” (Augusta, 32 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

Eu gostava muito que tivesse sido um parto normal. É diferente, uma pessoa, não os vê sair (Adélia, 23 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Eu não estava preparada para cesariana, pensava que ia ser parto normal e estava preparada para as dores e assim. Afinal não tive dores nenhuma e não foi parto normal. Fiquei desiludida. Mas teve que ser (Carla, 21 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

(...) ele [filho] é que decidiu neste caso. Por um lado, foi boa porque não tive dores, não posso dizer que sei o que é uma contracção. Sei como é que hei-de fazer no caso de ter uma contracção, respirar. Mas, não utilizei o que aprendi (Cecília, 28 anos, casada, Licenciada, 1ª gravidez).

Das cinquenta mulheres entrevistadas, quarenta e sete optaram pela analgesia epidural. Duas não realizaram a analgesia por se encontrarem no período expulsivo quando entraram no bloco de partos e uma por ter sido submetida a uma cesariana de emergência por sofrimento fetal, tendo sido submetida a anestesia geral. Neste estudo, independentemente de residirem num espaço urbano ou rural, as mulheres optaram pela realização de analgesia por epidural. Embora não existam muitos estudos onde seja efectuada uma comparação entre os partos com, e sem, analgesia, os resultados conhecidos demonstram, de forma clara, o impacto positivo da analgesia epidural, onde as mulheres revelam uma grande satisfação, não só quanto aos seus efeitos relativamente à dor, mas, também, a outras dimensões, designadamente quanto ao ajustamento emocional e aos cuidados da mãe com o filho (Costa, Figueiredo, Pacheco e Pais, 2003).

3.3. Sexo do recém-nascido e peso ao nascer

Nos cinquenta partos que constituíram o nosso estudo, curiosamente, nasceram vinte e cinco rapazes e vinte e cinco raparigas. Assim, constatamos que no concelho de Vieira do Minho nasceram mais raparigas (69,2% - n=9), no concelho de Braga mais rapazes (59,3% - n=16), enquanto no concelho de Vila Verde nasceram 50% de rapazes e 50% de raparigas. Comparando com os dados de nados-vivos, apresentados pelo I.N.E., e referentes a 2008, 52,5% eram rapazes e 47,5% raparigas, conforme podemos observar nos dados do Quadro 24. Relembramos que, em termos biológicos, há uma relação de masculinidade à nascença de 105, ou seja, nascem, em média, 105 rapazes para cada 100 raparigas (I.N.E., 2008b).

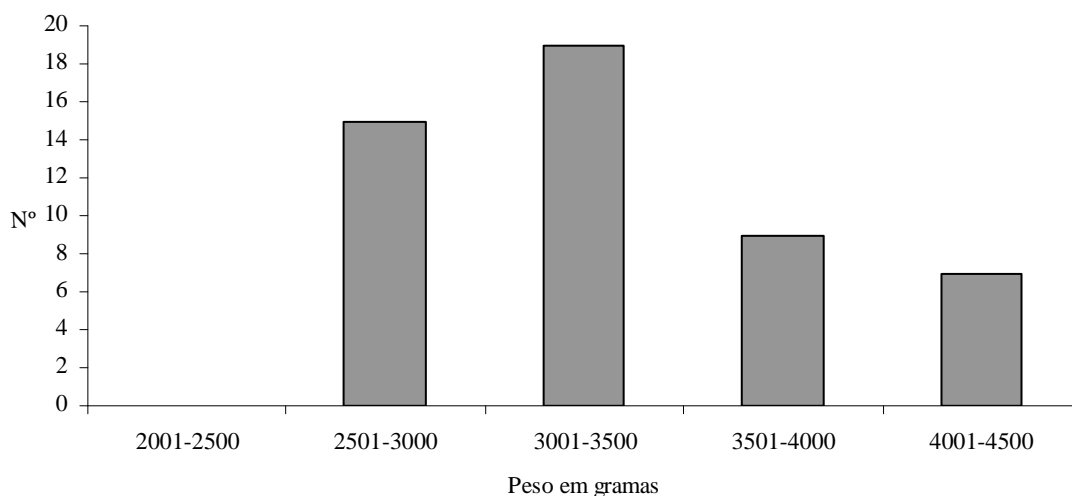
Quadro 24 – Nados-Vivos por sexo nos concelhos em estudo em 2008

Concelhos	Total	Homens		Mulheres	
		N.º	%	N.º	%
Braga	1.936	1.022	52,7	916	47,3
Vieira do Minho	100	47	47,0	53	53,0
Vila Verde	463	243	52,5	220	47,5
Total	2.499	1.312	52,5	1.189	47,5

Fonte: Anuário Estatístico da Região Norte 2008, I.N.E., Lisboa, 2009.

Os dados da Figura 24 revelam que 38% dos recém-nascidos nasceram com um peso entre 3.001gr. e 3.500gr. e 30% com um peso entre 2.501 e 3.000gr., não existindo nenhum recém-nascido com um peso abaixo dos 2.500gr., nem acima dos 4.501gr..

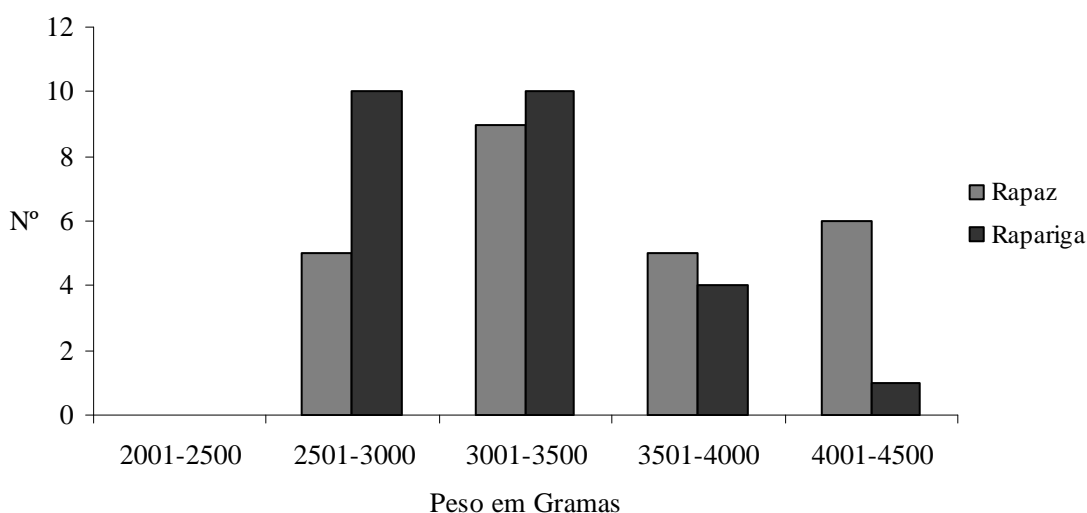
Figura 24 – Peso do recém-nascido em gramas



Fonte: Dados retirados das entrevistas por nós realizadas entre Fevereiro e Julho de 2007.

Da análise dos elementos da Figura 25, apuramos que as raparigas nas classes 2.501-3.000 e 3.001-3.500, nasceram, quase sempre, com maior peso do que os rapazes. Contudo, nas classes 3.501-4.000 e 4.001-4.500, foram os rapazes que nasceram com peso mais elevado. Em média, esta diferença é de 290 gr., sendo o peso médio de 3.202gr., para as raparigas e 3.492gr., para os rapazes.

Figura 25 – Peso do recém-nascido segundo o sexo

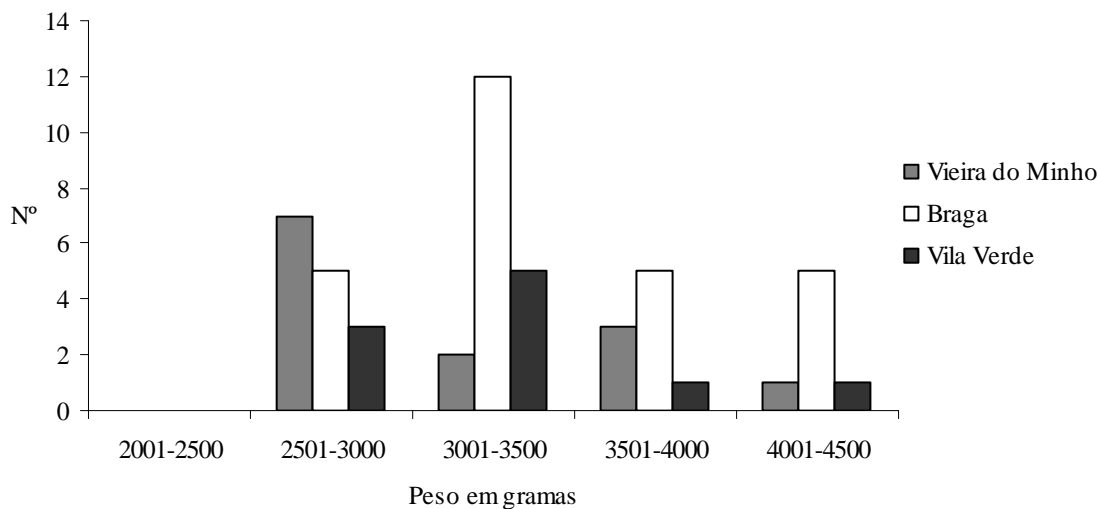


Fonte: Entrevista por nós realizadas entre Fevereiro e Julho de 2007.

Todavia, se comparamos os dados obtidos por concelhos (Figura 26), constatamos que

a maior percentagem de recém-nascidos, 53,8%, no concelho de Vieira do Minho nasceram com um peso entre os 2.501 e 3.000gr.; 44,4% dos recém-nascidos no concelho de Braga nasceram com um peso entre 3.001-3.500gr., enquanto, no concelho de Vila Verde 50% dos recém-nascidos nasceram com um peso entre 3.001-3.500gr.

Figura 26 – Peso do recém-nascido por concelhos



Fonte: Entrevista por nós realizadas entre Fevereiro e Julho de 2007.

O percurso que efectuámos neste capítulo apresentou uma visão geral sobre alguns aspectos relativos à caracterização da gravidez, do parto e da vigilância pré-natal, efectuada nos Cuidados de Saúde Primários e que, em nosso entender, se torna primordial para a análise da problemática em estudo. A assistência pré-natal é uma projecção do desenredo que o processo de parto e de puerpério poderão vir a ser. Logo, é fundamental que a atenção durante a gravidez seja de qualidade. Notámos que o recurso aos Cuidados de Saúde Primários com o objectivo de um acompanhamento adequado da grávida durante a gestação, obteve níveis satisfatórios. Porém, constatamos que, tanto em contextos rurais, como em contextos urbanos, o sector privado continua a ter alguma relevância no seguimento das mulheres grávidas, uma vez que o médico obstetra é visto como o profissional de saúde com maior competência para efectuar esse acompanhamento.

Devemos ter sempre presente que, para que as enfermeiras efectuem uma vigilância pré-natal com competência e resolvam as situações que as grávidas possam manifestar, é essencial o desenvolvimento de diversas capacidades (saber-fazer) que, por sua vez, carecem de um amplo conhecimento (saber) para terem atitudes suficientes (saber-ser) (Dotto, Moulin,

Mamede, 2006). Assim, e depois de ter apresentado os diferentes cenários do estudo, parece-nos importante tecer algumas considerações e explicitar as opiniões quer das mulheres, quer dos enfermeiros, face ao principal tema em estudo, dando-lhes a palavra.

CAPÍTULO V - AS PRÁTICAS EDUCATIVAS EM CONTEXTO DE TRABALHO: O RELATO DAS ENFERMEIRAS

1. Exercício da profissão da enfermeira especialista

Repensar a saúde da mulher e da sua família, particularmente durante o processo gestacional, obriga-nos a questionar a generalidade das práticas desenvolvidas no âmbito dos programas de saúde em execução no nosso país. Vimos, no enquadramento teórico deste estudo, que a educação para a saúde abarca diferentes concepções e conteúdos, edificados em vários momentos histórico-sociais e que influenciam, ainda hoje, as concepções e as práticas dos profissionais de saúde. Tendo em conta este enquadramento, elegemos como objectivo conhecer a opinião das parteiras sobre a educação para a saúde desenvolvida na vigilância pré-natal, percebendo o quotidiano das práticas desenvolvidas. Relembramos que o cuidar em enfermagem se reporta à *intervenção profissional da enfermeira junto do cliente, ou terapêutica de enfermagem, que faz parte de um processo de decisão que tem como finalidade contribuir para o bem-estar do cliente (pessoa ou grupo que procura os serviços de saúde)* (Basto, 2005, 26). A análise de conteúdo das entrevistas concedidas pelas enfermeiras parteiras, concentrou-se na categoria «exercício da profissão da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica». Os resultados obtidos foram analisados sob dois prismas, o pensar e o agir da enfermeira especialista. Em nossa opinião, estas perspectivas encontram-se, de alguma forma, interligadas. Tal como qualquer outro profissional de saúde, a enfermeira especialista aproveita o seu saber para por em prática no seu quotidiano. Neste sentido, os discursos analisados permitiram compreender os elementos que constituem as características subjacentes ao conceito de educação para a saúde. No Quadro 25 apresentamos os dados obtidos através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas.

Quadro 25 – Exercício da profissão da E.E.S.M.O.

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Dimensões
I) As práticas educativas nos Cuidados de Saúde Primários no âmbito da vigilância pré-natal	1. Exercício da profissão da enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica	a. Posição face à educação para a saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Importância atribuída • Intervenções mais valorizadas • Práticas centradas na grávida
		b. Conceito de educação para a saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir complicações/doenças • Satisfazer as necessidades de informação da grávida • Informar, esclarecer e educar a grávida para a maternidade • Identificar as necessidades • Promover o bem-estar da mãe, do filho e da família • Dificuldade em conceptualizar

Fonte: Dados retirados das entrevistas por nós realizadas entre Julho e Agosto de 2007.

Actualmente, os Cuidados de Saúde Primários configuram unidades de cuidados que desempenham um papel importante na promoção e na vigilância da saúde, na prevenção, no diagnóstico e no tratamento da doença, através não só do planeamento e da prestação de cuidados, mas, também, do desenvolvimento de actividades específicas dirigidas ao indivíduo, à família, a grupos vulneráveis ou à comunidade. A filosofia dos Cuidados de Saúde Primários consiste em responder às necessidades de cada comunidade através de uma prestação de serviços, próxima dos locais onde as pessoas vivem e trabalham.

Como já tivemos oportunidade de referir, as diferentes Conferências Internacionais, das quais destacamos Alma-Ata (1978) e Ottawa (1986), bem como o relatório da U.N.E.S.C.O (1977) acentuou a importância da educação e da formação dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários. Sabemos que inúmeros enfermeiros desenvolvem a sua prática profissional junto de pessoas, famílias, ou comunidades e oferecem cuidados adaptados à experiência de saúde de cada um. A prática centra-se no cuidado à pessoa (indivíduo, família, grupo, comunidade) que, em interacção contínua com o seu ambiente, vive experiências de saúde (Kérouac *et al.*, 1994). Neste sentido, a enfermagem revela ser um recurso principal para a saúde das famílias e da comunidade. Kérouac *et al.* (1994) apontam algumas práticas no âmbito da educação para a saúde que estão associadas à evolução das práticas dos cuidados, salientando as práticas centradas no ambiente, na doença, na pessoa e na abertura para o mundo. Estimula-se, assim, o atendimento personalizado para prestar os cuidados necessários a uma comunidade bem definida, sendo a educação para a saúde uma actividade essencial.

No que diz respeito à categoria «exercício da profissão da enfermeira especialista em

saúde materna e obstétrica», os discursos manifestados centraram-se em duas subcategorias que designamos de “posição face à educação para a saúde” e “concepção do conceito de educação para a saúde”. De facto, para interpretar o agir profissional da enfermeira especialista é necessário, não só conhecer os dados reais das situações, como também, as percepções e as convicções em que os actores sociais se apresentam.

1.1. Posição face à educação para a saúde

A *posição face à educação para a saúde* é uma subcategoria que abrange o “pensar da enfermeira especialista” que, no desenvolvimento de acções de educação para a saúde, legitima uma determinada visão sobre a educação e a saúde. Verificámos que todas as enfermeiras entrevistadas destacaram a importância das intervenções educativas no atendimento à mulher grávida e à família durante a vigilância pré-natal, o que não é conhecimento novo, uma vez que estes aspectos foram referidos noutros estudos (e.g., Pestana, 1996; Martins, 2007). Estas especialistas valorizaram a educação para a saúde considerando-a como o “pilar” do seu trabalho. A educação para a saúde é, neste contexto, a base da actividade da profissão de enfermagem. Os relatos que se seguem traduzem essa ideia.

A educação para a saúde é muito importante (...). É importante porque traz benefícios para a mãe e para o filho que está para nascer (Maria Luísa, Parteira).

É muito importante reduz-se a ansiedade quase a 100%, porque, muitas das vezes, vêm inquietas, cheias de medos e de dúvidas e depois de se explicar como é o trabalho de parto e as contracções do 3º trimestre, por exemplo, ficam mais calmas (Maria do Rosário, Parteira).

Confirma-se, assim, que a consulta de vigilância pré-natal é um espaço adequado para preparar a mulher, de forma positiva e integral, para a gravidez, para o parto e para a maternidade. Além disso, permite transmitir conhecimentos que a conduzam ao desempenho de uma cidadania informada. Estes relatos estão reforçados pela opinião de que a educação para a saúde é uma das intervenções mais valorizadas no decorrer das consultas de vigilância pré-natal, uma vez que as enfermeiras salientam o “esclarecimento de dúvidas” e o “conhecimento dos saberes” das utentes como factores que levam a perceber como a grávida se comporta e como percebe o significado da gravidez. Assim, confirma-se a ideia que, desde o início da gravidez, as grávidas têm que modificar os seus hábitos de vida em benefício do

bom crescimento do feto e para evitar o aparecimento de doenças (e.g., diabetes gestacional, hipertensão) que possam interferir nesse desenvolvimento. *En este sentido, la gestación es un tiempo ideal para el ejercicio del control y adoctrinamiento – a través del cuerpo - en el orden en que socialmente se deben situar las mujeres y en el que se espera permanezcan* (Muñoz, 2008, 1). Porém, as práticas desenvolvidas centram-se, essencialmente, na pessoa: utente grávida. De facto, na perspectiva de Vasquez (2006), a gravidez é considerada como uma época especial, em que se sucedem as alterações fisiológicas que abrangem todos os sistemas da mulher, originando expectativas, emoções, ansiedades, medos e descobertas, obrigando a orientações e a conselhos, no sentido de a ajudar a lidar com a gestação, com o seu cuidado pessoal, com a preparação para o parto e, ainda, com a preparação para a maternidade. Vejamos alguns relatos historiados pelas entrevistadas e que expressam esta noção:

Valorizo muito as dúvidas das senhoras, as questões que elas levantam, (...) Levá-las à realidade (Maria Madalena, Parteira).

Eu tento valorizar sempre duas coisas, a primeira é o facto da gravidez em si, a parte física, o bem-estar fetal e o bem-estar da grávida e a segunda é o bem-estar emocional que considero importantíssimo numa gravidez. E elas estão muito mais vulneráveis e estão muito bem acompanhadas neste sentido (Maria das Dores, Parteira).

É assim, eu dou muita atenção à grávida, ao stress que ela está a viver, à tranquilidade, ...temos que ver o meio em que ela está inserida. Temos que fazer um histórico, e cada pessoa é um caso diferente. Principalmente ajudar e fazer com que essa mulher viva a sua gravidez o mais tranquilamente possível e não andar stressada porque isso é muito importante para a gravidez e para o filho. E isso ir-se-á reflectir, mais tarde, na criança (Maria Rita, Parteira).

Neste âmbito, é ainda importante referir, a necessidade das enfermeiras estarem preparadas para saber ouvir e escutar as utentes, no propósito de perceber o que as preocupa e o que é que consideram importante e prioritário. Concordamos com Pestana (1996) quando comenta que existem múltiplas razões que levam as pessoas a adoptar comportamentos diferentes, utilizando a educação para a saúde como meio para atingir modos de vida saudáveis. Neste sentido, o respeito pela diferença é considerado primordial. Vimos que cuidar implica estabelecer uma relação e considerar o outro como diferente, dando ênfase aos aspectos sociais, familiares e culturais específicos. Reconhecer a utente e a sua família numa dimensão global, é fundamental para que se possa estabelecer uma relação profícua. Cada vez mais, o Centro de Saúde abrange uma população multicultural, pelo que é fundamental

respeitar a cultura, a formação e a religião de cada pessoa, adaptando a educação para a saúde ao perfil e às necessidades de cada uma.

Há assuntos que são taxativos, que se fala no geral e que parecem “chapa sete” para toda a gente. Mas, a educação para a saúde não pode ser rígida nós temos que ter em conta a utente que temos na nossa frente e a necessidade que tem. O que é importante para um pode não ser importante para outro. Pode não sentir necessidade daquela informação. E mesmo, em termos de linguagem, temos que nos adaptar à mulher. Por isso, não há uma norma rígida de educação para a saúde. (...) tenho de saber bem a cultura delas, o que, às vezes, é muito complicado. Aquelas que sabem falar, muito bem, ótimo, uma pessoa consegue. Agora, as que não falam tão bem, eu tenho mais dificuldades. Cada uma tem a sua cultura, as suas tradições, e eu, às vezes, questiono: “Como é que vocês lá... Lá como é que é...” Temos que respeitar (Maria da Luz, Parteira).

Tais posicionamentos podem ser explicados pela perspectiva interaccionista ao mostrar a existência de uma diversidade social e de formas de reagir perante o “estar de saúde” ou o “estar doente”. A essência desta teoria permite afirmar que as relações interpessoais são fundamentais e baseiam-se na criação e análise de uma experiência partilhada entre a enfermeira e a utente. De facto, sabemos que o conceito de saúde assenta num conjunto de conhecimentos socialmente partilhados e que as diferentes culturas pensam a saúde de diversas formas, onde as pessoas podem apresentar modos diferentes de enfrentar a mesma situação. *Todos estes sintomas, aparentemente variados, correspondem a experiências reais que provavelmente as pessoas têm. Mas cada uma valoriza e sente mais uns sintomas do que os outros, de acordo com a percepção cultural que tem do corpo e da vida (Silva et al., 2002, 19).* Deste modo, a educação em saúde tem que valorizar e dar atenção a estes aspectos. Para isso, as enfermeiras necessitam de uma formação que lhes permita identificar as diferenças culturais e descobrir o melhor caminho para respeitar essas diferenças, impedindo as desigualdades em saúde.

Constatámos ainda que, a valorização das opiniões das grávidas foi referida pelas enfermeiras como fazendo parte das suas intervenções. Captar o ponto de vista da grávida e interpretar a sua opinião, é essencial para a enfermeira analisar se os comportamentos da utente são prejudiciais para a sua saúde ou para a saúde do seu filho, constituindo ainda uma forma de individualizar os cuidados e de contribuir para uma negociação desses mesmos cuidados. O agir do enfermeiro com a utente tem como finalidade a promoção do seu bem-estar, devendo ser encarado como um momento interactivo, num caloroso contexto de relacionamento interpessoal.

Dou oportunidade para a mulher expor os seus problemas e não ser sempre eu a falar. Eu penso que sim é muito importante (Maria da Luz, Parteira).

Claro que eu estou sempre disposta para esclarecer dúvidas. Abro sempre um espaço para dúvidas. A opinião da grávida é importante (Maria das Dores, Parteira).

Para Freire (2007a, 2007b), apenas o diálogo revela um pensar crítico capaz de gerar interacção. Nesta óptica, a enfermeira estimula a grávida a expor os seus problemas e as suas dúvidas, de forma a interagir positivamente. Da observação efectuada, verificámos que, muitas das vezes, esse facto não ocorre por causa do número de grávidas que são atendidas. Tendo por base a teoria de acção comunicativa de Habermas (1987), podemos questionar se existe uma disponibilidade dos enfermeiros para obter o entendimento mútuo com a grávida?

Podemos assegurar que não foram todos os enfermeiros a assinalar esses factos e, da observação efectuada, identificámos algumas respostas pontuais da grávida sem oferecer respostas adicionais, o que condiciona a condução de um diálogo e de um diagnóstico real da sua saúde. *O conceito de acção comunicativa refere-se à interacção de pelo menos dois sujeitos capazes de falar e agir que (seja com meios verbais ou extra verbais) entabulam uma relação interpessoal. Os actores buscam entender-se sobre uma situação prática para poder coordenar de comum acordo os seus planos de acção e, com isto, as suas acções. O conceito central aqui, o conceito de interpretação, refere-se primordialmente à negociação sobre qual é a verdadeira situação susceptível de consenso* (Habermas, 1987, 124). Se, por um lado, o desempenho profissional da enfermeira exige conhecimentos e habilidades técnicas, por outro, as competências humanas são fundamentais para a realização de uma consulta de enfermagem interactiva, sem necessidade de adoptar práticas coercivas, evitando, desta forma, o domínio da utente através do saber técnico ou especializado. Neste caso, qualquer intervenção realizada de forma obrigatória e autoritária durante a consulta, pode impedir, ou inibir, a interacção com a grávida, proporcionando o insucesso da comunicação. Em suma, podemos afirmar que a enfermeira tem um papel de agente facilitador, estimulador e motivador perante a aprendizagem. A proximidade da enfermeira com a utente assenta, sobretudo, na interacção. O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou um grupo de pessoas (família ou comunidades) (O.E., 2003a). Nesta perspectiva, o estabelecimento de uma escuta activa associada a uma prática de comunicação adequada perante as grávidas, contribuiu para a sua autonomia, levando-as a participar, mais activamente, no processo de promoção de saúde. Conseguir relações sociais estáveis e conquistar a confiança, é fundamental para o

estabelecimento das práticas educativas.

Observámos, também, que as intervenções de educação para a saúde em grupo, realizadas por algumas enfermeiras, foram consideradas espaços de troca de saberes e de criação de vínculos, conforme ilustram os seguintes relatos.

Há uma partilha muito grande. Elas [as grávidas] partilham muito a experiência delas comigo. E, relativamente à informação e aos conhecimentos, tudo o que possuem acerca da saúde materna, fornecem-mo. Tudo o que seja legislação recente como, por exemplo, o Código do Trabalho em relação à preparação para o parto ou, então, coisas que elas encontram na Internet. Partilham. (...) A preparação tem também essa vertente, (...), também é pela troca de experiências que fazem entre elas. Mesmo as que estão a trabalhar (...), dizem que lhe dá tranquilidade para o resto do dia de trabalho e sentem que tiram aquele bocadinho para elas. Eu acho isso interessante. A troca de experiências é muito engraçada. (...). Elas trocam muitas impressões (Maria da Luz, Parteira).

Sou uma confidente. Elas depositam toda a confiança e abrem-se muito. E, muitas das vezes, têm problemas familiares e vem aqui só para desabafar, algumas têm problemas com a família, outras, problemas com o marido. Ajudo, tento ajudar e isso para mim é gratificante (Maria Rita, Parteira).

Verificamos que no meio rural estes aspectos são ainda mais relevantes. As relações de confiança auxiliam a estruturação das posições dos actores, enfatizando as dinâmicas das suas interacções (Balsa, 2006). A partir de um quadro de análise interaccionista e numa perspectiva de desenvolvimento, podemos considerar, por um lado, a possibilidade de fortalecer a identidade socioprofissional dos enfermeiros e, por outro, a propagação de laços sociais de confiança com as utentes (Amendoeira, 2006). A perda de confiança entre os dois elementos, educando e educador, retrata o fim da reciprocidade de todo um compromisso interpessoal (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005). Num estudo realizado por Billon e Forestier (2000) numa maternidade de Lille em França, a relação entre a parteira e as mulheres foi considerada um momento privilegiado para uma relação terapêutica que integra a qualidade dos cuidados de enfermagem. Como apontam estas autoras, é fundamental escutar, informar, responder às necessidades e estabelecer uma relação de confiança para diminuir o medo ou a agressividade.

Outros estudos (e.g., Munari e Rodrigues, 1997; Couto, 2006) referem que a participação em grupos de educação para a saúde é uma mais-valia, na medida em que pode contribuir para ultrapassar períodos difíceis, tais como: os períodos de ajustamentos ou, ainda, as fases de adaptação a novas situações. Uma intervenção num grupo de grávidas é de

importância capital e tem várias vantagens, nomeadamente o reforço positivo, o encorajamento e a identificação dos membros do grupo com problemas comuns, já que nem sempre é fácil adoptar e manter comportamentos protectores de saúde. Estes aspectos serão analisados, com maior detalhe, nos itens que se seguem.

1.2. Conceção sobre educação para a saúde

Ao longo dos tempos, temos assistido à análise do conceito de educação para a saúde graças ao desenvolvimento das ciências e das técnicas, bem como da percepção dos factores ambientais, sociais e comportamentais que prejudicam a saúde (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005). Tal como a subcategoria anterior, também esta subcategoria, *conceito de educação para a saúde*, abarca o pensar da enfermeira especialista.

Os relatos apresentados evidenciam uma concepção tradicional da educação em saúde. As oito enfermeiras entrevistadas salientaram que a educação para a saúde versa essencialmente sobre a prevenção de doenças ou de complicações e, de todas, apenas uma enfermeira destaca a noção de promoção da saúde. Os discursos reproduzem conceitos com significados diferentes, muito normativos e, quase todos, centrados na transmissão de informação e na mudança de comportamentos de forma a minimizar os riscos. Este aspecto também foi realçado no estudo levado a efeito por Carvalho e Carvalho (2006) quando caracterizou as práticas educativas dos enfermeiros da Sub-Região de Vila Real. Vejamos o seguinte extracto da entrevista a uma das parteiras:

É preparar estas mulheres para ter hábitos de vida saudáveis (...) isso implica, comportar-se de maneira a que não provoque danos na sua saúde e que não propicie estados de doença (...) não as vamos obrigar a mudar comportamentos, mas tentámos que elas se adaptem às alterações de maneira a que se minimize os riscos para a sua saúde (Maria da Luz, Parteira).

Parece-nos evidente que o principal objectivo da educação para a saúde no âmbito da vigilância pré-natal está directamente relacionado com a promoção da saúde e a prevenção da doença ou de complicações, no sentido de uma correcta orientação e vigilância da saúde materno-fetal. De facto, a educação para a saúde constitui um elemento indispensável nos cuidados de enfermagem, numa perspectiva de promoção, de manutenção e de restauração da saúde (Carvalho e Carvalho, 2006). Esta é normalmente entendida como uma actividade de transmissão de informação onde a enfermeira explica os hábitos e os comportamentos

saudáveis. Intensifica-se a ideia de que, informada sobre os riscos de adoecer ou ter alguma complicação, compete à utente a responsabilidade de mudar e adoptar um estilo de vida saudável. Esta é uma prática modelada num discurso coercivo e normativo fortemente influenciado pelas directivas da educação sanitária do início do século XX (Pereira, 2005). Na sua maioria, as enfermeiras baseiam-se na pedagogia da transmissão, onde sobressai uma visão instrumental da pessoa. De facto, encontrámos unidades de registos referentes a informar, esclarecer e identificar as necessidades das utentes. Analisemos os seguintes relatos:

Nós não educamos ninguém, nós não ensinamos nada, nós transmitimos informações (Maria da Luz, Parteira).

Nós podemos falar de tudo. E tudo estamos a educar. Tudo desde a higiene, desde hábitos alimentares, desde o vestuário...Uma grande variedade. Tem um leque muito grande (Maria Rita, Parteira).

Da observação realizada, concluímos que os discursos sobre responsabilidade e comportamentos de risco se difundiram sobre a forma de conselhos. Embora, por vezes, se transformem em interdições ou prescrições enunciadas no imperativo: “não faça isto” ou “não coma isto” ou, ainda, “deve beber isto”. A razão para este facto, na perspectiva de Lefevre e Lefevre (2004), deve-se ao profissional de saúde acreditar possuir o monopólio do conhecimento verdadeiro e legítimo, considerando-se um perito. No entanto, concordamos com Jacques (2007) quando sublinha que o recurso à prevenção, em vez da obrigação, faculta às mulheres uma determinada liberdade de escolha, quer das atitudes, quer dos comportamentos, sem menosprezar a responsabilidade individual.

Em síntese, podemos afirmar que a consulta de vigilância pré-natal é um espaço adequado para a mulher se habilitar a viver a sua gravidez de uma forma saudável, o parto de uma forma positiva e a maternidade de uma forma integradora. O processo educativo é encarado como algo de fundamental, não só para adquirir conhecimentos mas, também, para fortalecer a mulher como pessoa e como agente promotor de saúde. A concepção de educação para a saúde integra-se no modelo Tradicional ou Hegemónico referido por Alves (2004) e analisada no Capítulo II deste estudo. Porém, novas concepções estão também presentes e enquadram-se no modelo Dialógico. Deste modo, consideramos que algumas profissionais abordam a educação para a saúde de uma forma mista, Tradicional/Dialógico, sendo, no entanto, o Modelo Tradicional, o mais predominante. A mesma enfermeira pode utilizar estes dois modelos na sua prática quotidiana, dependendo de vários factores: nomeadamente, das

características socioeconómicas da mulher que se apresenta à consulta e do tempo que de dispõe para efectuar essa mesma consulta. Não existem diferenças pelo facto da enfermeira especialista trabalhar numa área rural ou urbana. Da análise dos discursos, consideramos que a educação para a saúde se torna uma edificação compartilhada do conhecimento, uma vez que parte não só da experiência e das práticas dos actores envolvidos, como das suas próprias necessidades.

Temos que ter em vista a pessoa que temos à nossa frente, (...) temos ali um monte de temas e temos que fazer aquilo, quer a senhora precise, quer não precise, quer saiba, quer não saiba. Por isso, deve ser adequado à pessoa que temos à nossa frente, à formação da pessoa, à sua experiência anterior, porque ela pode ter uma experiência que diga que é o contrário daquilo que eu lhe vou dizer (...)
(Maria de Fátima, Parteira).

Gostaríamos de realçar algumas das finalidades da educação para a saúde mencionadas pelas enfermeiras entrevistadas e que se centram em quatro unidades de análise: “satisfazer as necessidades de informação da grávida”, “promover o bem-estar da mãe e do seu filho”, “educar a grávida para a maternidade” e “promover o bem-estar da família”. Assim, não podemos impor os cuidados às grávidas, mas antes dar-lhes a oportunidade de participarem, activamente, nas suas decisões porque são elas que sentem as suas necessidades e os seus problemas. *L’infirmière guide le «client-famille» et l’aide à rassembler l’information et à la partager* (Kérouac *et al*, 1994, 36). Nesta perspectiva, a colaboração e o mútuo acordo são fundamentais. Para que haja alguma mudança de comportamentos e adesão ao prescrito, tem que haver uma participação activa da utente nos cuidados (Kérouac *et al*, 1994). Ensinar não é apenas transferir conhecimentos mas, antes de mais, é criar as possibilidades para a sua produção ou construção. Todavia, constatámos a persistência duma abordagem técnica reduzindo a educação em saúde à forma de ensinar a grávida a adoptar hábitos de higiene e comportamentos saudáveis, sem individualizar o cuidado com a saúde, desconsiderando questões mais amplas, como a determinação social do processo saúde/doença.

Numa época de mudanças como a que vivemos, em que as condições do nascimento estão frequentemente em discussão (*e.g.*, medicalização), o papel das enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica junto das famílias, também se encontra em mutação, sendo indispensável reflectir sobre o seu papel na preparação da mulher/casal/família para o nascimento. Como é que estas desenvolvem as práticas educativas?

2. Desenvolvimento das práticas educativas

A construção de um sistema de serviço de saúde constitui um processo social que se realiza através de políticas de saúde que se traduzem no quotidiano das unidades de saúde. As práticas educativas durante a vigilância pré-natal têm, regra geral, aplicado os conteúdos dos programas em vigor nos serviços de saúde. Neste contexto, a educação para a saúde é uma componente do processo de cuidar que constitui um mesclado de saberes e de práticas dirigidas para a prevenção de complicações e promoção de saúde, onde os enfermeiros desempenham um papel relevante no seio da equipa multidisciplinar. *Esta complexa realidade que constitui a galáxia dos comportamentos humanos, no que concerne a estilos de vida saudáveis, implica da parte do educador de saúde, uma adequada preparação prévia, um rigoroso trabalho de desenvolvimento de habilidades, capacidades e competências pessoais e sociais* (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005, 114). Da análise de conteúdo (Quadro 26), apontámos duas categorias principais: «estratégias desenvolvidas» e «elementos de constrangimento».

Quadro 26 – Desenvolvimento das práticas educativas

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Dimensões
II) Desenvolvimento das práticas educativas	1. Estratégias utilizadas no desenvolvimento das práticas	a. Estratégias de diagnóstico das necessidades	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistente • Colheita de dados • Observação directa da utente
		b. Estratégias de planeamento das necessidades	<ul style="list-style-type: none"> • Não existem • Planeamento sustentado na experiência da enfermeira especialista • Planeamento programado preparação para o parto
		c. Estratégias de execução das actividades educativas	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de acções socioeducativas realizadas • Momentos específicos de realização • Temas abordados • Modos de execução
		d. Estratégias de avaliação das actividades educativas	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistente • Em momentos específicos baseada na opinião das utentes, dos colegas • Avaliação constante baseada na satisfação e observação das utentes

Fonte: Categorização efectuada por nós com base nas entrevistas realizadas entre Julho e Agosto de 2007.

Quadro 26– Desenvolvimento das práticas educativas (conclusão)

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Dimensões
II) Desenvolvimento das práticas educativas	2. Factores de Constrangimentos	a. Centrados na utente	<ul style="list-style-type: none">• Ausência de motivação e interesse• Grau de instrução• Estado civil• Origem utente: Etnia• Instabilidade profissional
		b. Centrados nos profissionais de saúde	<ul style="list-style-type: none">• Pouca motivação do educador• Dificuldade em transmitir a informação• Pressão da equipa médica• Divergências nos discursos dos vários intervenientes
		c. Centrados na organização das unidades de cuidados serviços	<ul style="list-style-type: none">• Estrutura física não adequada• Recursos humanos deficientes• Recursos de material pedagógico insuficientes• Má organização das unidades saúde
		d. Centrado na família	<ul style="list-style-type: none">• A ausência de uma pessoa significativa na participação da consulta• Herança familiar: transmissão de saberes

Fonte: Categorização efectuada por nós com base nas entrevistas realizadas entre Julho e Agosto de 2007.

2.1. Estratégias no desenvolvimento das práticas

A prestação autónoma de cuidados de enfermagem direccionados para projectos no âmbito da saúde da mulher a viver processos de saúde/doença ao longo do ciclo reprodutivo, constitui a principal área de intervenção da Enfermagem em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. Inclui, ainda, a prestação de cuidados ao produto de concepção desde o período de gestação até ao período neonatal, em todos os contextos de vida (Côto e Leite, 2007). Com base nesta afirmação, a intervenção da parteira na vigilância pré-natal é uma intervenção autónoma que visa a assistência da mulher inserida numa família e numa comunidade, durante o período pré-natal de forma a potenciar a saúde da grávida. Perante isto, como é que estarão as parteiras a desenvolver as práticas de promoção de saúde e que estratégias utilizam para desenvolver essas práticas?

No que diz respeito à categoria, «estratégias utilizadas no desenvolvimento das práticas», emergiram as quatro subcategorias seguintes: “estratégias de diagnóstico das

necessidades”, “estratégias de planeamento”, “estratégias de execução” e “estratégias de avaliação das actividades educativas”. Estas subcategorias estão relacionadas com as fases do processo de enfermagem⁷⁴.

2.1.1. Estratégias de diagnóstico das práticas educativas

Na sequência das opiniões emitidas pelas enfermeiras entrevistadas relativamente às actividades que desenvolvem, considerámos relevante questionar sobre o diagnóstico das actividades desenvolvidas. As respostas apontaram para várias situações, muito embora, a mesma enfermeira pode fazer o diagnóstico de diversas formas. Em primeiro lugar, salientamos o facto de duas enfermeiras especialistas, que desempenhavam funções em áreas urbanas, não terem por hábito fazer qualquer diagnóstico das necessidades da grávida.

Não temos nenhuma (Maria Estrela, Parteira).

Num segundo tempo, constatamos que o diagnóstico das necessidades é realizado através da colheita de dados (n=6), efectuado através da entrevista. Neste contexto, a relação de empatia torna-se necessária para fazer um diagnóstico sobre as necessidades reais da utente, sendo a forma mais adequada para descobrir as necessidades globais de saúde. Podemos reforçar a ideia de que a colheita dos dados é um acto profissional que se situa na base de qualquer intervenção de cuidados de enfermagem, sendo considerada como um elemento da qualidade dos cuidados. Esta colheita de dados serve em, primeiro lugar, para a planificação desses mesmos cuidados e, posteriormente, para a sua avaliação. Vejamos alguns exemplos:

Primeiro, começo a conversar com ela, tento estabelecer uma relação de empatia e vou conversando. À medida que eu converso, o diálogo vai-se estabelecendo e nós também vamos encontrando algumas dúvidas. Várias estratégias do tipo “olhe, já alguém lhe falou sobre alimentação que a grávida deve fazer, quais são os nutrientes para a grávida. Tem ideia desta ou daquela situação” e elas próprias vão

⁷⁴ O processo de enfermagem caracteriza-se pela inter-relação e o dinamismo das fases. O primeiro passo do processo de enfermagem é o histórico de enfermagem que permite de uma forma sistematizada o levantamento de dados significativos importantes para a identificação dos problemas. Estes dados, convenientemente analisados e avaliados, levam ao segundo passo, o diagnóstico de enfermagem que baseia-se na identificação das necessidades da pessoa. O terceiro passo consiste no planeamento assistencial que descreve a determinação global da assistência de enfermagem para a situação específica do utente. O quarto passo visa a implementação do plano assistencial que é sempre avaliado fornecendo os dados necessários para a quinta fase. Os instrumentos básicos indispensáveis para aplicar o processo de enfermagem e para dar a assistência de enfermagem de qualidade podem ser definidos como as habilidades, os conhecimentos e as atitudes. Podemos frisar que estes instrumentos têm o mesmo valor: a observação, a comunicação, a aplicação do método científico, a aplicação de princípios científicos, a destreza manual, o planeamento, a avaliação, a criatividade, o trabalho em equipa e a utilização dos recursos da comunidade.

colaborando e vão-me ajudando naquilo que, de facto, é preciso investir (Maria Madalena, Parteira).

Primeiro faço uma entrevista. Tenho que fazer o histórico dessa mulher. Eu recebo a mulher, nem é na primeira consulta que ela aborda grandes coisas. Está assim com receios, não está muito à vontade. Mas principalmente na terceira ela já vem, já se sente mais à vontade e ganha mais confiança. E aí, ela vai pôr os seus problemas e eu vou informando, conforme as situações (Maria Rita, Parteira).

Em terceiro lugar, o diagnóstico assenta na observação directa da utente (n=2), como podemos observar nos seguintes relatos.

Com já disse no início, uma é por observação directa e depois, pergunto se têm alguma dúvida, vou de encontro a elas, se há algum tema que elas queiram ver tratado, muitas vezes forneço um suporte de papel sobre determinado tema, dou para lerem e informo que estou disponível para analisar algum tema ou responder a alguma questão sobre aquilo que vai ler (Maria de Fátima, Parteira).

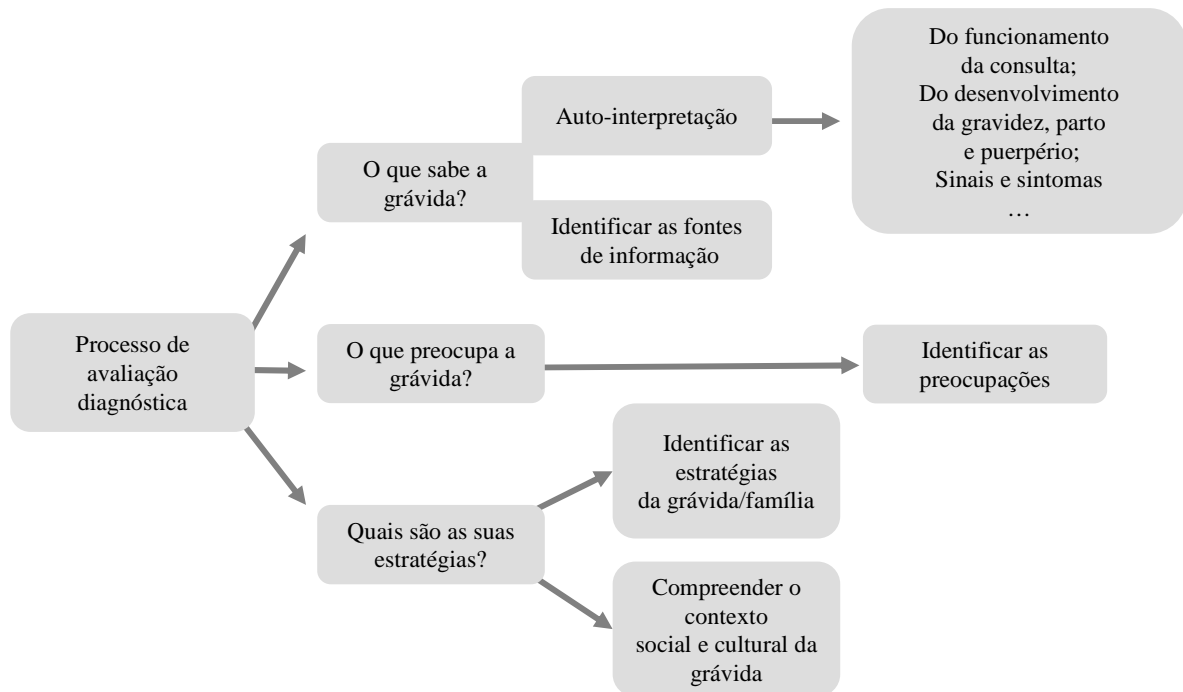
Abordando com conversa e com a observação, não é. A gente olha e vê. Se eu vejo que o peito da grávida está muito saliente ou muito comprimido, vou ver que soutien usa. E se tem aro lá vou eu fazer educação sobre o uso de soutien ...no vestuário se usar roupas apertadas lá vou eu falar da circulação etc. Se vejo uma pessoa a cheirar menos bem, lá vou eu falar dos cuidados de higiene, na dentição, no hálito....É por aí (Maria Luísa, Parteira).

Denotamos que a observação a que os profissionais se referem, é a observação física da grávida. Salientamos que o exame físico ajuda a objectivar os dados colhidos verbalmente no decurso da entrevista, sendo encarado como componente importante das informações prévias a qualquer cuidado de enfermagem.

Em jeito de síntese, podemos sustentar que a educação para a saúde é executada, a maior parte das vezes, segundo o diagnóstico da situação. A fase de avaliação das necessidades é fundamental, porque é nela que se determina a natureza das necessidades e motivação para apreender, fixando-se as metas conjuntamente com a utente (Redman, 2003). Todavia, é no momento da consulta que as necessidades são detectadas, denotando-se, por vezes, uma fraca participação das utentes neste processo. Contudo, o processo de avaliação das necessidades educativas pode variar na sua complexidade, conforme a situação detectada. Não podemos esquecer que planear implica identificar, com nitidez, as oportunidades e as alternativas de intervenção, efectivar o diagnóstico preciso da situação e adoptar as melhores decisões (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005). Neste campo, o processo de avaliação diagnóstica torna-se fundamental (Figura 27) para identificar as preocupações e as

necessidades da grávida, bem como para entender o que é que a grávida sabe, e perceber as fontes e as estratégias adoptadas para enfrentar a transição para o seu papel de mãe.

Figura 27 – Processo de avaliação diagnóstica



Fonte: Elaboração própria com base em Lopes (2006).

Muitas são as vantagens em fornecer uma informação adequada às necessidades de cada grávida. Podemos destacar, entre outras, a maior satisfação, a melhor colaboração da grávida no parto, a redução da ansiedade e do medo, bem como a elevação da auto-estima. Estamos de acordo com Lopes (2006) quando salientou no seu estudo, que a enfermeira carece de ter toda a informação para poder desempenhar a sua actividade com base no que a pessoa sabe, e não no que ela pressupõe saber. Por isso, a questão - *o que sabe a grávida?* - parece-nos ser muito pertinente porque, através desta questão, vamos conhecer a sua auto-interpretação do desenvolvimento da consulta, da gravidez, do parto e do puerpério, bem como a identificação das fontes de informação e qual a informação, ou saberes, que foram veiculadas. Para além destas questões, importa conhecer as preocupações da grávida e as suas estratégias para enfrentar as dificuldades. Muitos destes aspectos não foram observados no decorrer da consulta.

2.1.2. Estratégias de planeamento das necessidades

Dos discursos analisados, emergiram três dimensões relacionadas com esta subcategoria *estratégias de planeamento*, das quais salientámos: a “ausência de estratégias de planeamento”, as “estratégias de planeamento sustentado na experiência da enfermeira especialista” e as “estratégias baseadas no planeamento programado na preparação para o parto”. O planeamento das actividades de educação para a saúde é primordial para que esta se mostre produtiva e eficaz no sentido de promover a adopção de comportamentos saudáveis e não seja apenas uma simples transmissão de informação (Carvalho e Carvalho, 2006).

Como podemos constatar, cinco das oito enfermeiras não sentiram a necessidade de planear a educação para a saúde, uma vez que o conhecimento da idade gestacional é, na sua opinião, suficiente para abordar determinados temas com a grávida, ignorando as suas verdadeiras necessidades. A seguinte opinião manifestada por uma das enfermeiras entrevistadas comprova este facto:

Não sinto necessidade de planear, sinceramente. Nós tiramos sempre os processos no dia anterior, sabemos sempre se vamos ter grávidas, ou se não vamos. Sabemos qual é a idade gestacional, e assim, não sinto necessidade de planear (Maria de Fátima, Parteira).

Neste contexto, podemos considerar que o planeamento das necessidades surge de forma informal, como se as enfermeiras desempenhassem “tarefas” em série, de forma rotineira, sem ter em atenção a organização familiar e social da pessoa que têm à sua frente. Assim, independentemente do contexto social onde trabalham, estes relatos são explanados por enfermeiras que têm, pelo menos, dez anos de experiência profissional. Todavia, no nosso entender, “o conhecimento da idade gestacional” não é suficiente para promover a saúde da grávida e prestar cuidados de qualidade, uma vez que a grávida pode sentir necessidade de informação que não esteja relacionada com a idade gestacional mas, com todos os aspectos que envolvem a vida dessas mulheres, nomeadamente: as vivências, as experiências de vida, os aspectos socioeconómicos, culturais e espirituais, ou ainda, com a rede de apoio familiar e comunitário como forma de individualizar e contextualizar a vigilância pré-natal.

A segunda dimensão relaciona-se com as estratégias de planeamento, sustentadas na experiência da enfermeira especialista. A experiência profissional é suficiente para efectuar um adequado planeamento das práticas educativas? Observámos que duas enfermeiras especialistas mencionaram esta situação, tendo dez anos de experiência no âmbito da vigilância pré-natal e trabalharem, sobretudo, com utentes provenientes das áreas

predominantemente ou mediamente urbanas. A utilização de capacidades adquiridas de modo diversificado, é particularmente importante e o saber prático muito valorizado.

Uma pessoa começa a ter um certo traquejo. Já não é ...10 anos já nos dá uma certa experiência e, então, normalmente como já tenho aulas preparadas. Tento organizar de maneira a que logo de seguida possa dar resposta. Não há, assim, uma estratégia bem definida (Maria Rita, Parteira).

Eu tenho ali a utente, vou tendo alguma experiência anterior e conhecimentos que me permitem fazer educação para a saúde no momento (Maria de Fátima, Parteira).

Neste âmbito, sobressai a ideia de que quantos mais anos a enfermeira trabalha na área da vigilância pré-natal, maior é a sua experiência, não necessitando de efectuar grande investimento em formação, considerando a educação para a saúde como uma rotina. Tal como na dimensão anterior, também aqui, nos parece que estas se baseiam num modelo decalcado para todas as grávidas, impondo o saber profissional como um saber único e verdadeiro. A rotinização das práticas permite atenuar a incerteza do ambiente da actividade, orientando a energia mental para a tomada de decisões sobre a execução de operações mais incertas (Domingues, 2006). Este sociólogo acrescenta que *a rotinização das práticas carece do acerto de diversos factores: comunicação adequada da prática desejada; partilha de benefícios permitidos pela rotinização; legitimidade das novas práticas a rotinizar; tempo de redundância das práticas capaz de reduzir a incerteza da sua execução (...)* (Domingues, 2006, 275). É importante questionarmos se, de facto, as pessoas podem simplesmente instalar-se nas rotinas, uma vez que a educação para a saúde para ser adequada não se deve focalizar apenas na experiência da parteira. Na verdade é imprescindível organizá-la a partir das necessidades e das circunstâncias sociais e ambientais da grávida. Tendo em conta a perspectiva abordada no enquadramento teórico, salientamos que o modelo dito Tradicional ou Hegemónico, inserido no paradigma biomédico de saúde, se adequa a esta forma de intervir. Em todo caso, podemos considerar que este planeamento é, quase sempre, baseado em decisões individuais centradas no profissional de saúde e não na utente. Os resultados obtidos explicitam ainda que a enfermeira utiliza um conjunto de saberes que estão relacionados com a sua formação académica, ou com a formação contínua desenvolvida em contexto de trabalho.

A terceira dimensão refere-se a estratégias de planeamento realizadas de uma forma programada no âmbito da preparação para o parto, resultando em estratégias mais formais.

Em suma, concordamos com Branco (1995) quando alude que o planeamento das

práticas educativas determina uma área problemática, uma vez que as actividades aparecem de forma pouco organizada e resultam do interesse e da vontade individual do profissional de saúde, não havendo, na maior parte das vezes, um planeamento consistente. Os extractos das entrevistas revelam a instalação de práticas rotineiras no âmbito da educação para a saúde. É de ressaltar que as enfermeiras especialistas nunca podem perder de vista os objectivos a atingir, sejam eles de processo, de resultados ou de satisfação⁷⁵. Da observação efectuada na consulta, apenas uma obedeceu a um planeamento prévio: foi o caso de uma grávida com varizes e que necessitava de alguns conselhos para minimizar os riscos.

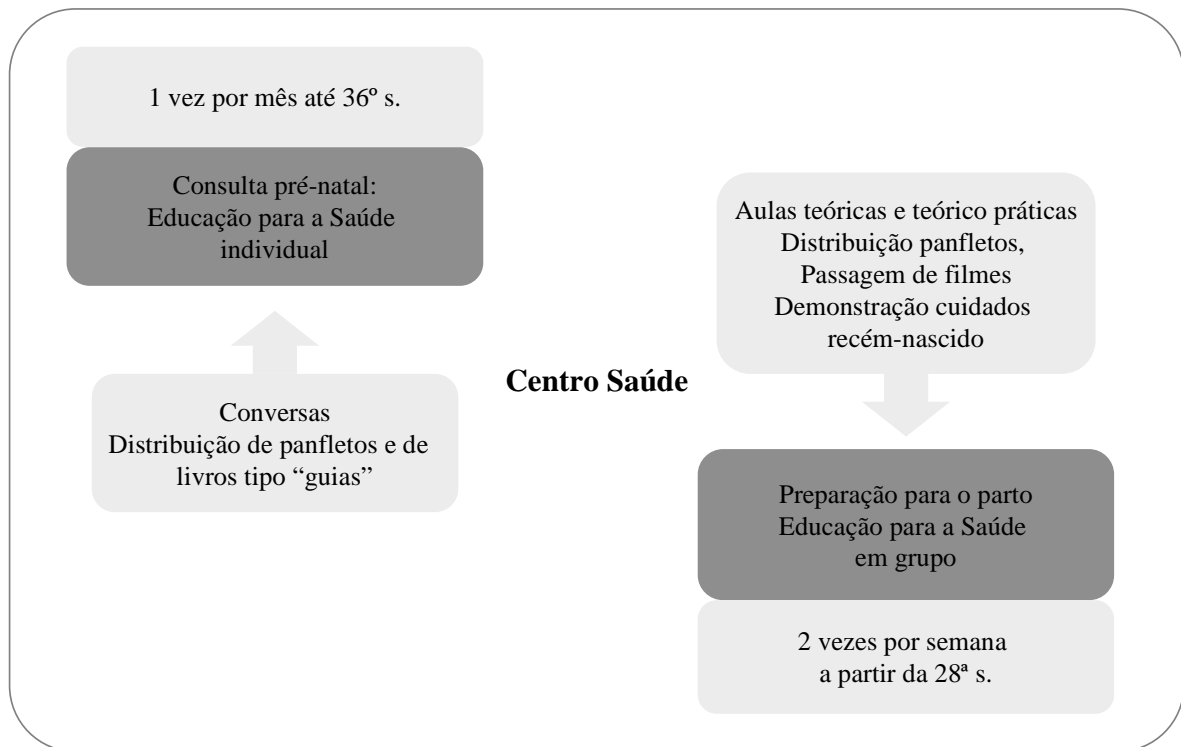
2.1.3. Execução das práticas educativas

No que se refere à subcategoria *execução das práticas educativas*, surgiram quatro dimensões, das quais salientamos, “as acções socioeducativas desenvolvidas”, “os momentos específicos de realização”, “os temas abordados” e “os modos de execução das actividades”.

Procurando caracterizar as práticas em educação para a saúde (Figura 28), verificámos que a opinião das entrevistadas realçou que o momento mais adequado para identificar a situação de ensino e para informar a grávida é a consulta de enfermagem, sendo incorporadas de uma forma individualizada.

Assim, a consulta de enfermagem é caracterizada como uma actividade que possibilita a escuta e o diálogo com as grávidas, propiciando uma troca de informações. O tipo “individual” permite, por um lado, uma maior aproximação e interacção com a grávida e, por outro, abordar temas muito mais íntimos que não se abordaria em grupo, designadamente, a sexualidade. Rodrigues, Pereira e Barroso (2005, 58) afirmaram que *o educador não se afirma hoje, apenas, através da autoridade do conhecimento, precisa de conquistar o espaço-tempo das interacções educativas, apropriando-se do poder da relação*. Neste sentido, exige do enfermeiro paciência, capacidade de resiliência e flexibilidade estratégica, para enfrentar a dinâmica dos contextos.

⁷⁵ Segundo A. Carvalho; G. Carvalho (2004, 59), os objectivos de processo definem *o processo de educação do participante e descrevem as acções a serem tomadas pelo educador enquanto que os objectivos de resultado descrevem comportamentos que são esperados que o participante desempenhe. Os objectivos de satisfação da utente são, na nossa opinião, ainda mais importante a ter em conta.*

Figura 28 – Educação para a saúde desenvolvida

Fonte: Elaboração própria com base nos relatos.

Como já referimos anteriormente, construir a relação, origina saber criar contratos de desenvolvimento com as pessoas, embora da observação efectivada, nem sempre tenham sido verificados. Vejamos os seguintes exemplos:

Nas consultas, eu faço os ensinamentos individualmente. Na consulta são efectuados segundo as necessidades da mulher. É conforme as solicitações da mulher, não podemos deixar para o outro dia. Individualmente, uma pessoa chega mais depressa às necessidades delas. Elas colocam-nos questões que têm toda a razão de ser mas que em grupo não colocam (Maria da Luz, Parteira).

Efectuo sempre educação individual porque acho que é importante uma vez que cada pessoa tem os seus problemas, que outra pode não ter. É para criar uma abertura maior entre a mulher e o profissional, acho que, é importante a educação para a saúde individual (Maria Luísa, Parteira).

Individual, porque eu faço a consulta e é na consulta que aproveito para fazer a educação para a saúde (Maria do Rosário, Parteira).

É de salientar que os ensinamentos em grupo foram apontados por seis enfermeiras como sendo importantes. Como vimos no Capítulo II, as alterações que ocorrem durante a gravidez exigem profundas e rápidas adaptações físicas, emocionais e sociais. Estes factores geram ansiedade que, num nível exagerado, impedem uma adequada evolução da gravidez,

impedindo mesmo uma eficaz interacção com o feto. Assim sendo, o acompanhamento da grávida através da modalidade grupal, caminha como um suporte e um espaço produtivo para a troca de vivências, a moderação das ansiedades e propícia uma integração psicocorporal. Neste contexto, a educação para a saúde, em grupo, proporciona um espaço colectivo onde as grávidas falam dos seus medos, dos seus anseios e das suas dúvidas acerca da gravidez, do parto e do pós-parto, privilegiando a transmissão de informações e a troca de experiências. Estas sessões são principalmente realizadas no âmbito da preparação para o parto como atestam os dois relatos que se seguem. Geralmente, após a exposição do assunto, o grupo tem a liberdade para questionar sobre o que foi abordado. Esses momentos possibilitam ao profissional de saúde compreender a situação da grávida e estabelecer vínculos. Vejamos:

(...) depois em grupo na preparação para o parto e, por vezes, quando há mulheres que não estão na preparação para o parto e há uma, duas ou três que têm necessidades de abordar o mesmo tema, tento saber os seus horários e ver se são compatíveis com a minha disponibilidade e junto-as (Maria da Luz, Parteira).

Em grupo penso é mais organizado e tenho as coisas mais organizadas, mais pensadas e mais planeadas. Porque as faço na preparação para o parto. Em grupo só faço na preparação para o parto. Deixei de fazer as sessões em grupo por trimestre porque iniciei a preparação. Antigamente fazia sessões no primeiro, segundo e terceiro. Era importante mas não tenho tempo para isso tudo (Maria das Dores, Parteira).

Pelas razões apontadas, estamos convictas que a educação para a saúde, em grupo, merece ser mais estimulada⁷⁶ para que possa ser entendida como um espaço onde se trocam experiências, contribuindo para a formação de vínculo entre as participantes. *Apesar da sua importância, a promoção de saúde não depende exclusivamente dos serviços de saúde, podendo ser feita quer de forma colectiva quer de forma individual, sendo esta última de maior importância uma vez que se poderá dar especial atenção ao auto-cuidado, à auto-responsabilidade e à necessidade de mudança de comportamentos, no sentido de controlar doenças crónicas e contagiosas (Mestre, 2006, 179).*

Os temas abordados, quer individualmente, quer em grupo, estão relacionados com a *preparação para a gravidez, a preparação para o parto e a preparação para a maternidade*. Conforme podemos observar no Quadro 27, os temas abordados relacionam-se com os preconizados pelas Orientações Técnicas nº 2 da Direcção-Geral da Saúde.

⁷⁶ Estas existem apenas em quatro dos cinco Centros de Saúde analisados.

Quadro 27 – Temas abordados segundo o trimestre de gravidez

Temas	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Preparação gravidez	<ul style="list-style-type: none"> • Anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor/Fecundação • Desenvolvimento fetal • Calendarização das consultas e sua importância • Exames que devem ser efectuados • As alterações no organismo da mulher: desconfortos do 1º trimestre e como actuar • Alimentação • Sexualidade associada à prevenção de complicações • Cuidados de higiene e conforto: vestuário, exercícios, cuidados com o corpo e higiene bucal • Complicações que possam surgir • Efeitos nocivos de tabaco álcool e drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento fetal • Desconfortos do 2º trimestre e como actuar • Alimentação • Cuidados de higiene e conforto: vestuário, exercícios, cuidados com o corpo, repouso • Complicações que possam surgir • Vacinação • Sexualidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconfortos do 3º trimestre e como actuar • Alimentação • Cuidados de higiene e conforto: vestuário, exercícios, cuidados com o corpo • Complicações que possam surgir
Preparação parto			<ul style="list-style-type: none"> • Tipos de parto • Diferenças entre verdadeiro e falso trabalho de parto • Como recorrer ao hospital • Preparação para o parto: o método psicoprofilático • A consulta de referência • Despiste do estreptococo agalatae • Analgesia epidural
Preparação maternidade e puerpério	<ul style="list-style-type: none"> • Ligação mãe-filho 	<ul style="list-style-type: none"> • A amamentação: acto fisiológico/vantagens • Enxoval 	<ul style="list-style-type: none"> • Amamentação • Cuidados no puerpério • Cuidados ao recém-nascido: banho e cuidados com o coto umbilical • Consultas de vigilância do recém-nascido • Sexualidade e Planeamento familiar • Massagem ao recém-nascido • Dificuldades/complicações que possam surgir • Diagnóstico precoce e consulta de revisão de puerpério

Fonte: Dados retirados das entrevistas por nós realizadas entre Julho e Agosto de 2007.

Eis alguns exemplos:

Na primeira consulta, normalmente falamos sobre a anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor, a

fecundação e o desenvolvimento fetal, (apenas um bocadinho). Depois entramos no esquema das consultas, o tipo de exames que vai realizar e aqueles que têm à sua disposição, os desconfortos que surgem no primeiro trimestre e as medidas de protecção, os cuidados de higiene e alimentação (Maria da Luz, Parteira).

Explicamos ainda como é que funciona o Centro de Saúde, que tipo de apoio é que ela pode ter e, depois, alguns cuidados básicos a ter no primeiro trimestre em relação à prevenção de doenças, e às imunidades. Há montes de temas, sei lá, agora não estou a lembrar-me.... A actividade sexual que é sempre uma questão que elas demonstram. Aqueles sinais que podem surgir no primeiro trimestre, mesmo aquelas complicações, porque ... eu acho que no primeiro trimestre há sempre que ter alguns cuidados porque é tudo muito recente e qualquer coisa pode desestabilizar. A alimentação é fundamental abordar também no primeiro trimestre, os cuidados com a higiene dos alimentos, tudo isso. E outros temas (...) (Maria de Fátima, Parteira).

No terceiro trimestre, é toda a preparação para o parto e envolvê-las mais no sentido do parto. O que é o parto, como é que se processa, as capacidades do feto, a importância dele e o papel dele no parto. Dou um lamiré em termos hormonais, em termos endócrinos é muito complicado e é para elas perceberem muito bem. (...) E faço também os sinais de alarme e um trabalho de parto verdadeiro e trabalho de parto falso. (...) Às vezes, posso esquecer-me de abordar um ou outro assunto. Então, falo sempre se foram orientadas para o hospital se já foram visitar a maternidade porque isso também lhes ajuda a esclarecer determinadas dúvidas. Tento também encaminhá-las para a consulta de referência e o despiste do estreptococo agalatea (...) (Maria Madalena, Parteira).

Também as alerto para a possibilidade de fazer uma cesariana. Eu notei isso quando passei pelo hospital, que elas ficavam muito tristes quando tinham que ir para uma cesariana. E foi uma coisa que me chocou. Pensei que elas iam sempre preparadas para ir fazer um parto eutócico e no momento em que é decidido uma cesariana, elas entram em pânico. Isso é sempre abordado na preparação para o parto e mesmo aqui nas consultas, na possibilidade do desfecho do trabalho de parto, que é uma incógnita, nunca se sabe. Há sempre a possibilidade de um parto instrumentado (Maria das Dores, Parteira).

No entanto, importa salientar que alguns temas como, por exemplo, as questões relativas ao aleitamento materno, à alimentação e às dificuldades que podem surgir no pós-parto, são muito mais valorizados por algumas enfermeiras, por vezes relacionados com cursos que foram desenvolvidos por estas no decorrer da sua prática (*i.e.*, na formação em serviço). Da observação efectuada, constatamos que a tónica em alguns destes temas incide no controlo dos corpos grávidos, principalmente pelo controlo dos hábitos alimentares, sendo a moral do bem comer uma forma de controlo e de regulação dos corpos. Para Giddens (2000), o controle do corpo pela alimentação é, presentemente, um recurso necessário da “criação dos

corpos”. Presenciamos, de igual modo, que as grávidas eram frequentemente convidadas a dar atenção às questões estéticas dos seus corpos, algo que, até há algum tempo, não constituía um problema existencial para as grávidas. *También se induce a las mujeres a introducir cambios en sus prácticas sobre el cuerpo con el mismo fin; es ahora el “cuerpo responsable” puesto que las funciones maternas parece han dado comienzo y deben responder a ellas según dictan las normas sociales. Ambas tendencias estarán siempre definidas en función del bienestar fetal, al que deben someterse como consecuencia de la maternidad* (Muñoz, 2008, 26). Os relatos que se seguem são exemplo do que acabamos de salientar:

É difícil dizer isso agora. Não valorizo tudo da mesma forma, terá sempre um ou outro tema, nomeadamente, dou muito valor às dificuldades que podem surgir no pós-parto que as leva, muitas vezes, a fazer uma depressão, como, por exemplo, a subida de leite e as gretas. Foco muito a importância de estar atenta às características dos lóquios, ao cheiro, qualquer sinal de alarme e dizer quais são. Eu própria tomei uma atitude que vi que era uma necessidade (Maria Madalena, Parteira).

Falo muito da amamentação. Esse é o meu tema principal. É o que eu valorizo mais em termos de educação para a saúde. Porque é um tema que é preciso trabalhar muito e eu já noto, aqui no Centro de Saúde, que há uma adesão grande ao aleitamento materno e que não havia no passado. Preparo-as muito para isso. Noto que há imensas que não estavam muito vocacionadas para dar de mamar, mas, lentamente, ficaram motivadas. Abordo as vantagens, a técnica e as complicações que normalmente surgem no puerpério. Como lidar com essas situações. O que fazer nos ingurgitamentos, nos bloqueios e nessas coisas todas. (...) E, portanto, alerto-as muito para isso (Maria das Dores, Parteira).

A alimentação é importantíssima. Uma das coisas que eu noto que neste concelho há poucas mulheres a tomar leite. E isso reflecte-se o que foi à 32 anos atrás. As pessoas não tinham dinheiro para tomar leite e as crianças não foram habituadas a tomar leite. A parte que eu invisto mais é a alimentação. Eu bato muito na alimentação. Claro que o álcool faz parte da alimentação, e isso é uma das coisas que é sempre combatida. O álcool não está aconselhado na gravidez. As mulheres hoje não bebem. O que é diferente de há alguns anos atrás (Maria Luísa, Parteira).

Mais, uma vez, a educação para a saúde é gerada pelo envolvimento activo da utente através do diálogo, da partilha de conhecimentos e experiências, bem como da problemática sobre os conteúdos mediatizados no processo ensino-aprendizagem. Deste modo, os temas foram abordados segundo *a idade gestacional e as necessidades da mulher*. Segundo os relatos das enfermeiras, as orientações dadas às gestantes estão relacionadas com o trimestre de gestação em que se encontram no momento da consulta. Porém, qualquer tema pode ser abordado, independente da idade gestacional, quando a mulher o solicita. Assinalamos os

seguintes relatos:

Porque é mais fácil para a senhora, também. Se logo no primeiro trimestre vamos falar de coisas como preparação da mama para o aleitamento, preparação para o parto. Quer dizer, quando chegar a altura é muita informação dada de uma vez e as senhoras acabam por não entender (Maria Estrela, Parteira).

Eu tento que seja a utente a manifestar alguma necessidade de intervenção. Há outras que eu posso observar directamente, por exemplo, uma higiene menos cuidada, aí eu intervenho. Ou um aumento excessivo de peso, mas, normalmente, questiono-as sobre aquilo que gostariam de falar, alguma dúvida... (Maria de Fátima, Parteira).

Os temas dependem de cada utente. Há, por exemplo, uma grávida fumadora. Eu não vou falar ao mesmo tempo a uma que não fuma. Vamos supor uma grávida que engorda muito também, engorda brutalmente e que tem muita fome. E até come muitas coisas que não estão relacionadas com a gravidez. Eu já vou fazer um ensino referente à situação...é conforme a situação da utente (Maria Rita, Parteira).

Relativamente aos modos de transmissão das actividades, destacaram-se, essencialmente, duas formas: *modos de execução transmissivos e modos de execução demonstrativos ou interactivos*. Os modos de execução transmissivos, mais tradicionais, estão relacionados com a transmissão de informação através de conversas, da distribuição de panfletos e de guias, conforme podemos observar nos seguintes relatos:

Mas porque pode ser novo ou, então, aquilo não está no fim de cada tema que abordo reforço com panfletos, orientar para bibliografia e não há melhor que elas consultar e tirar as dúvidas de uma forma mais aprofundada. Os panfletos estão sempre relacionados com os temas que eu abordo. Se eu estou a dar sinais de alerta do trabalho de parto eu dou um panfleto relacionado com os sinais de alerta do trabalho de parto, se estou a dar a amamentação eu dou panfleto sobre o tema. Explico os panfletos e, no fim, é que faço uma síntese reforçando e entregando o panfleto (Maria Madalena, Parteira).

É só falar e dar panfletos: sobre a mala, o guia da grávida, logo na primeira consulta. O guia do bebé, damos mais para o fim. Esse livrinho fala de tudo desde a concepção até ao parto. Lá tem tudo desde os exames que as senhoras fazem, desde a alimentação (...). Nós explicamos e vamos mostrando. E mediante a idade gestacional em que elas estiverem, que a gente costuma mostrar [desenvolvimento fetal]. “O seu bebé neste momento já está assim”. E, depois, vamos acompanhando a evolução. Nós dizemos para ela ler em casa e tomando nota de algumas dúvidas que podem surgir, para depois tirar. Lá fala de tudo realmente. E, depois, numa próxima consulta esclarecemos. E depois, também, temos outros panfletos que foram criados por alunos que já passaram por aqui e que

também vamos oferecendo (Maria Estrela, Parteira).

Dentro das práticas transmissíveis, surgem meios mais modernos para facilitar a transmissão da informação. Destacamos o uso do computador e de sistemas multimédia para projecção de slides em *power point*, bem como o uso do DVD para projecção de filmes, conforme atestam os seguintes relatos:

Uso muito o computador com a projecção de diapositivos em power point. Uso filmes, uso...mais ou menos essas coisas. Muitas imagens. Gosto muito de imagens para elas visualizar. Por exemplo, na amamentação, para elas ver o que é uma boa pega ter a noção de como é que é, como é que fica a boquinha do bebé. Passo também muitos filmes (...) (Maria da Luz, Parteira).

Uso o meu DVD portátil para demonstração e a visualização de filmes que as ajuda a ter algumas noções sobre uma ou outra situação: como a higiene do bebé, os acessórios que podem ser utilizados de acordo com as várias possibilidades económicas das grávidas. Utilizo também o filme do trabalho de parto e tenho agora um muito organizadinho que fala de vários temas da vigilância da criança, o desenvolvimento da criança, completa a higienização e a prevenção da morte súbita com os posicionamentos no leito. Dá, assim, uma abordagem geral (Maria Madalena, Parteira).

Tenho material como filmes, uma aluna fez um trabalho aqui que me deixou, tudo completo a demonstração da dilatação, do período expulsivo. E elas aí, ficam completamente elucidadas porque aquilo está muito explícito. Porque eu tenho um filme que é sobre os cuidados ao recém-nascido e explica o banho antes da queda do cordão e depois (Maria do Rosário, Parteira).

É de referir que, muitas das vezes, estas profissionais utilizam material produzido por alunos, quer da Licenciatura em Enfermagem, quer da Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica que efectuaram estágios naquelas unidades de saúde.

Dentro dos modos de transmissão, salientamos os modos demonstrativos e interactivos. Estes dizem respeito à realização de determinadas práticas relativas aos cuidados ao recém-nascido em que é demonstrado como dar banho, como cuidar do coto umbilical, como vestir o recém-nascido, como massajar o recém-nascido, ou seja, ensinar a grávida a cuidar do seu filho e aprender a “ser boa mãe ou a ser uma mãe cuidadora”. Estes métodos permitem, de facto, uma melhor integração dos conhecimentos porque permitem uma interacção eficaz com a enfermeira, mas também com as outras grávidas, uma vez que são realizados em grupo. Porém, estes modos de transmissão realizam-se apenas durante a preparação para o parto e dizem respeito à aprendizagem das técnicas, não sendo, contudo, realizadas por todas as enfermeiras que efectuam este tipo de preparação, uma vez que

promovem apenas a preparação para o parto e não a preparação para a maternidade ou, de uma forma mais geral, a parentalidade. Neste sentido, observamos as seguintes citações:

O banho é demonstrado e, no fim, ficam a treinar. A amamentação é uma abordagem teórica e demonstrativa do material que dispomos a nível do mercado. O que é que podemos fazer em termos de extracção, conservação e congelamento do leite materno, para além de falar daquilo que já é tão conhecido, as vantagens do leite materno para a saúde da criança (Maria Madalena, Parteira).

Tenho objectos, tenho bonecos, almofadas, e demonstro as técnicas de posicionamento do bebé. Elas também fazem. Especialmente colocar o bebé à mama, posicionar o bebé. As grávidas gostam imenso, interagem comigo e com as outras. Falam imenso, tiram dúvidas (Maria das Dores, Parteira).

Treino com elas os cuidados com o bebé. Tenho material: o bebé a banheira e elas treinam a posição que devem pegar para lavar a cabeça porque elas têm muito medo de pegar nos recém-nascidos (Maria do Rosário, Parteira).

É importante ter em conta que, aquando da observação das actividades de grupo, constatámos que as enfermeiras que adoptaram uma metodologia participativa, valorizam as necessidades de informação do grupo e utilizam uma adequada selecção do material de apoio. Não podemos esquecer que o ensino interactivo é aquele que se submete à aprendizagem e que concede o papel dominante ao aluno (Postic, 2007). Neste caso, o aluno é a grávida e a enfermeira o professor que tem um papel de auxiliar, ajustando as suas intervenções às necessidades que surgem. Todavia, observámos que não é questionado o saber empírico das grávidas, sendo impostos os saberes científicos no decorrer dessas técnicas de cuidados. Esta forma de treinar não é só dedicada à mãe, os maridos/companheiros também podem participar nessas sessões, embora sejam poucos os que participam, por diversas razões (e.g., não querer participar, problema de faltar ao emprego, medo das opiniões dos outros).

(...) depois da demonstração prática, por exemplo, os cuidados ao recém-nascido, costumo fazer uma aula prática em que demonstro e depois fazem elas treino. Elas gostam muito, muito. Nessa, às vezes trazem os maridos para assistir, para eles apoiarem depois (Maria da Luz, Parteira).

As acções educativas nas consultas são mais direccionadas para a grávida e caracterizam-se por serem essencialmente prescritivas, como já referimos quer no enquadramento teórico, quer na conceptualização do conceito de educação para a saúde pelas enfermeiras especialistas. Tal como diversos autores referidos têm sustentado, são introduzidos por expressões do tipo: “tem que”, “não deve” ou “deve”, “evite” e tentam transmitir normas de cuidados, sem saber as condições concretas de vida, o que pode

condicionar, de algum modo, a promoção de saúde. A título de exemplo salientamos, as seguintes expressões: *não deve trabalhar muito tempo de pé; deve comer pouquinho mas muitas vezes; tem que comer mais peixe; ou tem que usar umas meias elásticas* (Observação da consulta). De igual modo, sendo a abordagem centrada na mulher como grávida, significa que a enfermeira especialista destaca particularmente as questões ligadas à gravidez e aos sintomas que a mulher possa apresentar, sem considerar as vivências e as experiências que envolvem o ser mulher, como, por exemplo, a relação do corpo com a sexualidade, o relacionamento familiar ou o relacionamento com o marido/companheiro e com outros filhos, face ao processo de gestação. Na nossa opinião, parece haver um *décalage* entre as necessidades sentidas pelas utentes e as necessidades observadas pelas enfermeiras. Pedrosa (2003, 24) assinalou que as actividades educativas dos programas incrementados pelas instituições e pelas unidades de cuidados de saúde, são, frequentemente, *prescritivas, individualistas e autoritárias, voltadas, principalmente, para a mudança de hábitos cuja referência é o estilo de vida idealizado de pessoas e famílias que parecem viver num mundo sem conflitos e sem contradições. É como se o indivíduo fosse culpado por hábitos insanos e deve modificar-se, adoptando-se a regras consideradas normais*. Podemos, de facto, reflectir sobre esta citação porque, de uma forma geral, esta prática clássica continua viva nalgumas unidades de saúde. Concordamos com o referido autor quando alude à importância de considerar as práticas educativas numa construção partilhada de saberes, respeitando a visão de cada um dos intervenientes no processo, potencializando o protagonismo das pessoas. Para que o desenvolvimento de práticas educativas seja sensível à dimensão psicossocial e cultural é imprescindível integrar a família nos cuidados. Neste campo de acção, necessitamos pensar a saúde numa perspectiva de participação social.

2.1.4. Estratégias de avaliação

Dentro desta subcategoria, podemos distinguir quatro dimensões. A primeira dimensão diz respeito à não existência de estratégias de avaliação. Neste sentido, a avaliação não é feita de forma sistemática. Curiosamente, são as enfermeiras que não efectuaram qualquer tipo de planeamento que referem estes aspectos, o que nos leva a concluir que a não existência de planeamento, dificulta a subsequente avaliação.

Não avalio. Perguntámos se deu para entender, se ficou com alguma dúvida (Maria Estrela, Parteira).

Não faço uma avaliação a todas (Maria da Luz, Parteira).

Uma segunda dimensão salienta que as estratégias de avaliação estão relacionadas, por um lado, com a opinião de outros colegas, nomeadamente os que trabalham em meio hospitalar e que poderão confirmar se a mulher estava, ou não, bem preparada para o parto e, por outro, questionando mesmo as utentes se aprenderam o que lhes foi transmitido, através de um tipo de teste, que seria aplicado à mulher no final da consulta ou nas consultas seguintes, durante a gravidez ou mesmo no pós-parto.

Agora, em termos de amamentação ou de puerpério, depois vou questionando se elas realmente apreenderam ou não os conhecimentos. E, depois, isto mais para as da preparação, costumo dar um questionário para elas me responderem onde me dão o feedback de toda a informação que aprenderam. Lanço um questionário em que elas me vão dizer o que aprenderam. Os conteúdos um a um, são lá indicados. E elas dizem se aprenderam esses conteúdos ou se não aprenderam e de que maneira a preparação influenciou a gravidez e o parto. O feedback tem sido muito bom. (...) (Maria da Luz, Parteira).

Tenho umas folhinhas por pontos em que as mães vão respondendo se gostaram ou não gostaram e em que é que acham que se deve investir mais (Maria Madalena, Parteira).

A maior parte das vezes, prego-lhes uma partida. “Então hoje vamos lá fazer uma revisão”, “Que dúvidas é que ficaram?”. Se elas não colocam dúvidas, eu questiono. Ou então, ninguém quer experimentar dar o banho ao bebé. Vamos imaginar que ele tem cordão como é que faria? E elas espontaneamente vão se oferecendo, pegando e fazem-no. Aí eu vejo se elas estão a fazer correctamente ou se tem a informação adequada (Maria do Rosário, Parteira).

A avaliação tem por base ainda a observação de como as grávidas realizam as práticas demonstradas (e.g., o banho, os cuidados com o coto umbilical), fazendo as correcções devidas e assertivas.

Na prática, quando estão a fazer os cuidados ao recém-nascido, vejo se estão a fazer bem ou não (Maria da Luz, Parteira).

Ponho-as a fazer ou ponho-as a falar ou, então, na próxima sessão eu vou questionando: “Então o que aprendemos ou o que falámos há alguma dúvida? Elas ficam caladas. E eu aí já vejo. Vou questionando. Eu também observo quando elas fazem os exercícios. O banho ao recém-nascido, eu ponho-as a fazer. A massagem também as ponho a fazer. No pós-parto estamos com um projecto para iniciar as massagens ao recém-nascido, os exercícios pós-parto, e o cantinho da amamentação (Maria Rita, Parteira).

Finalmente, uma outra forma de avaliação, é baseada na opinião da utente que demonstra satisfação, ou insatisfação, sobre a forma como foi atendida.

Na consulta pergunto, teoricamente, o nível de satisfação da utente. Se gosta da consulta se achava que deveriam ser abordados outros tipos de assuntos ou temas. Se está satisfeita ou não. Tem todo o direito de dizer que não está. Neste momento tenho respostas bastantes positivas. De uma forma geral é muito positiva (Maria Madalena, Parteira).

Podemos dizer que, de alguma forma, as actividades educativas não são avaliadas à excepção de situações específicas e pontuais. É importante salientar que, aquando da observação realizada, a avaliação das actividades foi observada, apenas, em cinco situações. Claro que é importante avaliar a efectividade das práticas desenvolvidas, com intuito de aferir se os objectivos que pretendemos foram ou não atingidos. É, por isso, indispensável valorizar, cada vez mais, as estratégias baseadas na satisfação da utente e, não apenas, no que podemos observar ou no que os outros possam referir. Não podemos esquecer que a utente é o centro dos cuidados de enfermagem.

Podemos sublinhar que as estratégias mais valorizadas no decorrer das actividades de educação para a saúde são as estratégias de execução, uma vez que existe ainda algumas enfermeiras que não identificam, não planeiam, nem, tão pouco, avaliam essas mesmas actividades. Tendo por base os modelos apresentados no enquadramento teórico, podemos incorporar as práticas desenvolvidas no Modelo Informativo e no Modelo Persuasivo-Motivacional.

2.2. Factores de constrangimentos das práticas educativas

Da análise de conteúdo, sobressaíram vários factores que, na opinião das enfermeiras entrevistadas, condicionam as práticas educativas desenvolvidas ao longo da gravidez. Agrupamos estes factores em quatro subcategorias: “factores centrados na grávida”; “factores centrados nos profissionais de saúde”, “factores centrados na organização das unidades de cuidados” e “factores centrados na família”.

2.2.1. Factores centrados na grávida

A “inexistência de motivação e o desinteresse” das grávidas foram referidos por cinco enfermeiras como factores de constrangimento, embora não tivessem identificado as razões para tal facto. Revelamos os seguintes relatos:

(...) e, depois, também não posso dizer que não temos mulheres que não estão minimamente interessadas naquilo que nós temos para oferecer, também há. Não são muitas, mas há. São um pouco desinteressadas (Maria de Fátima, Parteira).

Penso que as grávidas também não estão motivadas para isso. Acho que esta é uma fase muito vulnerável e que elas ...eu sinto que preciso de as elucidar (Maria das Dores, Parteira).

Nós, ao abordarmos uma mulher, temos que conversar e ver se ela está receptiva, porque se a mulher não estiver receptiva (...) Eu vejo se a mulher está ansiosa, então procuro ser o mais rápida possível e, na próxima consulta, tento abordar o tema que não abordei. São factores relacionados com a utente: motivação e tempo (Maria Luísa, Parteira).

A motivação é, sem dúvida, um elemento indubitável no processo de aprendizagem, uma vez que o educador só alcançará uma aprendizagem efectiva se o aluno (grávida) estiver disposto a realizar, voluntariamente, esforços para aprender. Assim, a motivação pode explicar a diferença de intensidade e de direcção do comportamento e relaciona-se com a vontade de aprender (Redman, 2003).

Depois de uma breve análise, podemos salientar alguns factores que poderão estar na génese desta falta de motivação e desinteresse. Entre outros, podemos destacar: *(i)* as práticas educativas nem sempre vão de encontro às necessidades da grávida; *(ii)* a não valorização da mensagem pela grávida do mesmo modo que a enfermeira; *(iii)* nem todas as enfermeiras têm os mesmos recursos materiais para por em prática as recomendações; *(iv)* é predominantemente utilizado um modelo a que podemos chamar de “pronto-a-vestir”; *(v)* a enfermeira especialista apresenta-se como única a detentora do saber; *(vi)* a não há articulação entre o saber científico e os outros saberes.

Todos nós sabemos como é complicado promover a mudança do comportamento de uma pessoa quando esta, convictamente, não deseja mudar. Concordamos com Rodrigues, Pereira e Barroso (2005, 61) quando indicam que a mudança só acontece quando surge um significado, bem como o *desejo de abertura a uma nova experiência*. Para isso, a pessoa necessita de tomar decisões conscientes com a ajuda esclarecedora da função dialógica ou

diálogo partilhado, porque ninguém educa ninguém e ninguém se educa sozinho. Existe, então, uma educação em comunhão (Freire, 2007b).

O “grau de instrução” associado ao meio foi um dos factores mencionados pelas entrevistadas como condicionador das práticas, sendo também considerado como uma barreira à comunicação eficaz. De facto, é importante salientar que o grau de instrução, bem como o meio de proveniência ou o meio em que a mulher grávida se insere, não têm de ser impeditivos da realização de actividades de promoção de saúde, embora sejam aspectos a ter em conta aquando do planeamento e abordagem destas actividades. Assim, no âmbito das práticas educativas, valorizar a diversidade e as raízes culturais, é um aspecto a considerar para não impor processos de mudança incompatíveis, ou até mesmo desadequados, para aquela mulher inserida na sua comunidade.

Muitas das vezes não conseguimos dar conselhos porque são pessoas do meio rural. Isto tem a ver, muitas das vezes, com a parte cultural, com o baixo grau de instrução. (Maria das Dores, Parteira).

O “estado civil e a idade” como, por exemplo, o caso das mães solteiras ou adolescentes, podem influenciar as práticas educativas desenvolvidas pelas enfermeiras especialistas em grupo. As grávidas poderão não estar à vontade para abordarem determinados assuntos. Neste contexto, as enfermeiras terão que recorrer a estratégias criativas e diversificadas centradas nas necessidades e condições das educandas.

Nós temos casos de grávidas que são mães solteiras e que, muitas das vezes, não ficam confortáveis em falar do tema em grupo, nomeadamente, quando se aborda a sexualidade (Maria Madalena, Parteira).

A “origem da utente” foi, sem dúvida, considerado constrangedor das práticas educativas. Como vimos, em Portugal, existem, cada vez mais, pessoas provenientes de outras culturas e de outros países. Por isso, hoje, mais de que nunca, as questões da multiculturalidade, da mobilidade das populações e das relações interculturais, estão no cerne da preocupação de todos, colocando novos desafios às estratégias dos profissionais de saúde. Assim, tanto a globalização como a mobilidade das populações aumentaram os contactos entre as culturas, contribuindo para uma multi/interculturalidade das sociedades (Ramos, 2009). Crespi (1997, 136) descreve que *os modelos culturais adquiridos pelos indivíduos nos seus contextos sociais prevalecem sobre as suas aspirações e referências aos valores, e são determinantes relativamente aos comportamentos que aqueles decidem adoptar.* Uma das

principais barreiras à comunicação é a dificuldade ao nível linguístico. Concordamos com este autor quando propõe a cultura como uma caixa de ferramentas, ou de recursos, onde cada actor pode seleccionar diferentes elementos, com o objectivo de construir a sua própria linha de acção e, deste modo, a organização do agir, designadamente as estratégias de educação para a saúde. Por um lado, *há evidência de que a má comunicação é um factor de atraso no diagnóstico e tratamento desadequado. (...) O atraso na prestação de cuidados, ou cuidados inadequados por barreiras linguísticas, constitui uma forma de discriminação* (Machado, 2009, 9). Por outro, a língua determina um obstáculo à exteriorização de sentimentos e de necessidades, o que condiciona a relação.

Às mulheres que falam muito bem português, eu consigo transmitir algo. Agora, as que não falam tão bem, eu tenho mais dificuldade. Cada uma tem a sua cultura, as suas tradições e torna-se difícil adequar (...). Mesmo as puérperas, eu não sei como é que elas se cuidam. Ainda ontem, estive aqui uma senhora (...) que não falava absolutamente nada, era ucraniana, não falava absolutamente nada, ou muito pouco. Tive imensa dificuldade. Teve de vir a irmã com ela para eu conseguir entender e chegar à informação. Por isso, tem de ser sempre uma estratégia individual. Não pode ser uma formação colectiva. (...) (Maria da Luz, Parteira).

A inter-relação humana é facilitada pela comunicação que se cria entre as pessoas, assumindo, neste contexto, um valor funcional. Comunicar com o outro implica tomar em consideração a sua identidade na interacção (Ramos, 2009). Deste modo, a comunicação é um fenómeno social complexo e multidimensional. A linguagem é, sem dúvida, o sistema mais eficaz da comunicação incluída numa situação social, constituindo um processo cognitivo, bem como um comportamento simbólico e, principalmente, uma actividade social (Bitti e Zani, 1997). É do conhecimento geral que, nas sociedades contemporâneas, acontecem cada vez com mais frequência, momentos de comunicação entre indivíduos oriundos de diversos contextos culturais. *As diferenças entre os modelos e as estruturas de comunicação ligadas às culturas individuais comportam necessariamente dificuldades de compreensão e são a origem de equívocos* (Demartis, 2006, 75). No caso em estudo, e na tentativa de superar ou, pelo menos, atenuar estes obstáculos, as enfermeiras especialistas recorreram a diversos procedimentos alternativos. A título de exemplo, distinguimos o recurso a outra pessoa, quase sempre a um membro da família, para servir de intérprete, bem como o uso da comunicação não verbal e a repetição sistemática da informação que se quer transmitir. *Frequentemente, o conhecimento sobre o utente, sobre o seu estado de saúde e sobre a natureza das transições que vivência ao longo da vida ou num determinado momento, só é possível se os profissionais*

envolverem pessoas significativas na avaliação inicial (por exemplo cuidadores informais), como forma de possuir uma ideia mais consistente sobre a saúde ou situação de doença do utente (Abreu, 2009, 19). Das várias observações efectuadas, apurámos que o recurso ao desenho e ao gesto são meios utilizados para explicar determinadas situações ou termos. O gesto, na perspectiva de Mead (1934), representa uma forma de interacção fundamentada na adaptação de reciprocidade entre dois ou mais indivíduos, num determinado contexto que transmite um sentido ou um significado e que se transforma, por sua vez, num símbolo de uma intencionalidade determinada, transfigurando-se em linguagem. Neste contexto, a instauração de um clima de confiança, assim como a disponibilidade e a empatia por parte das enfermeiras especialistas, tornam-se imperiosos para a eficácia da comunicação. Assim, concordamos com Pestana (1996), quando alude à existência de alguns dados culturais que a enfermeira pode recolher logo nos primeiros contactos com a grávida, nomeadamente a proveniência e a identidade étnica, a confissão religiosa a que pertence, o nível de instrução ou os hábitos alimentares, elementos estes que serão de grande utilidade para ultrapassar obstáculos, permitindo a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Podemos ainda alertar para a existência de algumas desigualdades na acessibilidade das utentes imigrantes à consulta de enfermagem e, por conseguinte, à educação para a saúde, uma vez que algumas delas, encontrando-se em situação de ilegalidade, têm de pagar a consulta médica, não realizando, por isso, a consulta de enfermagem.

(...) Porque as russas ou as romenas não passam tanto pela consulta de enfermagem. As russas e as romenas, normalmente não têm médico de família. Estão aqui, ou esporadicamente, ou sem médico e nós temos um médico que dá apoio a essas utentes. Esta é outra questão que nós também queremos resolver. Nós na consulta deste não temos nenhum papel (Maria de Fátima, Parteira).

De uma forma geral, a instabilidade profissional em que muitas das utentes se encontram, pode também ser um factor que condiciona a adesão das mulheres à consulta de vigilância pré-natal e, conseqüentemente, à educação para a saúde. De facto, o tempo de espera destas mulheres está contabilizado, referindo frequentemente “não têm tempo para perder, querendo apenas a avaliação de determinados parâmetros e não têm tempo para ouvir a enfermeira” (Observação da consulta). Seguidamente, transcrevemos os seguintes relatos:

Há outros factores, por exemplo, o trabalho (...) Ainda há dias uma queria uma declaração que tivesse escrito que a consulta não poderia ser efectuada fora daquele horário. Dissemos-lhe que levava a declaração emitida e que automaticamente indicava a hora sendo suficiente para mostrar que a consulta não poderia ser a outra hora. Ela disse-nos que já tinha duas faltas injustificadas porque

não aceitavam aquela declaração. Dizem-nos que já é um problema para elas vir (...) (Maria de Fátima, Parteira).

Neste momento tenho cerca de 8 senhoras a fazer preparação. Há muitas senhoras que não podem vir à preparação para o parto porque é feita em horário laboral. Algumas fazem algumas sessões porque, no terceiro trimestre, perto do parto, entram de baixa (Maria do Rosário, Parteira).

Nestas situações, as enfermeiras tentam ultrapassar estas barreiras dando, como exemplo, alguma informação por escrito (*e.g.*, panfletos, guias) para, futuramente, lerem.

Depende um bocado do feedback da grávida. Se é uma pessoa que faz perguntas que se interessa. Eu sinto que a pessoa está mais interessada e que abordo o assunto mais profundamente, senão fica mais pela superfície (Maria das Dores, Parteira).

E, durante a consulta, quando falo de algum tema, dou algumas fotocópias para as pessoas que não têm oportunidade de vir à preparação para o parto, ficam a saber um pouco mais sobre o parto. E essas preocupam um bocadinho. Tenho que perder mais um bocadinho de tempo com elas (Maria Rita, Parteira).

Nos parágrafos anteriores, relevámos alguns aspectos socioeconómicos e culturais que foram entendidos pelas enfermeiras especialistas, como obstáculos à execução da educação para a saúde durante a vigilância pré-natal. Estes factores interferem no desenvolvimento das actividades de educação para a saúde, na medida em que as enfermeiras ficam desencorajadas, investindo pouco na qualidade da educação para a saúde que realizam. Todavia, conhecer as grávidas e a sua cultura, é fundamental para que estas profissionais de saúde actuem como educadoras de saúde, tomando consciência dos aspectos culturais para a prática do cuidar em enfermagem. Daí que, *durante o exercício das práticas, ao exercer a sua vertente educativa, deverá ter uma visão abrangente das situações contextuais, complexas e únicas que envolvem cada utente e adequar as estratégias e linguagem, que melhor se adaptem à sua cultura e vivências, facilitando assim a intercomunicação e, sobretudo, a sua aprendizagem, que se quer significativa, pertinente e relevante para a utente* (Cunha, 2005, 43). Recapitulando, relembramos o modelo de Nola Pender explicitado no item 2.2.3. do Capítulo II que salienta os factores pessoais divididos em biológicos (*e.g.*, idade), psicológicos (*e.g.*, auto-motivação) e socioculturais (*e.g.*, educação, nível socioeconómico) como interferindo no comportamento de promoção de saúde. Deste modo, é fundamental sensibilizar as enfermeiras especialistas para a relevância da comunicação em saúde, como forma de melhorar a qualidade da educação para a saúde, de promover a equidade nos cuidados e de fomentar a satisfação da

mulher com esses mesmos cuidados. Subscrevemos a ideia de Ramos (2009, 77-78), quando especifica que *a um modelo de comunicação profissional de saúde/doente, unilateral, vertical, baseado unicamente na transmissão de um emissor considerado como o possuidor do saber a um receptor passivo, destituído de saber, é necessário contrapor um modelo de comunicação interactivo, que tenha em conta os “saberes” e o contexto sociocultural do utente.*

2.2.2. Factores centrados nos profissionais de saúde

Da análise do *corpus* das entrevistas, podemos aferir que os profissionais de saúde influenciam, também, o desenvolvimento das práticas educativas, sendo referidas, não só as enfermeiras, mas, também, outros profissionais, designadamente a equipa médica. No que diz respeito aos enfermeiros, emergiram duas dimensões: *a pouca motivação* e *a dificuldade em transmitir a informação*. A primeira dimensão, a *pouca motivação*, foi referida por duas enfermeiras como sendo condicionadora das práticas. Os argumentos divulgados relacionam-se com o exercício da profissão de enfermagem. O estudo realizado por Branco em 1995, numa unidade de cuidados hospitalares, mencionava como argumentos da ausência de motivação a concepção de saúde e a concepção do conceito de educação para a saúde, bem como os objectivos que os enfermeiros tinham relativamente a esta.

(...) eu não sei o que se está a passar, mas os profissionais, custa-me dizer isto porque são colegas nossos, estão pouco motivados para a promoção de saúde. Esta área é mesmo nossa. Se não agarrarmos isto, vamos fazer o quê? Só a parte curativa? Estou cheia de dizer, daqui a dias temos enfermeiros a fazer pensos, injeções e vacinas. Na promoção, investe-se muito pouco. O que é que as utentes avaliam mais? Uma injeção? Não avaliam. O que satisfaz um utente é ser esclarecido, é recebê-lo, sentá-lo e falar com ele. É esclarecer as dúvidas que eles têm (Maria da Luz, Parteira).

Primeiro a minha motivação. Foi o facto de identificar necessidades nelas que realmente me levou também a procurar saber mais para investir nelas em termos de educação para a saúde (Maria Madalena, Parteira).

Ao cuidar das grávidas, as enfermeiras utilizam o seu saber profissional. Como assegura Collière (1989), o valor social das práticas de cuidados prestados, funda-se no prestígio da sua experiência e não pode ser valorizado só através da técnica ou de actos curativos. É à volta da noção de cuidar, como já referido, que os enfermeiros têm alimentado

a especificidade do seu campo de acção e a sua diversidade, comparativamente com outros grupos que cooperam na produção de cuidados de saúde. Obviamente, existe uma dissociação entre o cuidar e o tratar ou curar, entendida como uma prática mais biológica. A promoção de saúde, sendo uma área autónoma da enfermeira especialista, é imprescindível para dar ênfase ao valor social da enfermagem especializada.

A dificuldade em transmitir a informação está relacionada, não só com a formação recebida ao longo do Curso de Especialização mas, também, com a pouca vontade que manifestam em se envolverem em acções de formação, ou mesmo, em procurar formação contínua no âmbito deste tema. Sabemos que, actualmente, todos os planos de estudos dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem têm como principal finalidade a preparação de profissionais competentes com base numa abordagem humanística dos cuidados, inserido no conceito holístico da pessoa. Já Pestana, em 1996, expunha estes aspectos. Neste sentido, a enfermeira parteira Maria das Dores afirma que:

Porque eu trabalho nisto há muito tempo e acho que, de facto, há aqui uma falha grave da parte da enfermagem. Não sabem transmitir. As pessoas estão pouco elucidadas acerca das coisas. Não se envolvem muito. Até aqui havia uma falha grande. Eu sinto que as coisas estão a melhorar um bocadinho. Tudo demora o seu tempo (Maria das Dores, Parteira).

No que diz respeito aos outros profissionais, salientamos duas dimensões: *pressão da equipa médica e divergência nos discursos dos diferentes intervenientes*. Neste contexto, a *pressão efectuada pela equipa médica* no sentido da enfermeira desenvolver as suas actividades de uma forma rápida, foi referida por seis das oito enfermeiras entrevistadas, independentemente do local de trabalho onde desempenham funções. Todavia, podemos questionar se não seria mais benéfico não sobrepor os horários destes dois tipos de consulta. Porém, as enfermeiras realçaram as dificuldades das mulheres se deslocarem por duas vezes ao Centro de Saúde, uma vez que a entidade empregadora tem dificuldade em aceitar a ausência das grávidas para a realização das consultas pré-natais. Assim, o facto de ir no mesmo dia e à mesma hora à consulta, facilita a sua adesão, mas condiciona as acções educativas, tornando-as mais superficiais. Analisemos os relatos que se seguem:

Se estou numa consulta de enfermagem, antes da senhora ir à consulta médica e demorar mais um bocadinho, posso ter a outra parte [equipa médica] a tentar que eu me despache, mas eu digo “olhe não me apresse porque eu quero trabalhar direito”. De facto, ou trabalho direito ou não trabalho. (...) Eles que não me venham apressar: “Doutor sabe como eu trabalho há muito tempo, não me venha apressar, ou faço direito ou não faço”. Às vezes tenho à vontade para programar as consultas logo a

seguir para mim, ou as mulheres vão à consulta médica e depois esperam mais um bocadinho para esclarecer mais alguma coisa. (...) (Maria da Luz, Parteira).

Aqui na consulta nem tanto. Tenho a impressão que elas estão com pressa. Têm de se despachar e ir embora. Há uma pressão grande porque o médico está à espera. Isso, noto eu e notam elas. Eles estão constantemente a interromper porque se está a demorar muito. Isto condiciona muito. Uma pessoa por mais que não queira sente-se pressionada. A pressão médica pesa bastante. No fundo é a organização dos serviços. (Maria das Dores, Parteira).

(...) porque há médicos que estão no seu gabinete e que vêm bater à porta e dizem “Então enfermeira ainda demora muito e tal...” isto também condiciona tanto a enfermeira como a grávida. Está relacionado mais com o cumprimento dos horários deles. Querem fazer tudo à pressa (Maria Luísa, Parteira).

Aos pouquinhos a equipa médica está a colaborar, mas aos pouquinhos. Era um factor... Isto melhorou pelo facto de estarmos a atender a grávida num só piso, porque eu já tive uma vez uma médica que me disse. Bateu à porta e disse “Você despache-se, está agora na conversa”. “Deixe-se de conversa”, como se o nosso trabalho fosse conversar por conversar. E eu respondi “Estou a fazer o meu trabalho, se a senhora não estiver satisfeita vá andando” (Maria Rita, Parteira).

Ao analisarmos estas situações no âmbito do Centro de Saúde, não podemos deixar de pensar na teoria de Weber acerca da autoridade que considera estar relacionada com a dominação, nomeadamente, a autoridade tradicional relacionada com as tradições e os costumes; a carismática que deriva das características individuais de cada um; a legal-racional que se impõe em virtude de um estatuto legal e de uma competência, baseando-se em regras estabelecidas. Na verdade, toda a existência das sociedades modernas se caracteriza por este último tipo. Todavia, estes aspectos demonstram a não valorização do trabalho do enfermeiro e a falta de respeito pelo seu trabalho. *A actividade de enfermagem integra ainda a participação na estrutura de cura, através da execução que lhe é delegada das decisões terapêuticas dos médicos. O seu campo profissional fica, assim, desdobrado por ambas as estruturas, numa relação de subordinação ao campo médico (Lopes, 2001, 28).* Carapinheiro (1998) acrescenta que a posição de dependência se acentua face ao incremento do domínio do sistema técnico, estimulado pelos processos de racionalização do acto médico. *Uma das mais fortes razões da insatisfação do exercício profissional, que cria um dos seus principais desconfortos, não é tanto o estatuto de auxiliar do médico, (...), mas antes o sentimento afectivo de depreciação do seu papel como o de um actor social a cujo trabalho não é atribuído valor (Collière, 1998, 188-189).*

Salientamos também que, frequentemente, outros profissionais de saúde (*e.g.*, médicos) não reconhecem as funções autónomas das enfermeiras especialistas. Por ter sido submetida a condicionalismos históricos e submissa ao poder do médico, ao inserir-se numa equipa multiprofissional, a enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, enfrenta obstáculos que a impedem de conquistar um espaço próprio. Daí que a enfermagem especializada seja conotada e interiormente marcada pela obediência e subordinação à classe médica, *pelo lema do dever sem poder*, o que baliza o espírito de iniciativa e beneficia a acomodação (Pestana, 1996). Porém, é bom lembrar, que esta profissional tem competências técnicas, relacionais e pedagógicas para, de forma autónoma, acompanhar a mulher grávida e a sua família ao longo da gravidez, nos termos do Regulamento nº 127/2011, de 18 de Fevereiro.

A prática das parteiras situa-se numa abordagem global da gravidez e da maternidade, tal como é explicitada na definição adoptada, em 1972, pela Confederação Internacional das Parteiras (*International Confederation of Midwives*). Segundo essa definição, a parteira, entre outros, presta cuidados, dá conselhos e dedica toda a atenção necessária durante gravidez, parto e pós-parto. Cabe-lhe um papel primordial na educação das famílias, incluindo a preparação para o parto, os cuidados ao recém-nascido e a contracepção (Paumier e Richardson, 2003). A promoção de saúde é, sem dúvida, uma actividade autónoma da enfermeira especialista.

Porém, nas mulheres que não têm médico de família e que são seguidas pela enfermeira, este sentimento é menos acentuado. A enfermeira sente-se, neste contexto, mais autónoma. Estas dificuldades, embora conhecidas de há longa data, continuam a persistir. Apesar de não ter sido objecto deste estudo conhecer o porquê destas dificuldades, podemos, no entanto, recordar que a organização dos serviços nos Cuidados de Saúde Primários se centra nos profissionais de saúde, nomeadamente, no médico de família, em vez de estar centrado no cidadão, tal como as políticas de saúde têm vindo a preconizar. Logo, parece-nos que as enfermeiras especialistas continuam a tentar encontrar um espaço onde a educação para a saúde seja, ainda mais, reconhecida e valorizada. Entendemos que o trabalho em equipa, com o reconhecimento do trabalho de cada um dos elementos, poderia ajudar a quebrar a concepção hegemónica relacionada com a educação para a saúde e com o cuidar da utente que contribui para o seu bem-estar. Um clima organizacional, predominantemente negativo, poderá reflectir-se nos comportamentos dos profissionais. Um relacionamento e uma comunicação desajustados, poderão dificultar uma assistência de enfermagem adequada e integral. Neste sentido, ressaltamos a necessidade da enfermeira especialista afirmar as suas

competências e definir o seu papel dentro da equipa de trabalho, como forma de conquistar o seu espaço. Não podemos menosprezar que as características pessoais de cada um dos profissionais envolvidos facilitam, ou dificultam, o entrosamento eficaz dos diferentes elementos da equipa.

Com alguns [médicos] eu tenho maior colaboração com a equipa que trabalha nos “sem médico”. Os outros são, um bocadinho, individualistas (Maria Madalena, Parteira).

Porém, uma das enfermeiras entrevistadas assinala algumas *divergências nos discursos dos diferentes actores intervenientes* (e.g., médico/enfermeira ou enfermeiro/enfermeiro da mesma instituição ou de instituições diferentes), que colocam a mulher numa situação de ambivalência e de confusão. Aqui o papel da enfermeira especialista será mais o de orientar a utente para que esta confie nas informações prestadas e tome opções conscientes. Este aspecto pode ser vislumbrado no seguinte relato:

As mulheres, normalmente, estão mal encaminhadas. São mal orientadas não há uniformização de conceitos. Colegas que dizem umas coisas outros que dizem outras. O hospital, o Centro de Saúde, os médicos, as misericórdias, todos têm um discurso com uma actuação completamente diferente de uns para os outros. E as mulheres estão perdidas, porque vem um diz uma coisa, vem outro diz outra. Elas recorrem muito a mim, eu gosto de dar este apoio e elas têm essa possibilidade (Maria das Dores, Parteira).

2.2.3. Factores centrados na organização das unidades de cuidados

Na esteira dos factores condicionadores das práticas educativas, foram apontados do *corpus* das entrevistas factores relacionados com a organização das unidades de saúde. Neste contexto, notamos quatro dimensões: *estrutura física não adequada, recursos humanos deficientes, recursos de materiais pedagógicos insuficientes e má organização das consultas.*

A primeira dimensão, “estrutura física não adequada”, permite observar que, de facto, a maioria das enfermeiras (n=6) não têm um espaço reservado para desenvolver actividades de grupo, nomeadamente um espaço que seja exclusivamente destinado à preparação para o parto. Normalmente, os espaços onde são efectuadas estas actividades são espaços comuns, por exemplo, bibliotecas, onde qualquer pessoa pode entrar e interromper as actividades desenvolvidas. Assim, verificamos:

Para poder trabalhar com melhores condições, eu precisaria de um gabinete ou de uma sala maior

porque o espaço onde trabalho é muito reduzido. Talvez criar um ambiente mais adequado a cada situação. Isso é muito importante o ambiente e o nosso bem-estar, é importante. Eu acho que é isso que, neste momento, está a fazer mais falta (Maria Madalena, Parteira).

Nós aqui, não temos um espaço só para nós, principalmente é esse o nosso maior entrave. Temos falta de um espaço para fazermos reuniões em grupo. Por isso, fazemos educação para a saúde individual. Não temos nenhuma sala neste momento que nos permita reunir um número de utentes 5 ou 6. A falta do espaço físico para juntar um número de grávidas suficientemente grande. Os espaços são diminutos. Tínhamos uma sala de reuniões mas retiraram-na para gabinetes. É complicado trabalhar assim (Maria Estrela, Parteira).

“A falta de recursos humanos”, nomeadamente, a falta de enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, foi referida como sendo um entrave ao adequado aperfeiçoamento das práticas educativas, uma vez que um único elemento não é suficiente para dar resposta ao número de utentes inscritas e satisfazer as suas necessidades. Neste contexto, a educação para a saúde é realizada de uma forma superficial ou, simplesmente, acaba por não se realizar, conforme ilustram os seguintes depoimentos:

Eu sou sozinha. Deveria haver mais pessoal, sem dúvida porque eu estou só a seguir uma pequena parte das grávidas sem médico de família, desta unidade. Neste momento, tenho mais ou menos 100 grávidas. Na vigilância também existem as outras mulheres que precisam de especialistas, se houvesse mais enfermeiros especialistas isto era uma maravilha. As mulheres eram bem atendidas e preparadas. Eu não vou dizer que os generalistas não se esforçam, mas, não é igual. A sensibilidade para esta área é muito diferente, isto é muito específico. Um enfermeiro especialista tem mais competências. Não é igual (Maria da Luz, Parteira).

Não tem sido muito possível por em prática determinado projecto. Estamos a tentar organizar, aliás já está um projecto feito nesse sentido. Um deles é “puerpério no domicílio” que também achamos muito pertinente. Mas, para já, ainda não foi possível por falta de recursos, quer materiais, quer humanos. Só está uma enfermeira a assegurar a consulta. Está uma de manhã e outra de tarde (Maria de Fátima, Parteira).

Os “recursos materiais e pedagógicos insuficientes” também foram referidos por duas enfermeiras, necessitando de encontrar estratégias (e.g., usar o seu próprio material) para fazer face a este deficit. *Não é pouco usual ouvir os profissionais do Centro de Saúde referirem que pouco têm para atender as pessoas, esquecendo-se que a mais valiosa tecnologia reside neles, os profissionais com a sua capacidade de produzirem projectos que previnam a doença e promovam a saúde (Rodrigues, Mena, Ribeiro e Martins, 2006, 534).*

No entanto, para se trabalhar de forma efectiva, são imprescindíveis materiais que possam estimular os profissionais. Vejamos:

Porque os serviços não dispõem de material para este tipo de actividades, uso o meu DVD portátil para demonstração e a visualização de filmes. Em termos materiais ando sempre a insistir (...) Até hoje não consegui. Há sempre materiais que eu vou pedindo e que já pedi, vários tipos de materiais que fazem falta à área em si, que realmente é difícil (Maria Madalena, Parteira).

Isso interfere e mesmo a ausência de material. Eu gostava de ter uns espelhos, para a grávida estar a ver os exercícios que está a fazer, ter um computador só para mim (Maria Rita, Parteira).

“A má organização da consulta” está relacionada com três aspectos. O primeiro aspecto expõe a realização de outras actividades por parte da enfermeira especialista, ou seja, o facto de não desempenhar funções apenas na vigilância pré-natal, mas também, no âmbito da saúde da mulher (e.g., planeamento familiar, puerpério, menopausa) pode ser condicionador na medida em que a enfermeira não tem tanta disponibilidade para atender as grávidas, nem efectuar a educação para a saúde de forma pormenorizada.

(...) tenho pouca oportunidade de a fazer porque a disponibilidade de tempo é muito pouca (Maria Luísa, Parteira).

Não dá muito para estar ...porque está sempre ocupado com consultas programadas ou não programadas porque, como é da área da saúde da mulher, o planeamento familiar ocupa imenso, porque nós somos bastante solicitadas (Maria de Fátima, Parteira).

O segundo aspecto relaciona-se com o tempo de duração de consulta que já foi analisada no decorrer deste estudo e que, na opinião das enfermeiras, se torna insuficiente para realizar cuidados de enfermagem globais e personalizados, condicionando as práticas educativas e a sua continuidade. Eis alguns exemplos:

O tempo é muito pouco para fazer educação para a saúde na consulta (Maria das Dores, Parteira).

Estamos sempre condicionadas pelo factor tempo. É isso aí, por muito que queiras, ou não te queiras apressar estás pressionada. Por isso é muito importante o factor tempo (Maria da Luz, Parteira).

O que está planeado em termos da Sub-Região é pouquíssimo. Um quarto de hora é quase para dizer, “olá, bom dia e sentar” e pouco mais. É assim, o factor tempo influencia um bocado porque se eu tenho cinco grávidas para ver numa manhã, é complicado. Tanto na consulta como na preparação. Se

eu tenho duas horas para a preparação, tenho que gerir muito bem essas duas horas. E muitas mulheres também trabalham, já têm dispensa para vir à preparação, não posso prolongar muito (Maria Rita, Parteira).

Este segundo aspecto está encadeado com o terceiro que corresponde ao número de utentes por consulta. De facto, nos dias em que há consulta médica, o número de utentes aumenta, podendo atingir o número de 10 a 12 numa manhã, ou numa tarde, sendo impossível realizar consultas de forma completa e de qualidade. O relato da enfermeira Maria da Luz é exemplo do que acabamos de analisar:

Dez mulheres numa manhã, é muita coisa. Com este número é impossível cumprir horários. (...) e é preciso ter tempo porque num dia em que tens 10 ou 12 mulheres marcadas, não tens a mesma disponibilidade para fazer educação para a saúde como se tivesses 4. É completamente diferente. (...) Mas devido à falta de recursos, estamos a trabalhar a despachar. É os números que contam. Tem a ver com a organização dos serviços (Maria da Luz, Parteira).

Acrescentamos, também, que as relações estabelecidas entre as enfermeiras e as grávidas nestas condições organizacionais, poderão influenciar a interacção entre os dois intervenientes no processo, impedindo o entendimento da mulher grávida como um todo. Já Correia *et al.* (2001) afirmavam que as organizações de saúde não conferiam o devido valor ao conhecimento/avaliação das necessidades da população e na determinação de estratégias de saúde, o papel da enfermagem não era suficientemente enaltecido, desenvolvendo, muitas vezes, limitações inoportunas ao desempenho das suas funções.

2.2.4. Factores centrados na família

Através das respostas dadas, observámos que três enfermeiras elegem a família como factor de constrangimento das práticas educativas. Assim, salientam como dimensão, a *ausência de uma pessoa significativa na participação da consulta* e, simultaneamente, a *herança familiar: transmissão de saberes*. Vejamos alguns discursos:

A grávida, a maior parte das vezes, vem sozinha à consulta (...) Sim, podemos considerar esse um factor porque se estivesse o marido ou mais um elemento, eu acho que a grávida precisa sempre do apoio de um amigo, de um familiar ou de um conhecido, principalmente no pós parto é muito complicado, eu acho. (...) se nós pudéssemos incluir nas nossas consultas mais uma pessoa que depois pudesse colaborar com ela, eu acho que era muito bom (Maria de Fátima, Parteira).

Na opinião das enfermeiras, o facto da mulher grávida vir à consulta, a maior parte das vezes, sozinha, não possibilita à enfermeira o envolvimento de familiares na educação para a saúde e, desta forma, não permite desmistificar algumas crenças ou ideias erróneas que possa haver, nem, tão pouco, permite conhecer verdadeiramente a cultura onde estão inseridos. A família, como unidade social primária, transmite aos seus membros os aspectos culturais ao longo da gravidez, do parto e do pós-parto. A pressão familiar nos comportamentos dos membros faz-se, muitas das vezes, através das relações interpessoais, assim como, pelas características socioculturais do meio em que se está inserido. Os testemunhos destas duas enfermeiras especialistas são bem elucidativos:

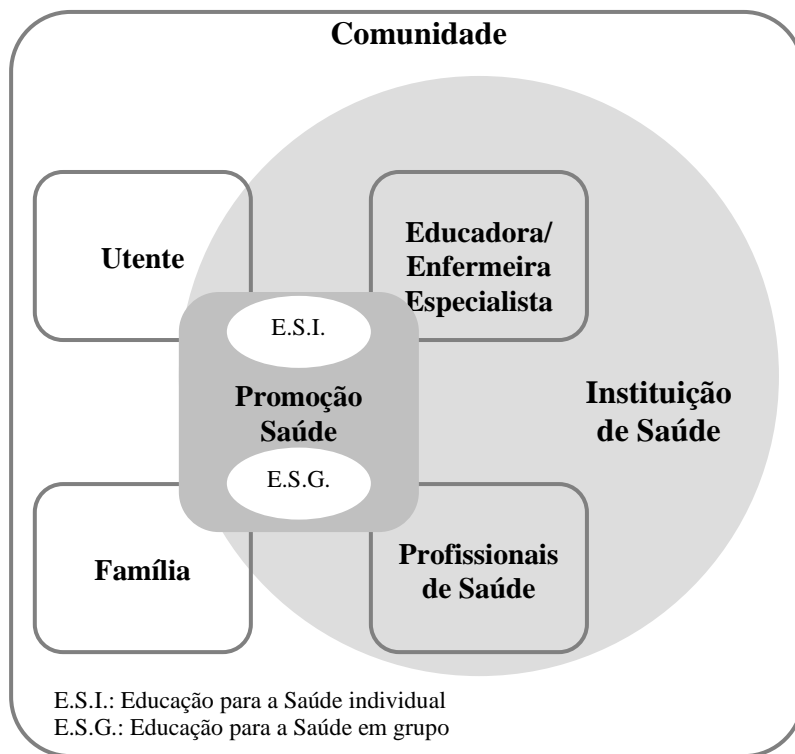
A influência dos familiares e do meio social vemos muitos casos, porque temos muitos utentes de leste que é difícil dar a volta e nós não podemos ir contra eles. Por exemplo, aparecem-nos aqui bebês de leste todos enfaixadinhos. ...é assim que fazem. Apesar de dizermos que não é assim que se deve fazer, que o bebé não deve estar enfaixado, mas torna-se um bocado difícil a gente dar a volta porque são costumes que vêm dos bisavôs e que elas sempre viram fazer. (...) É difícil conseguir dar-lhes a volta (Maria Estrela, Parteira).

A família tem imensa influência nisso e elas sentem-se muito inseguras com os conhecimentos que têm. Então, quando se é mãe pela primeira vez, tem-se imensas dificuldades (Maria das Dores, Parteira).

A família continua a ser vista como um agente de socialização de importância primordial, modelando aspectos centrais da experiência social. Em 2003, evidenciámos que os hábitos de vida e as crenças constituíam elementos pertencentes ao grupo como forma de garantir a sua segurança e a sua estabilidade numa base de conservação e de tradição. Muitas das vezes, os enfermeiros não sabem como lidar com estes elementos sendo, por isso, factores de constrangimento das suas práticas educativas. Por isso, tem-se vindo a afirmar que a percepção da cultura é uma dimensão constitutiva da experiência de vida (Crespi, 1997). Tendo por base o nosso Modelo Conceptual e o Modelo de Nola Pender, outras pessoas, essencialmente familiares, podem também influenciar o comportamento. Sem dúvida que a concepção que cada enfermeira possa ter acerca da educação para a saúde na vigilância pré-natal, entropõe-se directamente no tipo de abordagem com as famílias. Entendemos que, frequentemente, as enfermeiras vivenciam um sentimento de impotência por não conseguirem que a família participe mais activamente nos cuidados. De facto, os cuidados centrados na família, em parceria com a partilha de saberes e de competências, seria, no nosso entender, uma mais valia.

Para uma sistematização da análise efectuada, apresentamos na Figura 29 os factores de constrangimento das práticas educativas que se destacaram da análise dos discursos das enfermeiras. Para que a promoção de saúde, através da educação para a saúde, seja eficaz, é necessário ter em conta estes factores no planeamento, na execução e na avaliação das práticas educativas.

Figura 29 – Factores constrangedores das práticas educativas



Fonte: Elaboração própria.

Com base na análise que efectuámos nos parágrafos anteriores, podemos salientar que o trabalho desenvolvido pelas enfermeiras especialistas vem sendo indubitavelmente influenciado pela organização dos sistemas de saúde, pela pressão de um conjunto de políticas públicas globalizadas, bem como pela necessidade da regulação do exercício profissional, sem esquecer a sua relevância social. Parece-nos clara a existência de relações entre todo este contexto e as práticas desenvolvidas pelos profissionais. De igual modo, os cuidados tornam-se, quase sempre, normatizados devido aos protocolos pré-estabelecidos e às orientações da Direcção-Geral da Saúde ou da Administração Regional de Saúde. Faz sentido considerar que todas essas condições se traduzam, de forma concreta, em maior ou menor grau, nas práticas quotidianas e nos contextos de trabalho.

Perante o que acabámos de analisar ao longo destes últimos subcapítulos, somos levados a inferir que, por parte das enfermeiras especialistas, existe um conhecimento sustentado acerca do conceito e da importância da educação para a saúde no âmbito da vigilância pré-natal. É neste contexto que as profissionais de saúde encaram as grávidas como um grupo vulnerável, ou de risco, que exige um atendimento “particular” com o objectivo de determinar uma relação terapêutica, ou seja, uma relação de ajuda. Verificámos, ainda, pela análise dos discursos e pela observação efectuada das consultas pré-natais, a existência de uma confusão entre a mera informação e a educação para a saúde. Na verdade, a informação disponibilizada pode ser entendida como um meio para sensibilizar a grávida a mudar os seus comportamentos, embora não se possa ter a certeza que isso venha acontecer, enquanto a educação para a saúde requer todos os elementos necessários para que a mulher grávida possa participar, activamente e de forma responsável, na tomada de decisão.

Não podemos esquecer a dimensão da comunicação de Mead na perspectiva interaccionista abordada no segundo capítulo, assume aqui uma importância fundamental, na medida em que integra o alicerce dos processos de formação das personalidades subjectivas «*Self*», das formas mentais «*Mind*» e da organização social «*Society*». A comunicação, o diálogo e a escuta são componentes imprescindíveis para o cuidar da grávida na medida em que *cuidar, na verdade, significa desconstruir um saber, interagir com o outro, sentir com ele revelando assim a apropriação muitas vezes do desconhecido (...)* (Brienza, 2005, 95).

Após termos analisado as práticas educativas desenvolvidas pelas enfermeiras, verificámos que não existem divergências de opiniões pelo facto de umas trabalharem em Centros de Saúde de uma área rural e outras de uma área mais urbana. As diferenças estão, sobretudo, relacionadas com o espírito de equipa desenvolvido nesse mesmo contexto de trabalho e da valorização *versus* desvalorização, das actividades de educação para a saúde por si desenvolvidas e que levam a que as mesmas acreditem, ou não, naquilo que estão a transmitir às utentes. Estão também relacionadas com a formação recebida em termos académicos, bem como com a formação desenvolvida em contexto de trabalho e que contribuem, fortemente, para ultrapassar as dificuldades que emergem das práticas quotidianas. As metodologias usadas, baseadas num modelo informativo, nem sempre foram as mais ajustadas, uma vez que os resultados apontam para a oferta de cuidados “pré-fabricados ou impostos” às mulheres. Como já expusemos, estas careceriam ter a possibilidade de tomar parte, mais activa, nas decisões e estratégias de educação para a saúde., ser parceiras nos cuidados. *Através de negociações, as enfermeiras podem sair do seu quadro profissional, etnocêntrico e prestar cuidados de enfermagem adequados e pluralistas*

(Pestana, 1996, 244).

Os resultados obtidos permitem aferir que as actividades de promoção de saúde levadas a efeito são, por vezes, insuficientes e superficiais, embora haja uma preocupação em agir de forma a dar liberdade à grávida para adoptar estilos de vida saudáveis. Verificámos, ainda, um grande interesse de algumas enfermeiras especialistas em dirigir as práticas, através de modelos que rompem com as práticas convencionais ou tradicionais, enfrentando, todavia, grandes dificuldades em por em prática as suas competências tendo em conta os poucos recursos e a sobrecarga de trabalho. A falta de espaços apropriados para a realização de práticas educativas leva à fragmentação da assistência, favorecendo a hegemonia do modelo biomédico. Foram, por isso, identificados alguns factores de constrangimento nas práticas educativas realizadas. Apurámos, ainda, que os factores que influenciam e condicionam estas actividades se encontram centrados na grávida (*e.g.*, interesse, motivação, idade, estado civil, multiculturalidade), nos profissionais de saúde (*e.g.*, motivação do educador, dificuldade na transmissão da informação, pressão médica), na família inserida numa comunidade (*e.g.*, herança cultural, transmissão de saberes, a não participação na consulta), mas, também, nas instituições de saúde (*e.g.*, organização: deficiência de recursos humanos e materiais). Uma abordagem integral de enfermagem carecerá de ter em consideração todos esses factores para cuidar a mulher/família tendo por base uma dimensão integradora.

Assim, destacámos que o modelo mais valorizado é o modelo Hegemónico, existindo a dificuldade de por em prática o modelo de empoderamento de saúde para a enfermagem. De facto, existem alguns obstáculos em estabelecer uma decisão partilhada, uma vez que a grávida tem um papel pouco activo que lhe limita a tomada de decisões conscientes, embora tivéssemos verificado uma preocupação constante da enfermeira especialista em explicar, de uma forma clara, com uma linguagem apropriada, todas as actividades desenvolvidas, mostrando disponibilidade para o esclarecimento de quaisquer dúvidas. Porém, observamos que, frequentemente, a enfermeira apresenta dificuldades em estabelecer uma parceria com a utente, sendo difícil contextualizar o ambiente familiar onde a mulher se insere, não confrontando as diferentes possibilidades de escolha. De igual modo, nem sempre consegue ajudar a pessoa a reflectir e a avaliar o impacto das decisões alternativas tendo em conta os seus valores e os seus estilos de vida, bem como, nem sempre se certificam que as mulheres apreenderam a informação.

Verificámos, ainda, que as intervenções educativas, observadas e mencionadas pelas entrevistadas, se centram fundamentalmente na pessoa, como grávida, desintegrada, a maior parte das vezes, da sua família. Logo, a abordagem pressupõe ser efectuada de uma forma

menos global. Não podemos esquecer que a D.G.S. (2004b, 53) indicou que *a abordagem centrada na família e no ciclo de vida justifica-se pelo facto de permitir uma melhor percepção, mais integrada, do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados para os diferentes grupos etários, nos diferentes papéis sociais que vão assumindo ao longo da vida.*

Deste modo, os resultados encontrados poderão ainda indiciar a probabilidade de algumas enfermeiras especialistas se situarem na transição do paradigma da integração, cuja orientação está centrada na pessoa, para o paradigma da transformação, cuja orientação se baseia no bem-estar da mesma pessoa (Kérouac *et al.*, 1994). De facto, ensinar não é transferir apenas os conhecimentos, mas antes criar possibilidades para que as grávidas possam participar na produção compartilhada do conhecimento, através de uma intervenção dialógica. Porém, é indispensável uma atitude reflexiva sobre este tema, devendo as enfermeiras serem capazes de desenvolver não só capacidades técnico-científicas, mas também sócio-relacionais. *Para que uma profissão possa pretender um reconhecimento por parte do público, é indispensável que ela seja claramente descrita como tal e que os membros do corpo profissional em questão possam dar a prova das suas competências específicas* (Catarino *et al.*, 1993, 15).

Voltando aos temas autonomia e saberes, prosseguimos tendo em conta a oportunidade de conduzir mudanças institucionais mais amplas, valorizando outros saberes, de forma a potencializar essa mesma autonomia, bem como enaltecer aquelas que indagam os serviços de saúde nesta fase de escolha de vida. Assim, uma vez que a família pode ser um factor que condiciona as práticas educativas, é importante averiguar como é que as enfermeiras integram esta família no cuidar.

3. Os saberes familiares na educação para a saúde

O acompanhamento oferecido à mulher e à sua família durante a gravidez é feito através da vigilância pré-natal sendo, neste sentido, um processo essencial pelo qual a mulher tem de passar. Sabemos que os nove meses de espera são momentos especiais e únicos, vividos de forma diferente por cada mulher, mas, de igual modo, são etapas em que o marido/companheiro e a família (mãe/sogra, filhos, irmãos) participam, não apenas como rede de apoio, mas, também, com a vivência emocional que está atrelada a este período. Estes aspectos serão analisados no capítulo 6 item 1.2.2. intitulado “Suporte Familiar”. Como já

referimos, partimos do pressuposto que a consulta de enfermagem durante a vigilância pré-natal é um espaço excepcional para a instituição de um diálogo benéfico entre os saberes dos profissionais de saúde e os saberes familiares. Todavia, as enfermeiras especialistas designaram a família como um factor inibidor das práticas educativas. Mas, então, como é que isso acontece, qual é a importância atribuída pela enfermeira parteira aos saberes familiares e como é que a enfermeira integra a família no cuidar?

Dentro desta área temática “os saberes familiares sobre gravidez, parto e maternidade” surgem duas categorias que intitulamos *valorização dos saberes familiares e integração da família no cuidar*. Neste contexto, emergiram três subcategorias: “importância atribuída aos saberes”, “a articulação entre os saberes familiares e os conhecimentos científicos” e o “envolvimento da família nos cuidados à grávida a partir da educação para a saúde” (Quadro 28).

Quadro 28 – Os saberes familiares na educação para a saúde

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Dimensões
III) Os saberes familiares sobre a gravidez, parto e maternidade	1. Valorização dos saberes familiares da grávida	a. Importância atribuída	<ul style="list-style-type: none"> • Muito importante
		b. Articulação entre os saberes familiares e sociais e os conhecimentos científicos	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer experiências anteriores: dialogo • Desmistificar conceitos errados • Respeitar os saberes
	2. Integração da família no cuidar	c. Envolvimento da família nos cuidados à grávida a partir da educação para a saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Pouco envolvimento • Dar a conhecer os direitos das utentes • Convidar pessoa significativa a participar

Fonte: Categorização efectuada por nós com base nas entrevistas realizadas entre Julho e Agosto de 2007.

3.1. Valorização dos saberes familiares

3.1.1. Importância atribuída aos saberes familiares

Da análise efectuada, parece ser consensual a importância de encarar a família como o âmago dos cuidados, sendo, porém, a sua inclusão nesses mesmos cuidados um desafio para a prática de enfermagem. Todos nós sabemos que as nossas avós e as nossas mães eram as que cuidavam da saúde da família e as que promoviam a saúde e preveniam o aparecimento de doenças ou de complicações. Vimos, igualmente, no decorrer desta investigação que, ao longo

dos tempos, a responsabilidade pelo cuidado com a saúde da família incidia, particularmente, sobre as mães ou as sogras. Carvalho (2002) afirma que o papel essencial da mulher no interior da família e a sua preocupação com o cuidar e promoção da saúde, bem como os saberes de índole medicinal, familiar e tradicional que esta mobiliza, é de importância capital. O período pré-natal é um momento onde a expressão de cuidados e os modos de vida dominantes se podem manifestar mais fortemente. O universo dos cuidados constitui um conjunto de práticas e de saberes, de representações e de símbolos, ligados ao acompanhamento de pessoas, principalmente quando os corpos estão mais fragilizados (Saillant, 1991).

Deste modo, foi nossa intenção conhecer a importância atribuída aos saberes familiares das utentes pelos enfermeiros. Verificámos que sete das oito enfermeiras especialistas entrevistadas referiram valorizar os saberes familiares no âmbito da vigilância pré-natal, considerando-os como muito importantes, uma vez que esses saberes podem influenciar os comportamentos da mulher grávida/parturiente/puérpera deixando-as inseguras e confusas. Porém, quatro destas profissionais não revelaram as razões para explicar essa importância.

Atribuo uma importância grande porque isso pesa na forma como a grávida encara a gravidez e a forma como lida com o bebé. A família tem imensa influência nisso e elas sentem-se muito inseguras com os conhecimentos que têm. Então, quando se é mãe pela primeira vez, tem-se imensas dificuldades (Maria das Dores, Parteira).

Congregar os diversos saberes das mulheres, incluindo os familiares, significa alargar a abordagem profissional da consulta e não reduzi-la apenas ao conhecimento cientificamente produzido, porque podemos correr o risco, de não haver a adesão desejada às consultas de vigilância pré-natal, bem como aos programas de educação para a saúde planeados. Ao valorizar os saberes destas grávidas, pode-se entender, entre outros, as vivências, os sentimentos e os diferentes valores interpretando-os tendo em conta a cultura de cada uma delas.

3.1.2. Articulação entre os saberes familiares e científicos

Ao analisarmos a articulação entre os saberes familiares e científicos, partimos do pressuposto que existem dois tipos de saberes: os saberes dos profissionais de saúde, cujos

saberes correspondem ao saber técnico-científico e os saberes da família, que estão associados a um saber mais popular ou do senso comum. Embora sendo saberes distintos, não são, contudo, saberes antagónicos ou incompatíveis. A educação para a saúde, como processo social, requer dos profissionais a confrontação e a assimilação destes dois tipos de saberes. A análise de conteúdo realizada demonstra, dentro desta subcategoria, três dimensões relacionadas com as intervenções das enfermeiras para efectuar a articulação dessas saberes no âmbito da educação para a saúde: conhecer as experiências anteriores da utente através do diálogo, desmistificar conceitos errados através da explicitação dos saberes técnico-científicos e respeitar os saberes familiares. Nota-se, contudo, que existe algum cuidado por parte de algumas enfermeiras ao abordarem estes saberes com a grávida, como indicam as expressões que a seguir transcrevemos:

Eu tento desmistificar e explicar o porquê. Por exemplo, que o facto de lavar a cabeça não é só por uma questão do parto, mas é para todas as senhoras porque é para evitar as correntes de ar. Não é só o facto de estar grávida, ou de ter o bebé que tem que ter esses cuidados, são comportamentos que devemos ter ao longo da vida. Falam das canjas... Que a avó já têm lá a galinha para ela comer. Nós dizemos que não devem comer, vale mais uma sopinha de legumes, bem feitinha, que uma canjinha (Maria Estrela, Parteira).

Se for negativo tento combater com delicadeza e de forma a esclarece-la, para não entrar em choque, não é. E depois temos de ter cuidado com a forma de dizer as coisas “olhe isso está errado”, não pode ser assim, mas digo-lhe os motivos do porquê, com conselhos científicos (Maria Luísa, Parteira).

E mesmo em termos da alimentação das grávidas, as nossas mães têm um comportamento diferente em relação à mulher que amamenta. Alimentação que elas faziam não tem nada a ver com a alimentação que nós agora fazemos. Eu costumo até muitas das vezes se ela diz que deve comer uma canja, que coma a canja mas a seguir que coma uma sopa de legumes, para não ferir susceptibilidades. (...) Temos que criar estratégias para não chocar nem ferir susceptibilidades (Maria da Luz, Parteira).

Os saberes familiares não podem ser desprezados, considerados inadequados ou meras superstições. Deste modo, o saber técnico-científico não poderá ser considerado superior nem dominar o saber familiar. Na nossa opinião, a relação entre estes dois saberes deverá ser uma relação de diálogo, assente numa relação horizontal. Esta relação não poderá basear-se numa transmissão unidireccional ou vertical. Assim, estabelecer relações não coercitivas mas democráticas, exige um modelo de poder mais horizontal do que aquele que existe actualmente entre as utentes e os profissionais de saúde (Barbosa *et al.*, 2007). Neste sentido,

para além de respeitar os saberes, os costumes e as formas de organização familiar no processo de nascimento, é essencial compreender os significados das práticas de saúde desenvolvidas, bem como entender os mecanismos que levam a que estas permaneçam ao longo das épocas. As representações, que cada pessoa detém, irão ser o fio condutor para a aceitação de cuidados culturalmente coesos que conduzem ao bem-estar e saúde da grávida (Rodrigues, 2009). Por outro lado, a multiculturalidade presente nas consultas de vigilância pré-natal requer uma partilha de saberes entre a enfermeira que cuida e a mulher grávida que procura os cuidados de saúde (Rodrigues, 2009). Ao descreverem as suas práticas, as enfermeiras demonstraram uma certa contradição, uma vez que, por um lado, consideram ser importante conhecer os saberes familiares e reconhecer o papel da família como participante no processo de cuidar, mas, por outro, afirmam que o seu trabalho é exercido sem ter a família como foco do cuidado, sendo, simplesmente, virado para a utente. Ao interagir com as utentes, verificámos que as enfermeiras especialistas necessitam de incorporar conceitos e atitudes que mantivessem a família como centro, funcionando como um apoio e um suporte para as necessidades de saúde identificadas. Constatámos, porém, que nos Centros de Saúde onde existe a preparação para o parto, as enfermeiras especialistas se preocupam mais em integrar os conhecimentos e os saberes das grávidas, bem como em integrar a família no cuidar.

3.2. Integração da família no cuidar

Cuidar é, primeiro que tudo, o estabelecimento de uma relação humana em que temos que considerar o outro como diferente, atribuindo-lhe uma carga familiar, social e cultural, de forma a reconhecê-lo como um todo. Assim, a sua intervenção não implica só executar tarefas ligadas ao modelo biomédico, mas responder, de forma diferente, às necessidades em saúde impostas pelos movimentos sociais e culturais.

Face a esta categoria “integração da família no cuidar”, aparece uma subcategoria que designamos o *envolvimento da família nos cuidados à grávida a partir da educação para a saúde*, na qual se relaciona com duas dimensões: dificuldade em envolver a família e informar dos direitos das utentes. A primeira dimensão, «dificuldade em envolver a família», explica-se pela pouca participação desta no acompanhamento da grávida na consulta. Normalmente, a grávida vai sozinha à consulta ou às aulas de preparação para o parto porque é difícil ser acompanhado pelo marido/companheiro que trabalha e que não tem “dispensa” para

frequentar a consulta. Podemos frisar que, só a partir de 1 de Maio de 2009, o Novo Regime de Protecção à Parentalidade menciona que *o pai tem direito a três dispensas do trabalho para acompanhar a trabalhadora às consultas pré-natais*. O ideal seria que a consulta tivesse lugar em horário pós-laboral. Todavia, em alguns casos, é quase impossível devido aos horários de funcionamento das instituições de saúde e ao número de profissionais a desempenhar funções neste contexto. Observámos que, nos casos em que os maridos não trabalham, ou trabalham por turnos, estes tentam participar nas consultas sempre que o horário o permite.

A grávida, a maior parte das vezes, vem sozinha à consulta, por questões laborais. (...) E se nós pudéssemos incluir nas nossas consultas mais uma pessoa que depois pudesse colaborar com ela, eu acho que era muito bom (Maria de Fátima, Parteira).

Normalmente a grávida vem sozinha à consulta. Por muito que se insista, elas não trazem os maridos, porque estão a trabalhar e não podem faltar ao trabalho. Por exemplo, na preparação para o parto, é difícil trazer os maridos mas tenho aí umas grávidas já bem maduras que trazem os filhos. Tem uma grávida de 37 anos que traz a filha de 15 anos. É normal trazer os filhos e os irmãos. Estes pedem para assistir. Nas consultas vêm sozinhas (Maria das Dores, Parteira).

Todavia, aquando da realização das aulas de preparação para o parto, por vezes, o marido ou filhos mais velhos, acompanham a grávida e tentam participar. Verificámos que, em algumas situações, essencialmente nos meios rurais, isso não acontece porque as outras grávidas se sentem inibidas com a presença dos homens. Este facto leva a que os homens evitem participar (Observação da consulta). Estes aspectos estão relacionados com o facto do processo de nascimento estar ainda muito ligado à mulher.

Tenho tido alguns casos de maridos a acompanhar, mas são muito poucos. É difícil envolver o marido nas consultas porque eles trabalham. Já tive ali um na preparação achou muita piada, mas também as outras senhoras não estão tão à vontade e ele próprio acabou por sair. A esposa já perde o dia para vir à consulta, se ele também perde! Ao fim e ao cabo no orçamento já pesa. Já tentei estimular a sua participação mas não sinto muita adesão. Outros homens têm a mentalidade que isso é para a mulher, outros é o trabalho (Maria Rita, Parteira).

Vem mais as mães ultimamente que os maridos. Eu estava em casa e estava-me a questionar do porquê disto. Porque hoje há muitas mães que, ou estão desempregadas ou estão na reforma e acompanham-nas, enquanto os maridos estão a trabalhar. Na consulta, a mulher vem mais sozinha (...) Temos algumas pessoas que vêm acompanhadas e os maridos ainda não estão preparados e nem sabem que podem estar na consulta. Quando eu vejo isso, questiono-as se o marido está lá fora. E incentivo a entrar na consulta. Depois de os convidar a primeira vez para entrar, eles vêm. Mas ainda

há alguns que nunca vêm. Trazem a mulher à porta e vão-se embora. É cultural. Pensam que é uma questão da mulher, não se envolvem tanto. Já está melhor (Maria da Luz, Parteira).

A segunda dimensão, «informar dos direitos das utentes» foi expressa pelas entrevistadas porque consideram ser uma forma de incentivar a participação da família nas consultas. De facto, muitas das utentes desconhecem a possibilidade do marido ou de uma pessoa significativa (e.g., mãe, irmã, amiga) poder participar na consulta. Uma das formas encontradas para os cativar é deixá-los ouvir o bater do coração do feto através do *doppler* e, a partir daí, incentivar a sua participação.

Eu, quando uma mulher vem sozinha à consulta, procuro sempre saber porque é que o marido não vem. E digo-lhes que podem vir porque alguns não vêm porque pensam que não podem entrar, outros ficam na sala de espera. Eu pergunto “então o marido não veio?” “Veio, mas está ali, na sala de espera”. Então eu vou buscá-lo, ele assiste e elas depois vão transmitindo umas às outras (Maria Luísa, Parteira).

Tenho várias situações. Tenho inclusive casos em que vem a família completa. Há situações em que vem o pai a mãe e os dois filhos [3ª gravidez]. Na monitorização eles adoram a parte de ouvir o foco e altura uterina, dá-lhes um sentimento de emoção muito grande. Na parte da educação para a saúde propriamente dita a família participa toda e é interessante ver no pai “eu não te disse”. O pai serve quase como um reforço à mãe. Mas consegue-se envolver perfeitamente (Maria Madalena, Parteira).

Em suma, salientamos que a intervenção na saúde se insere numa dinâmica profissional e num contexto organizacional onde se encontram definidos os papéis de cada um. Assim, os *experts* (os profissionais de saúde e, neste caso, as enfermeiras especialistas) detêm um mandato de apoio onde predomina o seu papel como detentores de saberes e de poderes sobre a pessoa que se encontra em dificuldade ou que necessita de vigilância (Saillant, 1999). Todavia, as famílias, detentoras de saberes do senso comum ou profanos, representam um espaço de reinterpretação dos saberes científicos ou profissionais sendo completamente livres de seguir, ou não, as opiniões dos peritos (Fortin e Le Gall, 2007). A troca de saberes entre profissionais de saúde e a grávida pode implicar a partilha, não só de competências, mas, também, de responsabilidades. De igual modo, nem todas as enfermeiras têm em conta as competências e saberes familiares com o mesmo grau de importância. Porém, as grávidas e as suas famílias podem, e devem, ser encaradas como parceiras nos cuidados. A diferença entre as práticas e os saberes familiares *versus* o conhecimento técnico científico dos profissionais de saúde pode ser um obstáculo à acessibilidade aos serviços de saúde. Por

este facto, salientamos a importância de adquirir um melhor conhecimento da conciliação das práticas e dos saberes. *Une meilleure connaissance de cette conciliation des savoirs favorisera à son tour l'émergence d'une pratique pluraliste traversée par des dimensions socioculturelles et religieuses, de normes et de valeurs pouvant inspirer les médecins, les infirmières et d'autres professionnels du milieu hospitalier ainsi que les intervenants de première ligne* (Fortin e Le Gall, 2007, 11).

Depois de analisarmos a opinião dos enfermeiros relativamente ao tema deste estudo, vamos, no capítulo que se segue, conhecer a perspectiva das mulheres grávidas e a forma como estas integraram a educação para a saúde na gravidez, no parto e na preparação para a maternidade. Será que as opiniões destas estão em consonância com as opiniões manifestadas pelas enfermeiras?

CAPÍTULO VI - UMA HISTÓRIA CONSTRUÍDA NAS PRÁTICAS QUOTIDIANAS: DISCURSOS DAS MULHERES ENTREVISTADAS

1. Onde tudo começa...um olhar sobre a família

Enquanto no capítulo anterior nos debruçámos sobre a perspectiva das enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica em relação à temática em estudo, neste capítulo procedemos à análise dos dados recolhidos das entrevistas às cinquenta mulheres, realizadas nos três momentos já referidos. Esses momentos foram fundamentais para entendermos as práticas educativas desenvolvidas durante a vigilância pré-natal, apurando, ainda, se estas práticas foram exercidas de acordo com as necessidades das mulheres e se contribuíram para a sua satisfação. Será que a formação recebida durante a gravidez fornece à mulher, marido/companheiro conhecimentos específicos e estratégias para ajudar o casal a promover o desenvolvimento da sua função, quer durante a gravidez, quer durante o parto, quer, ainda, durante o primeiro mês de vida, ajudando-os a adaptarem-se ao novo papel de pais?

A Constituição da República Portuguesa, no seu artigo 69º, considera a família como uma componente essencial da sociedade, com direito à protecção da própria sociedade e do Estado e à efectivação de todas as condições que possibilitem a realização pessoal dos seus membros. A família é a unidade de organização social mais fácil de alcançar para intervenções preventivas e terapêuticas que propicia um ambiente social favorável para o crescimento natural e completo de todos os seus elementos (O.M.S., 2003). Deste modo, actualmente, mais do que nunca, existe um reconhecimento generalizado de que a família está no âmago da prestação de cuidados informais, exercendo, por isso, uma influência considerável na preservação da saúde dos seus membros. Podemos assim dizer que a vida quotidiana no espaço doméstico se caracteriza pelo atendimento das necessidades físicas, psicológicas, emocionais e sociais dos diferentes membros da família. Autores como Leandro (1995b) e Burton-Jeangros (2006) frisaram estes aspectos, realçando a família como um agente de socialização, que desempenha um papel primordial na transmissão de um sistema de valores influenciador dos comportamentos ao longo da vida.

Partindo da ideia de que o sentido que os actores sociais impõem à vida familiar ajuda a sua produção (Aboim, 2005b), procurámos estudar os diferentes modos de ser família que

predominavam nos contextos sociais em estudo. Como vimos no capítulo relativo ao enquadramento teórico, a família é um sistema complexo inserido num contexto social. *A família, em termos gerais, e especialmente os pais, têm sido tradicionalmente os primeiros prestadores de cuidados, os organizadores, os modelos de comportamento, os disciplinadores e os agentes de socialização, num papel evidente de educadores dos seus filhos* (Coutinho, 2004, 55). Todos nós sabemos que a natureza do cuidado proporcionada durante a infância é de fundamental importância para o desenvolvimento da vida futura da criança. No Quadro 29, apresentamos os dados obtidos através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas.

Quadro 29 – Categorias e subcategorias relativas à opinião das mulheres sobre a família

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Dimensões
D) Opiniões sobre a família	1. Modelo de referência familiar	a. A família de origem	<ul style="list-style-type: none"> • A estrutura e as vivências familiares • As recordações
		b. A construção da nova família: O sonho	<ul style="list-style-type: none"> • Casar e ter filhos • Casar, ter uma casa e investir na profissão • Ter medo de construir família • Nunca sonhou ter uma família
		c. O sonho tornado realidade	<ul style="list-style-type: none"> • Realidade idêntica do que viveu na sua infância • Realidade diferente do que viveu na sua infância
	2. O papel da família durante a gravidez e no primeiro mês pós-parto	a. A família como produtora de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Transmissão de saberes • Transmissão de práticas familiares
		b. O suporte familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio informativo • Apoio afectivo • Apoio instrumental • Apoio nos cuidados
		c. Fonte do suporte	<ul style="list-style-type: none"> • Mãe • Marido • Outros familiares da parentela

Fonte: Categorização efectuada por nós com base nas entrevistas realizadas entre Fevereiro e Julho de 2007.

1.1. O modelo de referência familiar

Questionar-se acerca do significado do “ser família” é penetrar num mundo da realidade, do imaginário e do sonho. É relembrar o passado, viver o presente e pensar no futuro, o que permite perceber melhor como o “ontem” se interpõe no “hoje” e como condiciona o “amanhã”. A noção de família é intemporal. Toda a história, vista numa

perspectiva social, tem sempre subjacente a família como célula nuclear da sociedade. Ao direccionar o nosso olhar para o interior da vida familiar, pretendemos saber quais foram os objectivos que guiaram a mulher na construção da sua nova família, ou seja, como é que se desenvolveu o modelo de referência familiar. Por isso, é muito importante conhecer tudo o que rodeia a família, actor fundamental na preparação para a gravidez, para o parto e para a maternidade, para, depois, apreendermos melhor o contexto das práticas educativas. A família coloca-se como uma entidade de construção de projectos e de orientações que vão dar um sentido aos percursos pessoais (Leandro, 1995b). Tendo por base os relatos obtidos através das entrevistas, identificamos uma categoria que denominamos de «Modelo de referência familiar», na qual se salientaram três subcategorias: *as convivências na família de origem, a construção da nova família: o sonho e o sonho tornado realidade*.

1.1.1. A família de origem: as convivências

A família constitui o pilar estrutural sobre o qual se edifica o crescimento de cada indivíduo. Sendo a família uma das instituições sociais mais antigas da humanidade, tem assumido, ao longo dos tempos, uma diversidade de formas. Porém, apesar desta diversidade, todas estas formas se definem a partir do modelo da família conjugal que se vê reduzida à sua dimensão mais restrita, em virtude da sucessiva baixa da natalidade. Uma das mais antigas interrogações da história e da sociologia da família, relaciona-se, por um lado, com a questão de compreender quais os elementos que vivem debaixo do mesmo tecto e, por outro, quais os principais tipos de grupo doméstico (Wall, 2003). As narrativas das mulheres entrevistadas permitem identificar a família como um sistema complexo de relações, onde os seus membros compartilham um mesmo contexto social de pertença. Descobrimos ainda que, grande parte das grávidas (n=49), viveu no seio familiar, isto é, na família de orientação, até ao momento em que deixaram a casa para formar a família de procriação, normalmente aquando do casamento. Quando comparamos as narrativas, verificamos que estes aspectos foram relatados, tanto por mulheres que residem em áreas rurais, como pelas as que vivem em áreas urbanas.

*Vivi numa aldeia aqui perto, (...), com os meus pais e com os meus cinco irmãos, 4 irmãos e uma irmã.
Vivi sempre com eles até casar (Amália, 27 anos, casada, 6º ano de escolaridade, 4ª gravidez).*

Também podemos observar que, até há bem pouco tempo, o relacionamento intergeracional tinha lugar na rede de convívio com a família mais alargada, onde, na maioria das sociedades tradicionais, a família nuclear se encontrava envolvida em redes de parentesco bem mais abrangentes. *A forma familiar predominante era a do tipo nuclear que vivia numa habitação modesta, mas profundamente inserida em relacionamentos comunitários, incluindo outros parentes* afirma Giddens (2000, 158). Também as nossas entrevistadas corroboram esta asserção.

Vivi sempre em casa dos meus pais numa aldeia. Vivia com eles, com os meus avós e, praticamente, com toda a família, incluindo os tios e os primos... Vivíamos em casas separadas, mas perto umas das outras. Eu vivia com os meus pais, as minhas duas irmãs e os meus avós. Estávamos quase sempre todos na mesma casa (Berta, 24 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Estas considerações expressam bem, tal como refere a socióloga Karin Wall (2003), o facto de que no passado e ainda no presente, se verificar o predomínio da família nuclear com relações intensas com a parentela e, ainda mais, quando vizinha. Através das recordações sobre a infância, constatámos que, a vivência na família, pode constituir uma experiência rica em oportunidades para a edificação de vários relacionamentos pessoais. Independentemente da sua dimensão e estrutura, o grupo doméstico é o espaço onde se engendram laços fortes (Leandro, 2001b). Neste contexto, a dinâmica familiar traduz o sistema relacional do grupo como um todo. Ao mesmo tempo, surgem as convivências maravilhosas onde a união, a proximidade da família e a felicidade, são destacadas, independentemente de se viver na aldeia ou na cidade. A este respeito, podemos dizer que a família é o espaço de reencontro, de partilha de serviços, de consumo, de comensalidade e de convívio (Leandro, 2001b) e como podemos ver nos trechos a seguir apresentados:

Tenho boas recordações. Dávamo-nos todos bem. (...) Tenho boas recordações. É... Graças a Deus, os meus pais sempre se deram muito bem. Nós, pais e filhos, somos muito unidos (Augusta, 32 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

Foi muito bom. É altura em que nós descobrimos o valor da família. É uma das melhores fases da vida, deixa recordações boas. Foi uma infância boa. Foi bonito e eu fui feliz (Berta, 24 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Por vezes, denotamos uma certa nostalgia do passado à medida que nos contam as suas histórias. Destacamos, a título de exemplo, a separação da família por causa da emigração, quer por razões laborais, quer por razões académicas. A realidade mostra-nos,

assim, que o grupo doméstico continua a ser *um espaço de dificuldades e de desenredos com que, todos e cada um, provavelmente, terão que se defrontar, mas também onde cada um projecta as suas esperanças e sonhos de ser feliz, de reconhecimento recíproco e de construção da sua própria identidade* (Leandro, 2001b, 61).

Recordo-me de muita coisa boa. Os amigos, as brincadeiras, que nós tínhamos na altura. (...) Os animais. Havia mais liberdade. (...) Era agradável [Viveu a sua infância em Terras de Bouro, a sua adolescência em Lisboa vindo, depois de casada, para Braga] (Benedita, 31 anos, casada, Licenciada, 1ª gravidez).

Bem podemos imaginar que, sendo a família a base do crescimento e da vida, as qualidades das relações familiares são, neste sentido, uma condição fundamental para a qualidade de vida e da saúde dos seus elementos. A vida no seu interior abarca toda uma série de experiências emocionais e afectivas. Todavia, nem todas as mulheres nos relataram apenas as boas recordações da sua infância, dado que aqui, também, surgiu o lado sombrio da vida familiar, contradizendo as imagens de harmonia (Giddens, 2000). Algumas mulheres deixaram antever os conflitos que existiam na sua família e que, muitas das vezes, eram camuflados. Podemos até considerar que esse conflito é algo inerente às relações sociais e contribui, de algum modo, para o estabelecimento e solidificação dessas mesmas relações. Porém, os aspectos “opressivos” da família podem ter efeitos devastadores na vida das pessoas que a integram. Muito embora a família seja conotada como entidade protectora, não podemos ignorar que, não raras vezes, se verificam focos de violência doméstica. Assim, constatamos haver violência familiar, muitas vezes exercitada pelo pai, quase sempre associada a problemas de alcoolismo, aspecto já analisado na caracterização dos contextos sociais e que foram, particularmente, referidos por mulheres que vivem em áreas rurais. Observemos os extractos dos discursos de duas das mulheres entrevistadas:

O meu pai tinha e, ainda tem, problemas de álcool. Fumava muito. Tudo isso interferiu com a nossa família. Ele era violento. Ainda hoje, eu não tenho uma relação muito próxima com o meu pai. Com a minha mãe, tenho, mas, com o meu pai, já nem tanto. Havia muitas discussões na família [parece que quer esquecer esses momentos] (Adelaide, 27 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

Na altura, os meus pais trabalhavam no campo. Foram tempos difíceis, mas o convívio familiar sempre foi mais ou menos bom. Às vezes, o meu pai bebia (...) Eu nem gosto muito de falar disso...mas lembro-me muitas vezes disso e, se fosse agora, ia ser diferente. (Amália, 27 anos, casada, 6º ano de escolaridade, 4ª gravidez).

O divórcio também foi indicado como um dos factores que marcou negativamente a infância, bem como as suas recordações. Sendo, de facto, uma constante social, é capaz de gerar desajustamentos emocionais provocando sofrimento em todos os membros da família, mas, principalmente, nas crianças, independentemente da idade em que ocorra. Podemos dizer que o divórcio transformou profundamente as vidas das mulheres entrevistadas, alterando, frequentemente, a ideia de família, bem como as relações presentes mas, essencialmente, futuras, como nos refere o testemunho de Débora:

(...) Não foi tão positivo pelo lado do casamento dos meus pais, que não correu bem. Tiveram que se separar. Eles já se separaram, já eu era adolescente. Mas foi um período complicado. Enquanto filha também vivi essa separação, (...) (Débora, 33 anos, casada, Licenciatura, 1ª gravidez).

Dos relatos analisados, podemos destacar outro factor que condicionou as vivências de uma infância feliz e que se relaciona com a influência familiar, ou seja, o tempo dedicado aos cuidados e acompanhamento da vida quotidiana dos filhos pelos pais. Esta ausência é justificada pelas dificuldades económicas que estes viviam na altura, havendo necessidade de aceitar trabalhos com modalidades de horários, que podiam ter consequências na esfera individual, familiar e social, como, por exemplo, o trabalho por turnos. De facto, este acontecimento impõe uma nova organização da vida doméstica (*e.g.*, recurso a amas para guardar os filhos). O relato que a seguir se transcreve demonstra bem a falta que os progenitores fizeram, bem como a dificuldade das crianças se adaptarem à situação. Importa ainda referir, que esta mulher, tendo actualmente a profissão de taxista, optou por não trabalhar para “dar mais tempo” aos filhos.

(...) eu tive uma ama, porque os meus pais trabalhavam muito por turnos, iam lá ver-me mas ficavam pouco tempo. Ficava a semana toda com a ama e só ao domingo é que eu ia para a casa de meus pais. Tinha saudades deles (Bruna, 28 anos, casada, Licenciatura, 2ª gravidez).

A comparação dos resultados obtidos, leva-nos a constatar que a vida em família nem sempre pode ser entendida como algo de maravilhoso mas, pelo contrário, apesar de muitas boas vivências, também pode conter experiências muito desagradáveis. As vivências na família nem sempre foram consideradas pelas entrevistadas que residem em áreas rurais como um retrato de harmonia e de felicidade. Podemos então perguntar se estas vivências no seio da família de origem influenciaram os sonhos das mulheres e condicionaram, de algum modo, a construção da sua nova família. Nesta perspectiva, os modos como os grupos ou os indivíduos analisam as normas sociais ocasionadas num contexto histórico, justificam a variedade das

formas conjugais e familiares, tendo por base uma relação de interacção singular que é a conjugalidade. *Surgem assim, nesta linha teórica, os modelos ideal-típicos de família, através dos quais se procura fazer a ponte entre as grandes transformações socioculturais e os comportamentos familiares* (Aboim, 2005b, 171).

1.1.2. Construção de uma família: o sonho

As mulheres grávidas, quando questionadas acerca das projecções que formulavam para a família de procriação, antes de a constituírem, salientaram três dimensões: *casar e ter filhos, ter uma casa e investir na profissão*, mas também, *nunca ter sonhado com a construção de uma família*. Abraçando a premissa de Aboim (2005b), podemos confirmar que as duas primeiras dimensões referenciadas se relacionam com valores denominados de “valores instrumentais da vida em comum” centralizados no espaço doméstico, “valores de cooperação ou reciprocidade” concentrados na vida profissional e nos aspectos “reprodutivos” (Aboim, 2005b). Assim, construir uma família assenta, antes de mais, num simples acto formal que é o casamento e que representa o início da formação de uma família. Confirma-se, deste modo, o que afirma Torres (2001, 6) quando alega que *os termos família e casamento aparecem quase sempre associados. Como se a família e casamento fossem realidades empíricas inseparáveis e remetessem para conceitos operatórios, difíceis de dissociar no plano da matriz teórica disciplinar*. Podemos imaginar várias razões para o casamento como, por exemplo, dar visibilidade à sua relação afectiva; encontrar alguma estabilidade económica e social ou formar, apenas, uma família. Ao compararmos os resultados, verificamos que não existe grande diferença nas razões apontadas pelo conjunto das mulheres entrevistadas nos três concelhos em estudo.

No que diz respeito aos aspectos reprodutivos, «casar e ter filhos» foi o sonho de apenas vinte e uma das mulheres, sem, no entanto, terem justificado esta opção. Casar e ter filhos é entendido como o percurso de vida natural que deverá ocorrer a partir de determinada idade, como nos refere o seguinte relato:

Sim, pensámos todos, um bocado, a partir de uma determinada altura. Começámos a pensar no futuro, em ter uma família, uma casa e filhos, pelo menos, dois. Um é pouco, dois é o ideal. (...) os filhos são uma parte essencial da vida (Aurora, 26 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Saraceno e Naldini (2003, 177) também consideram que, *a nível do senso comum, parece só haver verdadeiramente família quando há filhos, e a expressão constituir família, relativa ao facto de casar, indica na realidade o casamento como passagem, ao mesmo tempo necessária e não suficiente, para a constituição da família, ao dar curso ou dar continuidade a uma cadeia geracional.* O casamento seria entendido, neste caso, como uma forma de chegar à procriação.

«Casar e ter uma casa» foi a segunda dimensão identificada. A casa é o lugar onde se realiza o projecto de ter uma família. Há mesmo um aforismo que diz, “quem casa quer casa”. Dentro desta linha de pensamento, formar uma família é inscrevê-la num novo ambiente onde o espaço doméstico é, sem dúvida, um factor estruturante, na medida em que revela as relações, os princípios, as funções e as mudanças no seio de um grupo familiar (Leandro, 2001b). Podemos destacar o facto de “ter uma casa” se converter, cada vez mais, num objecto de grande valorização, mesmo antes de pensar ter um filho, na medida em que, sendo um projecto económico, é também uma forma de cimentar o projecto conjugal e familiar. Esta autora indica que o espaço doméstico entrelaça um conjunto de relações materiais e simbólicas, de hábitos e de práticas domésticas, assim como de laços afectivos entre os diferentes elementos. *Casa e família, como o homem e a mulher, constituem um par complementar, mas hierárquico. A família compreende a casa, a casa está portanto contida na família* (Sarti, 1994, 47).

Ah, eu não pensava muito nisso. (...) Nessa altura, pensava que ia tirar um curso, trabalhava ao fim de semana e só no fim é que me casava. Tinha tempo para ter filhos...Mas agora, não, não penso nada disso. E se fosse pensar assim, não tinha engravidado ainda. Depois surgem questões como: “onde vais deixar o teu filho quando começares a trabalhar?”, porque o meu marido é militar e só vem ao fim de semana. (...) Logo se resolve. Se ficar mais caro, paciência (Adélia, 23 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Sendo assim, é importante recapitular que o projecto de “construir família” está associado ao projecto de casamento que vai para além de ter casa, sendo indissociável de ter filhos. Sarti (1994, 49) lembra que *é inconcebível formar uma família sem o desejo de ter filhos. A ideia de família compõe-se, então, de três peças: o casamento (o homem e a mulher), a casa e o filhos.*

No entanto, constatámos que quatro das mulheres entrevistadas mencionaram «nunca terem sonhado com a construção de uma família». A razão assinalada assenta no facto de, simplesmente, quererem viver o dia-a-dia sem preocupações. É de salientar que três destas

mulheres têm um grau de instrução ao nível da Licenciatura e residem em áreas predominante ou mediantemente urbanas.

Costumo viver mais o dia-a-dia. Desde que conheci o meu namorado, actual marido, achei que, era a pessoa indicada para constituir família. Mas, constituir família, filhos, nunca pensei muito. Não costumo fazer muitos planos nesse sentido (Cecília, 28 anos, casada, Licenciada, 1ª gravidez).

Eu penso que nunca imaginei muito. Nunca me imaginei muito casada, nem ..., mas depois aconteceu. (Irene, 30 anos, casada, Licenciada, 1ª gravidez).

No seu relato, uma mulher explicou ter tido medo em construir família pelo facto de ter vivido na sua infância graves problemas familiares devido à presença de alcoolismo e violência doméstica, como, aliás, já foi salientado no atinente às convivências na família de origem.

Eu tive receio de ter um parceiro, de casar e essas coisas todas [fazendo referência à sua infância]. Porque já tinha vivido tantas coisas e foi um bocado difícil.... Foi sempre assim, desde pequenina até agora (...) (Adelaide, 27 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Tendo por base estes argumentos, é inevitável deduzir que as vivências no seio da família de origem podem condicionar os sonhos das mulheres e limitar, de algum modo, a construção da nova família, bem como influenciar muito dos seus comportamentos. De facto, constatamos que algumas mulheres foram modificando as suas opiniões quando chegou a hora de construir a sua família. Porém, constatamos que não existe grande diferença neste modo de pensar e de viver a família consoante a mulher reside em meio rural ou urbano,

1.1.3. Quando o sonho se torna realidade

Da análise de relatos das entrevistas, constatámos que a vivência da construção da própria família é *muito idêntica à família de origem* ou, pelo contrário, é *absolutamente diferente da família de origem*. Na primeira situação, os motivos que se evidenciam são, principalmente, a união, as relações saudáveis, a ausência de conflitos, a felicidade e a coesão da família, como podemos constatar pela seguinte narrativa:

(...) é muito idêntico. Os meus pais sempre se deram bem até hoje, já fizeram 25 anos de casados. E está tudo bem. O meu irmão, neste momento, também ainda está com os meus pais. Está tudo bem.

Sempre nos demos bem. Neste momento, até estamos todos juntos porque a minha mãe foi viver comigo (...) depois do parto vai estar comigo e vai tomar conta do meu filho (Amélia, 25 anos, casada, 9º de escolaridade, 1ª gravidez).

Não obstante estes testemunhos, dezassete mulheres relataram que a sua vivência da família de procriação é diferente da que viveram com a sua família de orientação. Destas dezassete mulheres, dez realçaram que a vivência actual é ainda melhor do que quando viviam com a sua família de orientação. De facto, não podemos esquecer que a família é um *espaço ao mesmo tempo físico, relacional e simbólico*, revelando-se como um dos *lugares privilegiados de construção social da realidade, a partir da construção social dos acontecimentos e das relações* (Saraceno e Naldini, 2003, 18). Caracterizando melhor estas dez grávidas, constatamos que sete estão a viver a sua primeira gravidez e que, também, sete residem em áreas urbanas. No que diz respeito ao grau de instrução, verificámos que quatro possuem o Ensino Secundário, três o Segundo Ciclo, duas a Licenciatura e uma o Terceiro Ciclo, sendo que estes diferentes níveis de escolarização não parecem exercer influência nas suas opiniões acerca da família.

Hoje, tenho aquilo que nunca tive. A felicidade. Imaginei sempre ter dois filhos, porque fazem companhia, um ao outro. É importante. (...) Ensinam muito a dividir, a partilhar, a desenvolver amizades, acho que os filhos únicos se tornam mais egoístas. Os filhos trazem para um casal, mais união e uma felicidade a 100% (Flávia, 22 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Os meus pais davam-se super bem, nunca os ouvia discutir. É claro que todo o casal tem as suas brigas, mas eles, à nossa frente, tinham sempre uma postura correcta. Fiquei muito desiludida com o meu primeiro casamento. Tanto que não penso casar novamente, vivo junta, se alguma coisa correr mal, cada um vai para o seu lado (Érica, 30 anos, divorciada, 9º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

É inevitável realçar que os cenários que encontramos no presente estudo, revelam uma transformação no sentido de uma modernização da estrutura familiar. Na sociedade portuguesa, até há algumas décadas, ter filhos era considerado um fim prioritário. Porém, actualmente, já não se impõe como tal evidência graças à contracepção moderna porque, cada vez mais, se verifica a presença de um processo que abrange diferentes decisões, desde a descendência ao calendário da fecundidade, bem como à negociação entre ter ou não ter filhos (Almeida, 2004; Cunha, 2007). Assim, *a dimensão mais do que a estrutura do grupo doméstico é interessante porque é reveladora de uma certa forma de organização,*

regularizando a transmissão de práticas e dos valores culturais, articulando família e trabalho, família e poder, família e haveres (Segalen, 1987, 41). Nos contextos sociais em estudo, a família de origem continua a ter um papel importante na construção de uma nova família. Na esteira de Leandro (2001b), a família incute nos seus membros formas de sentir, pensar e agir, tornando-os seres sociais. Deste modo, junto dos seus membros, a família cumpre funções distintas que permitem garantir a estabilidade e a saúde física e mental. Assim, a família cumpre um lugar de relevo, na transição para a parentalidade, desempenhando um suporte fundamental da nova família em formação. Não podemos esquecer que a grávida exhibe, por um lado, todo um conjunto de relações socioculturais fabricadas no ambiente familiar e, por outro, manifesta a influência do meio social onde vive, avolumando, assim, uma bagagem de saberes, costumes, práticas e atitudes relacionadas com o processo gravídico-puerperal. Vejamos, então, nos parágrafos que se seguem, o papel da família quando surge um nascimento no seu seio, dado que a gravidez, o parto e o puerpério são considerados momentos importantes para testar o papel das solidariedades primárias na manutenção do bem-estar familiar.

1.2. O papel da família durante o ciclo gravídico-puerperal

Antes de mais, importa recordar que todas as sociedades conferem à família a função de transmitir à sua prole os elementos culturais que se coadunam, juntamente com a capacidade de forjar atitudes e comportamentos relativos à saúde (Leandro, Rodrigues e Leandro, 2006). Além disso, as famílias constituem uma importante instância na promoção de saúde. *É aqui que começam por se forjar os hábitos alimentares e vestimentários, as regras de higiene, os horários de sono, as formas de lazer, a propensão ou evitamento de comportamentos de risco (...), bem como a qualidade das relações afectivas que circulam entre os seus membros, os sistemas de crenças que podem vir influenciar os comportamentos relativos à saúde, entre outros aspectos* (Leandro, Rodrigues e Leandro, 2006, 189).

Sabendo que é muito importante resolver os problemas que, de alguma forma, as preocupam, as mães entrevistadas para o nosso estudo recorrem, geralmente, aos saberes familiares no sentido de dar resposta a esses mesmos problemas. *O saber da mente camponesa é um saber pragmático, um saber de acção e não de abstracção, um saber que provém do fazer e do ver fazer, do acreditar e não o do sistematizar, experimentar e abstrair. O que convence é o resultado que se constata e não o debate hipotético*, refere Nunes (1997,

199). Frequentemente, ouvimos dizer que “antigamente não havia o que há hoje e que as grávidas valiam-se daquilo que tinham em casa, daquilo que as mães lhes transmitiam”. Os saberes das mulheres, extraídos da herança familiar, relacionam-se com uma herança colectiva, onde a diversidade das práticas de cada família lhes confere um estatuto idealizado. De facto, a herança dos saberes sobre os cuidados domésticos passa por linhagens familiares femininas e não por referências comunitárias (Saillant, 1999). Sabemos que através da sua cultura, a família pode ser uma influência poderosa no comportamento das pessoas porque testemunham um conjunto de práticas que perduram através do tempo.

Assim, dissecando o discurso das entrevistadas, apercebemo-nos da existência de uma categoria que diz respeito *ao papel da família ao longo dos nove meses de gravidez e no primeiro mês pós-parto* e que está relacionada com as subcategorias “família como produtora de cuidados” e “suporte familiar”. Já Cresson (1995, 46) sustentava que a família é *produtora de cuidados profanos e de suporte social*, embora nem todos os seus membros possam estar envolvidos da mesma forma neste processo, dado que, geralmente, são as mulheres que mais assumem estas dimensões. Neste estudo, estes aspectos foram perceptíveis em todos os contextos analisados, tanto no meio rural como no meio urbano.

1.2.1. A família produtora de cuidados

Da análise levada a efeito, constatámos que o processo de medicalização da gravidez tem acompanhado, de perto, a multiplicação de saberes e de normas biomédicas e sociais que, particularmente nos últimos anos, se tem feito sentir (Fortin e Le Gall, 2007). Não obstante termos constatado que cada um dos profissionais de saúde, como os intervenientes durante a gravidez, são portadores de um conjunto de conhecimentos, de normas e de práticas de cuidados verificámos também que, muitas das vezes, estes conhecimentos não são partilhados entre si e, muito menos, com as mulheres. O modelo biomédico levou a que os profissionais de saúde se preocupassem apenas com o corpo e descurassem outros aspectos determinantes do processo de saúde-doença, ou seja, dão grande ênfase aos aspectos fisiológicos em detrimento dos aspectos psicossociais da gravidez, do parto e da maternidade. Como já observámos no subcapítulo sobre a integração dos saberes familiares, podemos salientar que, muitas vezes, os saberes profanos são uma produção familiar pouco visível, ou mesmo, invisível aos olhos das enfermeiras especialistas, embora tenham sido considerados como essenciais para uma construção social complexa. *Les profanes sont les vrais «plus gros*

producteurs de soins», ils interviennent en temps réel, ils évitent ou retardent l'intervention des professionnels,(...). Mais comme ces soins sont «gratuits», ils sont beaucoup moins visibles (Hoffman, 2007, 82).

Na opinião das grávidas, a família é considerada, não somente como um auxiliar mas como um actor essencial no sistema de cuidados. Podemos mesmo dizer que viver em família permite, em parte, ter acesso a informações, a conselhos ou a injunções relativas à saúde. De igual modo, o ambiente social contribui para tornar a família consciente das suas responsabilidades para com a saúde das mulheres grávidas ou puérperas. Assim, a família *a la charge de produire des soins, non pas au sens médical (cure) mais au sens où elle constitue une ressource permettant d'assurer des actions de prévention ou de «care», terme décrivant l'ensemble des actions relationnelles, psychologiques, de confort de la personne souffrante, sans oublier les fonctions d'entretien de la vie (Vaguet, 2007, 132).* Deste modo, a família é vista pela grávida, não só como consumidora de cuidados mas, também, como geradora de saúde, ou, mesmo como produtora de cuidados de saúde, que são importantes para influenciar os hábitos de vida e os comportamentos ligados à sua saúde e à do seu filho. De facto, verificámos que normalmente as grávidas possuem um conjunto de conhecimentos e de práticas, adquiridos junto de familiares, com os quais compartilham as suas vidas e que vão aplicar às suas próprias necessidades. Os relatos das entrevistadas demonstram aquilo que Cresson (1995) assinala como o *travail domestique de santé* ou *travail sanitaire profane*. Neste domínio, incluímos a educação para a saúde da qual salientamos a transmissão de conselhos, de práticas, bem como um conjunto de regras e de hábitos para que a grávida, como membro efectivo da família, se mantenha em boa saúde ou, quando surpreendida pela doença ou alguma complicação, saiba como fazer face a estas situações. Para realçar esta vertente, apresentamos o seguinte relato de uma mulher que reside num concelho rural:

(...) agora que comecei a falar com a minha mãe sobre estas coisas, ela dá-me conselhos. Só que os conselhos dela são muito antigos, já tinham sido dados pela mãe dela, mas às vezes são de uma grande ajuda (Ester, 32 anos, unida de facto, 12º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

Burton-Jeangros (2006) afirma que as famílias são uma importante instância de prevenção da doença e educação para a saúde, instaurando diversas normas e regras que orientam os comportamentos sanitários. De tal forma que, do ponto de vista médico, a família constitui um lugar privado onde é responsável pela higiene, pela alimentação e pela segurança facilitando, deste modo, a preservação da saúde. Os dados demonstram que, como no passado, actualmente, a família continua a forjar diariamente soluções para fazer face aos perigos,

protegendo, deste modo, a saúde da mulher grávida. Neste caso, o trabalho doméstico fomentado no seio da família, contribui para garantir a produção da saúde dos seus membros, agenciando o seu bem-estar e o melhor nível de cuidados possíveis.

A minha mãe disse-me para ter calma, principalmente na altura do parto e para não beber bebidas alcoólicas e não fumar (Antónia, 30 anos, unida de facto, 6º de escolaridade, 1ª gravidez).

A fase pré-natal é o momento privilegiado para aprender e para transmitir as práticas e os saberes familiares. Durante este período, um novo ciclo de relações com o parentesco iniciam-se e as trocas de sociabilidade e de apoio vão se intensificar (Fortin e Le Gall, 2007). É de salientar que quando a grávida sente a necessidade de ser reconfortada ou tranquilizada, quase sempre recorre ao conforto do marido, da mãe, das irmãs ou da sogra. Fortin e Le Gall (2007) demonstram ainda que, mesmo com a família alargada, embora estando geograficamente distante, as trocas familiares persistem. Já Leandro (1995b), também evidenciou no seu estudo que os laços familiares desempenham um papel importante nas relações com o país de origem. Deste modo e a título de exemplo, podemos referir a transmissão de saberes familiares, quer por via internet ou via telefone, quer, até, através de visitas durante a gravidez mas, sobretudo, no primeiro mês após o parto. Assim, três das grávidas entrevistadas, duas das quais viviam em áreas predominantemente urbanas e uma numa área predominantemente rural, os progenitores encontram-se no estrangeiro (Suíça) ou no país de origem (Roménia e Rússia), mantinham contactos frequentes com os familiares que viviam no país de origem. Duas destas mulheres têm como grau de instrução a Licenciatura e uma outra o Ensino Secundário. Le Gall (2005) afirma que no caso das famílias imigrantes os meios de comunicação, como a internet e o telefone, permitem manter as relações familiares, mas também porque é uma forma do casal receber segurança sobre a evolução da gravidez e os cuidados a ter durante essa fase.

Neste momento não tenho cá família, mas por isso, (...), comunico com Internet com os meus familiares e a minha mãe diz-me “Já lhes destes banho, ...e há coisas que deves fazer...”, e então conseguimos falar das experiências lá da Roménia e dá para trocar opiniões (Bruna, 28 anos, casada, Licenciada, 2ª gravidez).

Se reflectirmos sobre a questão das novas tecnologias de informação, importa destacar a internet, que proporcionou profundas alterações na sociedade. As mudanças surgidas no âmbito dos processos de comunicação à distância foram capazes de maximizar as possibilidades de interacção entre as pessoas, tornando as redes de informação mais

produtivas e eficazes. *Bien que les mouvements migratoires et les échanges à distance ont préexisté à la modernité et à l'organisation politique des Etats-nations, les migrants conservant de tout temps des liens plus ou moins intenses et formels avec leurs lieux d'origine, à l'ère du numérique le transnationalisme migrant revêt des formes inédites, se transformant qualitativement* (Nedelcu, 2009, 68). Um dos aspectos é, sem dúvida, a reconfiguração dos espaços percebidos pela sociedade ou, melhor dizendo, a comunicação reduz as distâncias geográficas permitindo, conseqüentemente, uma aproximação entre os diferentes indivíduos. Contrariamente ao mencionado por Dufresne (2005), na abertura do Colóquio intitulado *Regards sur la diversité des familles*, que teve lugar no Québec, os meios de comunicação não destroem a família. Constatamos que no caso das famílias imigrantes, pelo contrário, os meios de comunicação, como a internet e o telefone, permitem manter a persistência da relação familiar e, deste modo, manter uma coesão dos laços familiares. As mulheres sentem-se, assim, menos isoladas. Os elementos mais empregados na internet continuam a ser o e-mail, o *messenger*, os *blogs* e o *skype*. Através destes, a mulher pode compartilhar as suas experiências e solicitar opiniões sobre um determinado assunto, como por exemplo, a gravidez ou os cuidados a ter com a criança recém-nascida. *Les avancées récentes des télécommunications numériques, associant internet et téléphonie mobile et conjuguant plusieurs formes d'expression (écrite, vocale et visuelle), permettent des communications comparables au face-à-face* (Nedelcu, 2009, 69). Assim, a distância entre os diferentes membros da família não são um obstáculo para a manutenção dos laços familiares.

De igual modo, verificámos que os saberes familiares transmitidos às mulheres dizem respeito tanto ao desenvolvimento da gravidez e do parto, como ao conhecimento de determinados mitos e crenças relacionados com proibições e prescrições durante a gravidez e, particularmente, no pós-parto. O estatuto social, a religião, o meio de origem (rural ou urbano) e a história pessoal e familiar, podem dar origem a crenças e a práticas susceptíveis de moldar a evolução da gravidez, do parto e do pós-parto, ou seja, podem influenciar a saúde da mãe e do recém-nascido (Fortin e Le Gall, 2007; Martins, 2007).

(...) *A minha mãe comparava muito a minha gravidez com a dela. Deu-me alguns conselhos, em termos de alimentação: alimentos que não se podem comer. Eu nunca tive desejos. Mas ela dizia sempre "Não desejas isto e aquilo". "Ah... porque na minha época se desejava isso a grávida tinha que satisfazer o seu desejo". Penso que é psicológico numas grávidas e noutras não* (Dina, 30 anos, casada, Licenciada, 1ª gravidez).

Fortin (2002) chegou mesmo a constatar que, no caso das primíparas, os saberes e as

práticas familiares detinham uma importância capital, permitindo fortalecer as relações sociais entre os diferentes membros. Dentro desta linha de pensamento, as gerações, na família, encontram-se e interagem de forma intensa, sendo considerada um espaço fundamental de trocas intergeracionais. Podemos afirmar que é o lugar da troca e da entreaajuda incondicional. Embora se encontrem expostas aos abalos e conquistas das sociedades modernas (*e.g.*, diminuição da fecundidade, longevidade das gerações, mobilidade geográfica e social), as solidariedades de parentesco são uma fonte inesgotável de entreaajuda. As famílias são, assim, um centro de solidariedade em que os seus membros estão sempre disponíveis para prestar ajuda, seja ela em termos materiais ou através de um simples apoio afectivo. Nos parágrafos seguintes, analisaremos melhor o suporte dado pela família durante todo o processo gravídico-*puerperal*.

1.2.2. O suporte familiar

A mulher que vive a situação de gravidez e a transição para a maternidade, necessita de um vínculo de suporte e de confiança que pode advir de pessoas que, de alguma forma, as marcam positivamente e que, deste modo, lhe proporcionam uma maior segurança para enfrentar as dificuldades surgidas durante todo este processo. Deste modo, o suporte familiar é indispensável para o bem-estar da saúde mental porque permite enfrentar as situações de *stress*, podendo reduzir o aparecimento do *distress* emocional ligado a factos da vida quotidiana (Martins, 2009). De forma geral, o suporte social é percebido como um vasto conjunto de vantagens emocionais, informativas e instrumentais, através das quais as interações e os relacionamentos interpessoais fomentam o bem-estar e a saúde dos indivíduos. Neste contexto, as relações familiares são fundamentais para enfrentar as dificuldades que surgem ao longo dos nove meses de gravidez e no pós-parto. Os diferentes elementos da família organizam-se a fim de formar uma rede de apoio para cuidar da mulher como grávida ou como puérpera. Assim, dos relatos sobressaíram três dimensões: o “apoio informativo”, o “apoio afectivo” e o “apoio instrumental”, onde incluímos, neste último, o apoio no cuidar. No que diz respeito à ajuda intergeracional, Attias-Donfut, Lapierre e Segalen (2002) salientaram a satisfação dos pais em ajudar os filhos prestando-lhes o apoio necessário no momento oportuno. De igual modo, estas autoras sublinham que este suporte tem apenas um benefício simbólico, com uma forte dimensão sentimental, porque as relações são desinteressadas, ou seja, não são feitas com um objectivo de troca. Todavia, relembremos,

o que observou Saillant (2000), que cuidar de uma pessoa próxima implica sentimentos de obrigação, uma preocupação constante de responsabilidade moral, mas, também, a partilha de experiências, exigindo, um conjunto de conhecimentos e de saberes.

Apoio informativo

Durante a gravidez, «o apoio informativo» verifica-se, essencialmente, no transmitir de conselhos sobre como “estar saudável”, bem como conselhos mais tradicionais relativos a crenças. Assim, destacámos as crenças relativas a interditos e a prescrições que já foram estudadas por vários investigadores (Joaquim, 1983; Couto, 1994; Collière, 2003; Canteiro, 2005; Martins, 2007). Na perspectiva de Collière (2003), a “informação” não pode ser considerada um saber. No entanto, esta contribui para a formação de todo um conjunto de saberes, uma vez que passa pela manifestação de um grupo com base em observações, experiências ou constatações. *Ces savoirs sont ce que les femmes savent déjà depuis des générations* (Saillant, 2000, 26). É, de facto, a partir dos saberes adquiridos pela experiência, que os familiares vão transmitir um conjunto de “maneiras de fazer” (Collière, 2003). Vejamos algumas narrativas:

Normalmente as pessoas mais antigas, a minha mãe, a minha sogra e as minhas tias deram-me os conselhos, que davam antigamente. Não sei se pode ser disparatado, mas, “Não cheirar flores, porque o bebé nasce com a flor”, “Não chegar tesouras, metais, objectos cortantes ao pé da barriga, chaves, coisas assim”, “quando o bebé nascer não se pode deitar as comidas ao lixo, podem ser comidas por animais e depois ficar sem leite”. Cheirar flores evito, porque realmente vêm-se marcas que surgem nas pessoas que dizem que vêm por aí. Então, eu evito, pelo menos, não sei se acredito realmente, mas por uma questão de prevenção, evito fazer isso (Aurora, 26 anos, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Sim, desde o momento que eles [familiares] sabem que se está grávida, tentam dar muitos conselhos. Eles dizem “cuidado com isto, com aquilo, não faças isto”... Por exemplo, quando engravidei disseram-me para evitar comer laranjas, tangerinas porque o bebé ia nascer amarelo. (...) Então eu comia, mas menos. E o não cheirar flores porque ele vai nascer com uma manchinha. Se é verdade ou não eu não sei (Catarina, 27 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

As crenças sobre o que a mulher “deve” ou “não deve” fazer durante a gravidez, explicam-se pelo facto dos dois corpos, mãe e filho, se encontrarem em simbiose. O corpo do feto é considerado um corpo dependente da mãe. Desta forma, *todos os actos, pensamentos, desejos, sentimentos da mãe neste período poder-se-ão materializar sobre a forma de marcas*

ou de sinais no corpo da criança, onde a sua forma ou a sua não forma deles dependem (Joaquim, 1983, 50). Neste sentido, encontramos inúmeras referências a proibições ligadas ao contacto e ao uso de determinados objectos durante a fase de gravidez (*exempli gratia*, chaves, fios, cordas), na convicção de que qualquer contacto ou uso provocaria malformações no feto ou nasceria com o cordão enrolado no pescoço. O contacto com flores é também uma crença bastante difundida e muito praticada nos três concelhos em estudo. Se as grávidas as cheirarem, as crianças nascem com “sinais” (Joaquim, 1983; Fontes, 1992; Couto, 1994; Nunes, 1997, Martins, 2007). Normalmente, a flor mais destacada é a rosa, aparecendo como *a rainha das flores*. O simples acto da grávida colher esta flor, provocará o aparecimento de uma “flor no bebé”. Da mesma forma, muitos dos interditos alimentares que as grávidas têm que cumprir, estão ligados ao medo de provocar alterações nas crianças. Neste contexto, por exemplo, a grávida não deve comer lebre, coelho ou polvo, porque a criança pode nascer com a forma ou aspecto do animal (Joaquim, 1983) ou laranjas porque a criança, quando nascer fica com a pele cor de laranja. Jacques (2004, 225) indica as bases de contágio e de similitude para explicar as proibições alimentares. *La loi de la contagion peut être resumée par l'énoncé suivant: ce qui a été en contact restera en contact*. Isto é, o alimento ingerido tem propriedades imaginárias, como as propriedades físicas, as comportamentais e/ou as morais, que vão transformar o corpo da mulher grávida e do feto. *De même, en vertu de la loi de similitude, les choses sont ce qu'elles semblent être, ce qui semble répugnant est répugnant*. Podemos assim concluir que estas crenças têm uma função mágica simpática. “Somos o que nós comemos” é a fórmula fulcral desta teoria mágica simpática. Assim, a futura mãe tem de seleccionar cuidadosamente a sua alimentação em função dos efeitos positivos ou negativos que os alimentos acarretam para o feto, com o objectivo de “confeccionar um bebé belo e saudável” refere Pourchez (2002).

Em suma, podemos sustentar que toda a gama de proibições visam, por um lado, esboçar uma tentativa para controlar os perigos relacionados com o processo de reprodução e, por outro, proteger o feto, assim como promover a integração da criança como membro pleno da sociedade, reflectindo uma preocupação acerca da simbiose mãe/criança. Perante os riscos que podem advir para o feto, os saberes transmitidos dão ênfase à responsabilidade das mães em proteger a saúde da criança que portam no seu ventre. Joaquim (2006) afirma que a mulher durante a gravidez fica submetida a regras diferentes porque tem um estatuto diferente, o “estatuto de grávida”, dizemos nós, *assegurar a continuidade da vida e fazer recuar a morte* sustentava Collière (2003, 66). No que se relaciona com as prescrições, as grávidas que não satisfaçam os seus desejos alimentares, arriscam-se a que os filhos nasçam

com a boca aberta e com o cabelo espetado, ou melhor, que *nasçam ougados*. Noutra perspectiva, os desejos da mulher grávida necessitam de ser atendidos para que a criança não morra no ventre da mãe. Deste modo, a alimentação cuidada que a mulher tem que seguir durante a gravidez, tem como objectivo principal facilitar o trabalho de parto e perspectivar o nascimento de uma criança vigorosa, saudável e inteligente.

Os conselhos recebidos durante a gravidez, não estão apenas relacionados com mitos ou crenças, também estão relacionados com ensinamentos referentes a cuidados específicos para manter uma gravidez calma e saudável, como não se enervar, adoptar uma alimentação equilibrada e hábitos de vida saudáveis: não fumar, não beber álcool ou não fazer esforços. Porém, a informação que foi transmitida com maior frequência, foi o de evitar esforços para prevenir o aparecimento de complicações como hemorragias, abortamentos ou partos pré-termo. Explicar como é o parto e como se deve proceder, é uma outra informação que as grávidas recebem frequentemente. Nestas situações, as mães ou as irmãs tentam comparar a gravidez actual com as suas próprias gravidezes. No caso das grávidas serem bastante jovens, independentemente de residirem em áreas urbanas ou rurais, as mães alertam para a responsabilidade de “se tornar mãe” e de “saber cuidar da criança” que está no ventre, especificando alguns conselhos, como, por exemplo, abandonar a vida nocturna em discotecas adoptando uma vida mais calma.

A minha mãe tentou ensinar-me a ter uma maior responsabilidade, porque ter um filho não é assim uma coisa que venha e passe. Fica para toda a vida (Lúcia, 18 anos, solteira, 9º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Sabemos que o nascimento é, historicamente, um evento e um fenómeno mobilizador da sociedade e da família, que esta celebra este momento como um dos acontecimentos mais importantes da vida, ao qual estão associados infinitos significados culturais (Odent, 2000; Collière, 2003; Jacques, 2007), que envolvem todo o processo de nascimento, incluindo o puerpério. *Na simbólica da vida e da morte o nascimento assume o significado singular de tudo o que é único: tal como se morre uma só vez, só se nasce uma vez em cada existência. (...). Daqui resulta que, para se propiciar um bom nascimento, se recorra a um vasto rol de práticas, crenças e significações simbólicas mais ou menos ritualizadas que tomam como objectos a geração, o parto e a criação das crianças, cuja coerência se identifica com os fundamentos lógicos da magia simpática* (Neves, 1994, 51-52).

Neste âmbito, o puerpério é encarado como um período de resguardo porque engloba vários estadios que concedem à mãe uma representação de perigo de ordem sobrenatural,

sendo uma época especialmente perigosa para a mulher (Silva, 1995; Mendes, Coelho e Calvo 2006). As várias proibições para a puérpera têm um significado de protecção e de prevenção. Silva (1995) salienta que o puerpério integra uma etapa de entrada gradual na vida social dita “normal”, da qual a mulher conquistou a regalia de se libertar durante a gravidez. Culturalmente, prevalecem os cuidados de higiene com o corpo da puérpera. Assim, durante o pós-parto, a família continua a desempenhar um papel informativo. A família também cuida com base nas suas experiências e nos conhecimentos populares (Mendes, Coelho e Calvo, 2006). As informações recebidas visam particularmente o “auto-cuidado da mulher” e os “cuidados ao recém-nascido”. Igualmente constatámos que os conselhos “oferecidos” incidem, sobretudo, sobre a integridade física da mãe e representam medidas de protecção.

Neste contexto, a puérpera não deve expor-se a ambientes frios, como ventos, não apanhar sol nem humidades, para não ficar doente ou ter qualquer complicação. Do mesmo modo, a mãe tem de ser “poupada” de actividades pesadas evitando os esforços físicos durante o “mês de cama”. Pina Cabral (1989) relevou o facto da mulher necessitar de ficar um mês de cama para se repousar dos nove meses de gravidez e do trabalho de dar à luz. Este tempo equivalia ao período de liminalidade ligado ao termo da gravidez e à vinda ao mundo de mais uma criança, durante o qual a parturiente ficava impura.

Nesta perspectiva, é de salientar que durante o período menstrual e durante a gravidez, já existia o receio “do sol subir à cabeça”. Sendo o regimento [puerpério] contemplado como período de menstruação mais prolongado, os cuidados para não apanhar sol, nem humidade, têm que ser intensificados (Silva, 1995). É de lembrar, ainda, que existe uma visão sobre o corpo da mulher que está directamente ligada ao sangue menstrual. Na óptica da medicina hipocrática, a menstruação actuava como uma espécie de “sangria natural” que regravava os humores do corpo temendo-se o seu excesso, bem como a sua falta (Joaquim, 2006). *Todo o cuidado é pouco*, dizia a nossa avó. O resguardo era uma forma de se proteger contra doenças que poderiam surgir nesta fase, bem como, ao longo da sua vida, principalmente na fase do climatério e da menopausa. Na verdade, estas crenças constituíam uma forma de prevenir a inversão do fluxo sanguíneo porque, caso contrário, este poderia “subir à cabeça”. Era uma forma de promover a saúde física e mental da mulher. Observemos, em pormenor, as seguintes histórias narradas pelas mulheres entrevistadas e residentes em áreas rurais:

Durante os três meses após o parto, a mulher caracteriza-se pelos três “p”: preguiçosa, porca e...já não me recorda da outra. Por isso, não se pode lavar, deve comer muito e bom frango, muito e bom vinho, e preguiçosa porque não pode fazer nada durante este tempo (...) (Joana, 25 anos, unida

de facto, 9º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Cheguei a ir pintar o cabelo, mas estavam lá umas senhoras e disseram-me que fazia mal lavar e pintar o cabelo, podia subir o parto à cabeça. Pus-me a pensar e vim logo embora. Já, não fiz nada. (...) Não arrisquei (Albertina, 21 anos, casada, 6º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Não se deve lavar durante um mês a cabeça, porque diziam que a gente podia ficar parálitica . Como estava tudo aberto poderia ser isso. E eu não lavei. O lavar roupa também faz mal. Dizem que não é bom quando se tem uma criança ir lavar para o tanque, (...), para um dia não sofrer dos ossos. Pelo menos era o que a minha mãe me dizia quando eu tive os meus filhos (Helena, 26 anos, casada, 6º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

Os cuidados com a alimentação também foram muito valorizados. Estes indicavam a qualidade, mas, também, a protecção do recém-nascido contra determinadas complicações (e.g., cólicas). A “famosa canja de galinha” continua a estar em voga, sendo ainda consumida com alguma frequência. Notamos que, ao longo dos tempos, a galinha foi um alimento de fácil acessibilidade, leve e bastante rico em nutrientes e que era consumido, independentemente da pessoa ter ou não posses económicas. Gélis (2004) refere que os alimentos oferecidos, considerados como simbólicos, fazem parte de um ritual com o objectivo da puérpera recuperar das forças do parto (*remplir un vide*). Helman (1994) contava que os alimentos frios eram proibidos durante o período de resguardo para não interromper o fluxo sanguíneo e, deste modo, voltar novamente para o corpo, provocando insanidade mental (a depressão pós-parto). Examinemos as seguintes narrativas:

A minha mãe e a minha sogra falaram-me de alguns cuidados para ter neste mês de cama. Para comer muita galinha, cozida, para comer muita canja, disseram (...) um mês de cama mal curado só outro parto é que o cura. Este mês tinha que ter muito cuidado e repouso. E não me enervar. Muita comida boa. Muita canjinha. (Leonor, 31 anos, casada, 6º ano de escolaridade, 3ª gravidez).

Quando vier a cabeça do parto [menstruação] deve comer uma canja de galinha caseira porque a gordura da galinha limpa o sangue. A gordura faz limpar a barriga (...) (Amélia, 25 anos, casada, 9º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

As informações recolhidas dão ênfase aos benefícios da criança ser alimentada com leite materno. Os cuidados a ter com os alimentos têm por finalidade “produzir uma quantidade adequada de leite” para amamentar eficazmente o seu filho, com o intuito de promover um adequado desenvolvimento estaturó-ponderal, mas, também, com o objectivo de prevenir o aparecimento de cólicas. Os alimentos preceituados pelas mães para incentivar a

produção de leite, incluem o consumo de alguns peixes, como a sardinha e o bacalhau. No entanto, determinados alimentos são proibidos porque são “muito fortes” e produzem cólicas, quer na mãe, quer na criança, *exempli gratia*, o feijão e a couve. O vinagre também não é aconselhado porque faz “azedar o leite da mãe”. Contemplemos os seguintes trechos:

A minha mãe disse-me para comer muito bacalhau e muitos bifes porque faz muito bem. Mas, o bacalhau, eu sinto que é verdade, porque se eu comer um bocadinho de bacalhau, naquela noite eu tenho mais leite. Começa a picar os bicos e os peitos a ficarem mais cheios (Amália, 27 anos, casada, 6º ano de escolaridade, 4ª gravidez).

Para ter mais leite, eu devo comer sardinhas e bacalhau. Comprar as sardinhas, lavá-las e depois assar ou fritar (...) Dizem que é bom quando uma mãe tem uma criança, não fazer grandes trabalhos, esforços. Não comer saladas, por causa do vinagre. Porque o vinagre azeda o leite e faz mal ao bebé. Pode-se comer com umas gotinhas de limão (Helena, 26 anos, casada, 6º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

Contudo, não podemos deixar de denunciar a existência de algumas crenças que podem ser prejudiciais para o recém-nascido. O ingerir bebidas alcoólicas, como o vinho ou a cerveja, com o objectivo de produzir muito leite, perdura ainda na mente de algumas mulheres. Estes aspectos têm que ser muito bem trabalhados no âmbito da vigilância pré-natal pela enfermeira especialista.

Relativamente à amamentação dizem que é muito bom beber um bocadinho de vinho com açúcar e uma côdea de pão quente dentro. (...) Vinho com açúcar, eu não gosto de álcool mas bebi um bocadinho só para fazer a vontade (...) (Amélia, 25 anos, casada, 9º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

A minha mãe diz que um bocadinho de vinho faz muito bem...Bebi, um bocadinho. Com açúcar enjoo um bocadinho. Os meus sogros têm vinho tinto e então eu tenho bebido sempre um bocadinho... (Amália, 27 anos, casada, 6º ano de escolaridade, 4ª gravidez).

Verificámos, ainda, que a generalidade das mulheres, quer as residentes em áreas rurais, quer as residentes em áreas urbanas, a quem foram dadas explicações racionais pela enfermeira especialista sobre os efeitos das bebidas alcoólicas, quer no feto, quer no recém-nascido, sendo, por isso, aconselhadas a não beber, souberam filtrar esta crença não aderindo ao seu conteúdo e optando por outras bebidas mais saudáveis, como a água ou os sumos naturais, e sempre em quantidades adequadas.

No período em análise, as mulheres entrevistadas também receberam conselhos por

parte dos familiares, associados à prevenção de complicações, designadamente, como evitar a “perda de leite”, ou o aparecimento de algumas doenças, como, por exemplo, a epilepsia. Estes conselhos estão relacionados com saberes tradicionais transmitidos de geração em geração como forma de obter conforto e bem-estar. Veja-se, a título de exemplo, o facto de se lavar o resto dos alimentos que sobraram no prato da mãe, ou não poder comer, nem beber, enquanto a criança estiver a mamar.

Quando estiver a dar de mamar não posso estar a dar por cima de um rego de água ou de uma ponte que tenha água porque pode dar a gota ao bebé. A gota é os ataques epiléticos. Também não posso comer nem beber porque pode dar ataques ao bebé. Se a gente vir, que mesmo, assim dá esses ataques, temos que queimar a primeira roupa que a pessoa tiver, porque é bom. Dizem que evita ter esses ataques. (...) Eu, por acaso isso, também ouvi no hospital. Uma senhora de Barcelos também me disse quando estiveres a dar de mamar nunca bebas porque pode dar a gota. (...) (Amélia, 25 anos, casada, 9º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Sim, diziam para deitar água nos restos, dizem que por causa de não perder o leite, os restos poderiam ser comidos por animais que estejam grávidas e então o nosso leite secava. Eu faço isso, sinceramente não acredito muito, mas faço. É uma precaução, mais vale prevenir do que remediar. E eu vou fazendo isso, pelo menos acho que fico mais tranquila (Aurora, 26 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Em resumo, não podemos ignorar que a existência destas crenças estão interligadas com a força das mentalidades, sobretudo, quando se trata de superstições que têm a ver com prejuízos para a vida e, ainda mais, com tudo o que se relaciona com a vida da criança (bom desenvolvimento embrionário e fetal) e o medo que lhe está associado mas, também, devido ao facto das pessoas não dominarem os imponderáveis da vida. Neste caso, não é a racionalidade que predomina nas mentes das mulheres, mas antes, a insegurança, bem como um certo misticismo e receio do mágico. Assim, podemos sustentar que todas as informações recebidas são entendidas como uma forma de valorizar o nascimento e a vida. As mulheres entrevistadas raramente sabem qual o significado destas crenças sobre o seu corpo. Contudo, têm a certeza que os cuidados preconizados permitem a manutenção da sua saúde e da saúde do seu filho. Daí que optem, quase sempre, por adoptar comportamentos em consonância com essas crenças.

Comparando os relatos, verificámos que as mulheres que vivem em contextos sociais rurais ou que possuem familiares que viveram nestes contextos, a maior parte da sua vida, (mesmo que residam em áreas urbanas) nos inventariaram um maior número de crenças

ligadas ao processo de nascimento. Essas mulheres aderem, com maior facilidade, ao conteúdo dessas crenças porque *mais vale prevenir do que remediar*. Desta forma, muitas destas mães possuem um conjunto de conhecimentos e de práticas que aplicam às necessidades relativas do seu filho, bem como ao seu auto-cuidado no pós-parto, seguindo os conselhos dados pela família. Os “bons comportamentos” da grávida são perfeitamente socializados, sentindo as mulheres a obrigação de os adotar. No entanto, apesar de terem recebido informações que podem ser prejudiciais, as mulheres com um grau de instrução mais elevado, que residem em áreas urbanas e que foram sujeitas aos ensinamentos realizados pela enfermeira especialista durante a gravidez, conseguem filtrar essas crenças, não aderindo aos seus conteúdos.

Apoio afectivo

O «apoio afectivo» também foi descrito como sendo imprescindível para o bem-estar das famílias. No seu estudo, Portugal (2007, 43) confessa que a *importância afectiva e instrumental da família assenta na certeza de que os seus membros partilham uma mesma noção de “como deve ser”*. *O que as entrevistas mostram é a prevalência, nas representações dos indivíduos, de uma obrigação familiar de “cuidar dos seus”*. Deste modo, afirmamos que, durante a gravidez, a mulher necessita de um maior apoio e um carinho mais efectivo. Durante o trabalho de parto e o parto, o apoio emocional configura-se mediante o aproximar da parturiente de forma carinhosa, verbalizando palavras de encorajamento e reconfortantes elogios. Sendo o puerpério uma fase de intensas mudanças biopsicosociais na vida da mulher e família, surgem, frequentemente, problemas relacionados com a dificuldade em satisfazer as necessidades de sono e de repouso, bem como as necessidades do seu filho. Neste campo, o ambiente familiar e a qualidade das relações vão, de algum modo, influenciar os comportamentos da mulher, uma vez que lhe traz sensação de segurança e de conforto. No centro da rede de agentes que delinea as relações fortes, está como principal apoio, o marido e, em segundo lugar, a mãe. Estas são, realmente, figuras com grande interferência nas trajectórias de vida. Os laços entre as gerações são fundados sobre a afeição, o carinho e o amor. Hoje, a sociedade reconhece e valoriza a expressão de sentimentos muito para além da pequena infância e da maternidade (Attias-Donfut, Lapierre e Segalen, 2002).

Os tempos modernos têm exigido das pessoas uma nova forma de relacionamento, investindo intensamente na dimensão afectiva. Papéis que, outrora, eram exclusivamente femininos ou masculinos, são agora exercidos sem distinção de género, quer no trabalho e nos

relacionamentos, quer ainda na gravidez e na vivência da maternidade e paternidade. No passado, o papel do homem reduzia-se à concepção. Este acompanhava a gravidez de um modo distante, não partilhando as vivências nem ajudando a grávida. Actualmente, o marido/companheiro também participa, de forma efectiva, no planeamento da gravidez, do parto e da parentalidade. Alguns, principalmente os que vivem em áreas urbanas, participam mesmo nas consultas e nos cursos de preparação para o parto. Constatamos, ainda que, quase todos assistem à realização das ecografias. Neste estudo, o marido ou pai da criança, foi muitas vezes citado pelas grávidas como sendo aquele que ouve as queixas, compartilha sentimentos e dá atenção. Este apoio prestado é considerado fundamental para o bem-estar da família durante este período. *Le père engagé fournit gratuitement un soutien social, affectif, psychologique et économique non seulement aux personnes qui vivent sous son toit, mais aussi à des parents, amis, voisins et membres d'organismes bénévoles. Ainsi, la majorité des familles ont dans leur entourage des personnes sur lesquelles elles peuvent compter pour les aider et en retour constituent une source d'aide pour d'autres* (Dullac, 2005, s.p.).

Tive uma grande ajuda [fazendo referencia ao marido], sem dúvida, física, emocional, tudo. É um ótimo apoio. Você não se sente sozinha (Daniela, 30 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

O meu marido dizia para eu ter um bocado de calma. “Olha, não chores”, porque eu chorava, chorava por ter de lá deixá-lo [recém-nascido ficou internado na neonatologia] (Leonor, 31 anos, casada, 6º ano de escolaridade, 3ª gravidez).

Sendo assim, pela voz das entrevistadas, notámos que o apoio dado pelo marido/companheiro abarca, também, acções do tipo: estar mais presente e disponível, conversar e acalmar a esposa/companheira, elogiar as modificações que surgem no seu corpo, bem como ser mais complacente. Neste contexto, podemos afirmar que há uma partilha das preocupações e das diversas experiências.

No trecho que a seguir apresentamos, podemos avaliar como a falta de uma mãe, neste caso por falecimento, pode converter-se na vivência de uma situação triste e difícil de ultrapassar. *Um duro golpe nos esquemas de suporte à existência* salientam Diogo e Roque (2006, 163). No estudo realizado por estes autores, a mãe é a figura, mais, referida nas biografias tendo, conseqüentemente, uma intervenção essencial nas trajectórias de vida. É, de facto, um suporte de apoio no quotidiano de cada pessoa. Este caso foi-nos apresentado por uma mulher que vivia numa área mediantemente urbana no concelho de Vieira do Minho.

Eu só tinha o meu marido e, às vezes, uma prima minha que vinha cá nos tempos livres. De resto, estava sozinha durante o dia. Não tenho assim muita gente para me ajudar. Chorei muito [as lágrimas nos olhos] porque quando foi da outra minha filha ainda tinha a minha mãe viva e eu fui para lá, para a casa dela e ela fazia tudo. Agora, não tenho nada disso. Lembrei-me tantas vezes da minha mãe, sinto-me tão sozinha (Inês, 35 anos, casada, 6º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

Não obstante, os resultados especificam quatro situações em que não houve qualquer tipo de apoio afectivo da família de origem. A existência de conflitos familiares relacionados com a não-aceitação do relacionamento do casal, foi motivo para explicar a ausência de relações entre o casal e os restantes elementos da família: duas das mulheres são casadas, uma é divorciada e outra é solteira. Destas quatro mulheres, três vivem em áreas urbanas e, apenas uma, habita numa área rural. Verificamos que estes conflitos interferiram profundamente nas vivências da gravidez, do parto e do pós-parto.

Assim, podemos constatar que família contemporânea investe, cada vez mais, na qualidade das relações interpessoais e no afectivo. Neste sentido, assume importância a asserção de Leandro (2001b, 137) segundo a qual *o relacional afectivo na esfera parental e o amoroso na esfera conjugal, ocupam um lugar primordial na família contemporânea, pelo que não é apenas uma estrutura mas também uma enseada onde se encontra abrigo, calor e carinho personalizado*. Nesta perspectiva, existe uma certa solidariedade doméstica porque a família valoriza a dimensão relacional, afectiva e sentimental. Nestas circunstâncias, o apoio através da companhia é bastante importante, na medida que a mulher se sente amparada e segura sentindo-se, deste modo, capacitada para ser a mulher/mãe para o desempenho, bem sucedido, da maternidade. Se a família é importante para efectuar visitas, trocas e ajudas, não é só porque representa um lugar de afectos, de confiança e de pertença.

Apoio instrumental

A família continua a fornecer à mulher «apoio instrumental ou material» durante esta fase da sua vida. Durante a gravidez, os maridos/companheiros parecem ajustar-se às condições da grávida. Alguns colaboram em determinadas tarefas como: cozinhar, lavar roupa, passar a ferro, ir às compras e executar outras tarefas associadas à exigência de um maior esforço físico, embora alguns dados se relacionem com as crenças populares onde a mulher “não deve fazer esforços para não provocar complicações no filho”. Foi no primeiro mês após o parto que este apoio foi verbalizado com maior frequência. O suporte instrumental está relacionado com o auxílio na realização de tarefas, nomeadamente nas tarefas da lida

doméstica: arrumar a casa, confeccionar as refeições e cuidar da mãe e da criança. Não podemos esquecer que a situação de cansaço em que a mulher se encontra (e.g., parto recente, presença de dor, dificuldade em dormir), complica o desempenho e a realização de tarefas domésticas. Assim, os relatos demonstram uma reconfiguração no interior do espaço doméstico. O apoio recebido tem um papel importante na adaptação à maternidade e na aprendizagem de alguns procedimentos. Os pais são considerados ajudantes naturais (Dullac, 2005).

Verificamos, no entanto, que a ajuda do marido é mais intensa em áreas predominantemente ou mediantemente urbanas. Em contextos mais rurais, esse papel fica mais destinado à mãe ou, em alguns casos, à sogra da grávida. Não podemos esquecer os passados contextos sociais do nosso país a que Leandro (1995b) faz referência, no seu estudo, frisando que os homens que ajudavam as mulheres na lida doméstica e nos cuidados às crianças eram mal vistos e demonstravam a incompetência da mulher, cujo papel era de conceber, alimentar e proteger a família. Também não podemos esquecer que, mais recentemente, a legislação portuguesa protege a parentalidade, dando ao pai, entre outros benefícios, a possibilidade de usufruir de 10 dias úteis obrigatórios, dos quais 5 dias devem ser gozados imediatamente após o nascimento de filho e 5 dias, seguidos ou interpolados, que devem ser gozados nos 30 dias seguintes ao nascimento de filho. O tempo concedido pode ser uma forma de os homens estarem mais presentes e contribuírem, mais activamente, no suporte instrumental. Observamos os seguintes testemunhos:

Num primeiro tempo, foi o meu marido que ficou em casa. Nos 15 primeiros dias. Ele cozinha e arranja-se muito bem em casa. Já está habituado. Ele faz porque já fazia antes, já não era novidade (Amália, 27 anos, casada, 6º ano de escolaridade, 4ª gravidez).

A minha mãe ajudou na cozinha, a arrumar e a passar a ferro. Porque como na altura ganhei uma infecção, estive muito tempo deitada e ela veio também para me auxiliar. Essa ajuda foi ótima, se não fosse ela não sei como seria. O meu marido, por mais que quisesse fazer as coisas, também há coisas que ele não sabia fazer, então, ela tratou do resto. Ele também colaborou (...) (Estela, 23 anos, casada, Licenciatura, 2ª gravidez).

No caso dos casais terem outros filhos pequenos, os pais também cuidam destes, dando-lhes banho, brincando e acompanhando-os à escola ou às actividades de lazer. Os homens tornam-se mais presentes e participativos durante este período. A este propósito Joaquim (2006, 18) explica a existência de partilha da maternidade com o lado masculino. *De certa maneira, o encontro de novos rostos e modos diferentes de pegar e de cuidar:*

atravessar a vida e ajudar a atravessá-la é, de certo modo, para cada um de nós, construir um rosto, dar-lhe uma face singular onde outros se cruzam e se reconhecem.

Recorri ao meu marido. Aproveitávamos para dormir intercalados, quando estava na hora de a pôr enxuta ou dar de mamar, ele dormia, e quando era para a pôr arrotar dormia eu. (...), porque é uma experiência que temos que ser nós a passar. Eu podia ter ido para a casa dos meus pais ou pedir a alguma das minhas irmãs ou a minha mãe para vir para cá uns dias, mas é uma experiência que para além de ser difícil, é uma responsabilidade e temos que ser os dois a ultrapassar essas barreirinhas. A minha mãe ajudou-me na limpeza da casa, quando eu precisava ir a algum lado ela vinha sempre comigo, para estar com ela ou mesmo ajudar no que fosse preciso (Berta, 24 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Verificamos que, apesar dos nascimentos se darem em meio hospitalar, o nascimento continua a ser uma celebração da vida que mobiliza quase toda a família em torno da assistência dedicada ao novo ser. Após a saída da maternidade, as mães, ou sogras, continuam a participar com as suas experiências, assumindo, frequentemente, os cuidados aos recém-nascidos. Pensemos no primeiro banho em casa, nos cuidados com o coto umbilical, nas medidas para minimizar as cólicas, bem como noutra tipo de cuidados mais específicos, e vemos o envolvimento da mãe ou da sogra. Nas últimas décadas, diversos estudos realizados por eminentes autores, quer no âmbito nacional quer no âmbito internacional (*e.g.*, Segalen, 1987; Kaufmann, 1996; Nunes, 1997; Leandro, 2001a; Almeida, 2004), vieram evidenciar o envolvimento da mulher/mãe nos cuidados ligados com a saúde e com a doença.

Tive ajuda da minha mãe, principalmente nas primeiras duas semanas. Estava constantemente lá em casa a ajudar-me. Na primeira semana, foi ela que lhe deu os banhos porque eu não tinha tanta experiência (Aurora, 26 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Ajudaram-me no cuidar do bebé (...) Eu só dava de mamar (...) As pessoas acabavam para cuidar do resto, mudar a fralda, abaná-lo se estivesse a chorar (...) Eu só cuidava mesmo de mim. Se não tivesse apoio dela [mãe] eu não conseguia. Foi um apoio muito importante, mesmo. É por isso, que eu acho quando uma pessoa está sozinha numa casa e não tem ninguém por perto deve ser muito complicado (Catarina, 27 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Sobre um outro prisma, constatámos a importância do suporte ou apoio no «cuidar do bebé», frequentemente assente em tradições. As tradições difundidas de geração em geração, revelam várias menções a gestos, a práticas e a crenças que se incrementam em volta das crianças, tendo em vista a sua integração na comunidade (Sarmiento, 1999). A título de exemplo, realçámos o banho do recém-nascido que ainda é muito importante e está

relacionado com o simbolismo da água, uma vez que é através dela que se processa a entrada na vida social e que se eliminam as impurezas do corpo do recém-nascido (Joaquim, 1983; Neves, 1994; Canteiro, 2005).

A minha mãe mete uma peça de ouro na água, que é para o bebé gostar de ouro, faz o sinal da cruz ao bebé antes de dar banho. Sempre. Todos os dias antes de dar banho, diz que é bom para a criança. Deita água do banho, na boquinha da criança, para o menino não ter medo ao tomar banho, para não chorar (...) (Amélia, 25 anos, casada, 9º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

A minha sogra deita água na boquinha da menina, para prevenir o mau-olhado. Depois, chegava cá fora com a água da bebé e dizia, “cu lavado contra o mau-olhado” e deitava a água pela estrada fora. A minha mãe também fazia isso. No fim do banho chegava cá fora ao caminho e deitava a água. Não se pode deitar a água na casa de banho porque o mau-olhado está na estrada, se não ficava na casa (Helena, 26 anos, casada, 6º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

Estas práticas estão não só ligadas à prevenção das forças do mal através da realização do sinal da cruz, mas também representam rituais de previsão de sorte, de riqueza e do que não é corruptível nem efémero, traduzido no uso do ouro. Estes dois casos que nos foram relatados, tiveram lugar, quer no meio rural, quer no meio urbano, embora nesta última situação, os pais da entrevistada tenham vivido num ambiente rural durante a maior parte da vida e, também, tenham praticado este ritual aquando dos nascimentos dos seus próprios filhos. Sendo assim, estas práticas são uma forma de influenciar a sorte, a protecção e o futuro da criança. Do mesmo modo, verificámos que estas mães têm um grau de instrução ao nível do 2º Ciclo.

Um dos instrumentos de uso corrente nestas crenças é o cordão umbilical. Comprovámos que um número significativo de mães (n=35 – 70%) queimou o coto umbilical quando este caiu. Se examinarmos este ritual pelos diferentes concelhos, comprovámos que é no concelho de Vila Verde que este ocorre com mais frequência (n=8 – 80%), seguindo-se o de Vieira do Minho (n=10 – 77%) e, por último, o Braga (n=17 – 67%). A razão desta prática está relacionada com uma crença muito conhecida que consiste em prevenir que a criança do sexo masculino se torne ladrão quando vier a ser adulto, ou se transforme numa “mulher da vida” se for do sexo feminino. À semelhança da prática do banho, esta também é, supostamente, uma forma de influenciar a vida futura da criança.

O coto quando caiu queimei-o. Dizem que não é bom deitá-lo fora. Se fosse apanhado por um rato poderia vir a ser ladrão, se fosse apanhado por uma galinha poderia vir a ser prostituta. Então, eu queimei-o. Peguei na embide, pus num cinzeiro e queimei-a. E, depois, a cinza deita-a fora. (Helena,

26 anos, casada, 6º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

Sendo assim, apesar das mutações culturais que se têm feito sentir um pouco por todo o país, deparamo-nos com um conjunto significativo de transmissões tradicionais, seguidas à risca, até como precauções especiais. Outras são de carácter periódico e mantidas até ao momento do baptizado como podemos observar no Quadro 30.

Quadro 30 – Precauções especiais com a criança

Saberes e práticas familiares	Efeito/Indicações
Evitar sair à rua com a criança sem cobrir a cara ou o corpo todo	Prevenir o aparecimento de doenças Evitar o mau-olhado ou feitiços
Evitar sair à noite até ao baptizado	
Se sair à noite tem que ser ao colo do pai e o pai deve cruzar os dedos	
Quando o pai sai de casa com o bebé tem de morder uma côdea de pão e colocar a côdea na criança	
Se o pai estiver ausente, a mãe deve retirar a aliança e colocá-la na criança entre a pele e a roupa interior ou então colocar uma peça do pai na criança	
A criança não pode entrar numa igreja	
Vestir uma peça de roupa interior da criança ao avesso	
A roupa da criança não deve apanhar o sereno ou orvalho da noite	
Não colocar a roupa do bebé a secar nos caminhos	
Colocar uma tesoura aberta debaixo do colchão onde a criança dorme	
Lavar a roupa à mão e não na máquina (esta é recente porque os electrodomésticos são recentes)	Prevenir o aparecimento ou tratar as cólicas abdominais
Não torcer a roupa da criança	
Dar chá de funcho	
Dar chá de cidreira ou de camomila	Acalmar a criança e prevenir as dores abdominais
Dar banho com camomila ou com tília	
Sair 3 horas por dia à rua para passear	
Se a criança está a ser alimentada ao biberão, lavar os biberões com sal	Prevenir as gastroenterites
Se a criança não dormir de noite (sono trocado), colocá-la ao contrário na cama (cabeça para os pés)	Tratar as insónias
Não deixar dormir o recém-nascido de dia	
Dar chá de hipericão	Problemas urinários (infecções)
Dar água ao bebé no final das mamadas	Evitar a desidratação
Andar com medalhas (anjinhos) ou até figas	Obter a protecção dos santos ou prevenir ou mau-olhado
Recomendar a criança a um santo ou rezar a nossa Senhora	
Colocar uma gota de leite do peito da mãe nos ouvidos	Tratar a dor de ouvidos

Fonte: Dados retirados das entrevistas realizadas por nós entre Fevereiro e Julho de 2007.

Através das suas vivências e trocas culturais, essas mulheres vão arquitectando o seu saber e o seu saber-fazer, revelando o modo especial de sentir e viver do grupo familiar no que se refere à saúde/doença. A interiorização destes saberes e as práticas consequentes são imprescindíveis para a promoção da saúde. Os depoimentos permitem reconhecer que as mulheres que participaram no estudo, sejam elas de áreas urbanas ou rurais, utilizam todo um conjunto de saberes e de práticas familiares, que podemos denominar de medicina caseira, como recurso complementar, ou alternativo, aos preconizados pelos profissionais de saúde no âmbito da consulta. Frequentemente, presenciamos que as mulheres que utilizam estas práticas e saberes familiares, preocupam-se com o dar resposta às suas necessidades imediatas, visando, também, acautelar o futuro e, não tanto, ter em conta a cientificidade dos recursos ao seu alcance.

Atentemos nestes dois relatos, o primeiro de uma mulher residente num meio rural e o segundo de uma mulher residente num meio urbano, como revelação-convicção dos saberes adquiridos:

A minha mãe falou-me que devia andar sempre com uma peça de roupa vestida ao contrário, encostada ao corpo. É por causa do mau-olhado e do mal de inveja. À noite, só deve sair no colo do pai porque não atrai os maus-olhados. Para já, não temos saído muito mas quando sair, será sempre no colo dele, até ao baptizado (Margarida, 22 anos, unida de facto, 6º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

(...) Não sair à noite com a criança sem o pai, durante o mês de cama. É tradição. A criança não deve apanhar o ar da noite. A roupinha não convém apanhar o orvalho da noite, (...) eu só lavei a roupa à mão e não torcia porque faz dores de barriga ao bebé, faz-lhe cólicas (Amélia, 25 anos, casada, 9º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Nos territórios em análise, prevalece a ideia do que o recém-nascido fica exposto a poderes maléficos porque o seu corpo está *aberto* (Leite Vasconcelos, 1980). Como refere Canteiro (2005, 174) *com o ritual do baptismo, para além da integração efectiva na sociedade, nomeadamente na comunidade religiosa, (...), há também o sentimento de cuidados redobrados*. Assim, a prática mais comum utilizada pelas mães é a da criança sair à noite ao colo do pai ou, então, sair com a cabeça coberta⁷⁷. Neste caso, o medo do mau-olhado, das bruxarias, do “olho grande”, bem como o medo da noite e do escuro, estão sempre

⁷⁷ O sair de casa com a criança sem a proteger também está relacionado com o não apanhar sol quente ou frio (sereno da noite). Tal explicação encontra justificação científica porque a temperatura ambiental muito alta ou muito baixa trás consequências no organismo da criança (hiper ou hipotermia, uma vez que, nos primeiros tempos o recém-nascido não é capaz de manter a temperatura corporal por calafrios (Burroughs, 1995).

presentes nas mentes de algumas mães. O cerimonial religioso do baptismo terá, então, um papel purificador e integrador para a alma, tal como o banho teve para o corpo. Simbolicamente, o recém-nascido é desapoderado da sua animalidade original, prosseguindo a sua humanização (Sarmiento, 1999). Na perspectiva de autores como, Cresson (1995) e Drulhe (1996), a coexistência entre a magia e a religião específica das medicinas antigas, quer de índole do saber e da ciência, quer populares, existe em todas as culturas e tem prevalecido até aos nossos dias. Reconhecemos, deste modo, nos depoimentos das grávidas dos três concelhos, que os rituais religiosos se afiguram como uma forma de protecção.

Por outro lado, constatamos que, cada vez mais, os profissionais de saúde têm necessidade de conviver com pessoas de diversas origens culturais, até em virtude de maior intensidade do fenómeno imigratório. Verificámos, assim que, no concelho de Braga, existem algumas práticas diferentes das realizadas noutros concelhos, mencionadas por mulheres de outras nacionalidades, sobretudo russas, mas que não foram abordadas no âmbito da consulta de vigilância pré-natal. Leininger (1984), enquanto teórica dos cuidados culturais, aconselha o conhecimento da cultura numa abordagem holística. Na sua perspectiva, o conhecimento da cultura representa um elo de ligação que permite interligar a teoria com a prática dos cuidados em enfermagem. A título de exemplo, salientamos as práticas relacionadas com passear frequentemente a criança, dar banhos com flores, ingerir chá de camomila ou de tília para o recém-nascido relaxar e dormir calmamente durante a noite. Estas práticas promovem o bem-estar da criança, da mãe e da família.

Ando com ela na rua a passear 3 horas por dia. É nossa tradição porque temos de dar para bebé ar puro. Faço isso, todos os dias. Hoje de manhã, já fomos andar hora e meia e agora à noite também, das 6 às 7 e meia todos os dias e depois começamos a preparar para tomar banho [banho de camomila ou de tília]. Assim o tempo passa e depois ela vai dormir. Dizem que não devemos deixar dormir de dia para poder dormir de noite. A minha filha normalmente dorme até às nove horas da manhã e depois até ao meio-dia ela não dorme. Depois ela come e depois da uma até às 3 eu deixo dormir, e depois vou acordá-la depois de dar a mama. E assim, não deixo dormir porque assim à noite ela dorme melhor (Ester, 32 anos, unida de facto, 12º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

Fazendo um balanço das ideias principais, salientamos que, em qualquer um dos concelhos em estudo, o papel das pessoas que integram o suporte social é indispensável para evitar factores geradores de ansiedade e de stress que podem acontecer no quotidiano, particularmente, em ocasiões em que se presenciam diversas alterações psicossociais e fisiológicas, como é o caso da gravidez, do parto e do pós-parto. De facto, as diversas formas de suportes recebidas (suporte informal, afectivo e instrumental) são essenciais para manter a

qualidade de vida e a saúde mental das mulheres, bem como para enfrentar, de forma adequada, a nova situação de ser mãe, aumentando os seus níveis de autoconfiança. Não podemos esquecer que, em períodos de transição provenientes do nascimento de um filho, a adaptação da família resulta, não apenas da família ser capaz de executar tarefas específicas de cuidados e sustento do novo membro familiar, mas, também, de ultrapassar eficazmente as tarefas de desenvolvimento solicitadas pela nova estrutura e funcionamento dessa família (Dessen e Braz 2000). Assim, a família, independentemente da sua estrutura, propicia os suportes afectivos, informativos e materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar da mulher. É na família que se encontra o espaço privilegiado de socialização, de práticas e transmissão de saberes tradicionais, como busca colectiva de estratégias de sobrevivência. Destaca-se, de igual modo, a presença de saberes populares constituídos pelos conhecimentos e pelas crenças, com uma simbologia própria e que resultam, frequentemente, da interpretação das experiências de vida ao longo das gerações. A permanência dos saberes tradicionais, das crenças e dos mitos vão exigir rituais apropriados. *São saberes feitos de conhecimentos, de crenças e de valores, que configuram sistemas culturais cuja lógica obedece à necessidade pragmática da vida do dia-a-dia* (Silva, 2004, 124). As funções que caracterizam a prevenção nos cuidados domésticos podem estar relacionados com o que Saillant (1997b) descreveu: o reforço do corpo global (*e.g.*, sopas de cavalo cansado); a sua limpeza e a sua purificação (*e.g.*, os chás), particularmente no interior do corpo, e, por último, o perigo para evitar a doença e a morte através de acções de carácter simbólico (*e.g.*, o uso de medalhas).

1.2.3. Fonte do suporte

Nunes (1997, 190) refere que *o papel da mulher no que diz respeito à saúde da família, vai desde os cuidados quotidianos que contribuem para a manutenção da saúde e prevenção da doença: alimentação, cuidados de higiene, agasalho etc., até às decisões em relação ao tratamento das doenças correntes e doenças graves*. Pode-se igualmente afirmar que a saúde na gravidez, ao nível da família, não se circunscreve apenas a um serviço técnico, sendo alargada a um trabalho de amor, solidariedade e produção de relações. Vimos, anteriormente, que o marido/companheiro e a mãe da grávida detinham um papel importante no desenvolvimento do suporte. Destacam-se aqui, claramente, a mãe e a sogra como dadoras de conselhos e esclarecedoras de dúvidas, apoiadas, provavelmente, nas experiências vividas mas, também, nos saberes transmitidos de geração em geração. De facto, a nossa pesquisa

revela que as mulheres são as que, na maior parte do tempo, “cuidam” em casa. Neste sentido, Saillant (1999) revela que os cuidados são prestados com a ajuda de redes femininas intrafamiliares, tais como, a mãe, a avó, a sogra mas, também, as tias e, às vezes, as irmãs e as cunhadas. Estas pessoas dão conselhos e intervêm directamente, muito para além das situações relacionadas com o parto. Quanto ao marido, embora seja essencialmente responsável pelo suporte afectivo, contribui também com um suporte instrumental. O marido exerce, assim, um papel de complementaridade nos cuidados. Todavia, no presente estudo, para além do marido/companheiro (n=36), da mãe ou sogra (n=22), surgem também outros familiares da parentela (*e.g.*, irmãs, cunhadas ou tias – n=17) enquanto rede de apoio.

Verifica-se, assim, que os membros da família foram reconhecidos pela maioria das mulheres, como provedores de cuidados e ocupam um grande espaço na rede de apoio da gestante, comprovando que a família constitui um núcleo básico e primário na vida das pessoas. A conjugação dos resultados permite-nos verificar diferenças na ordem das dimensões relatadas nos três concelhos em estudo. Deste modo, confirmámos que no concelho de Braga, o suporte instrumental é o mais apontado pelas entrevistadas, sucedendo-se o suporte informativo e, depois, o suporte afectivo, enquanto nos concelhos de Vila Verde e de Vieira do Minho, é o suporte informativo que é o mais referido, seguindo-se o suporte instrumental e, por último, o suporte afectivo. Quanto ao suporte afectivo, é, de igual modo, enaltecido nos diferentes contextos sociais. Observámos, deste modo, que é nos concelhos mais rurais que a família transmite mais saberes tradicionais e onde a grávida implementa, mais intensamente, práticas em conformidade com esses saberes. Mas também as grávidas-mães oriundas de outros países tendem a seguir, à distância, os saberes e práticas veiculadas pela família e pela cultura de origem.

Da análise levada a efeito, concluímos que a transição para a maternidade expressa um período de mudança e de stress para o casal, uma vez que é um processo em que transformações biológicas, físicas, psicológicas e sociais se interligam e ocorrem ininterruptamente (Canavarro, 2001). O apoio social tem sido apontado como factor importante na adaptação à maternidade. Os resultados do presente estudo permitem demonstrar como as mulheres vivem a transição para a maternidade e se adaptam a esta fase do ciclo de vida. Desta maneira, tivemos a oportunidade de constatar que as orientações recebidas exerceram influência nos comportamentos das grávidas, sendo que, *a família pode tornar-se numa malha oficial e fiável da cadeia terapêutica se se considerar que a sua intervenção pode não ser automática e, simultaneamente, como quantidade e qualidade não desprezável perante o olhar dos profissionais de saúde e sociais* (Leandro, Rodrigues e

Leandro, 2006, 145). Assinalamos, ainda, que as mulheres utilizam uma série de conhecimentos e de estratégias familiares para promover a sua saúde e a do seu filho. Dependendo da relação que estabeleceram com a enfermeira especialista no decorrer da gravidez, estas revelam também aderir aos conhecimentos e práticas do foro médico-científico recomendadas ao longo da vigilância pré-natal. *Enquanto os serviços de saúde as ignoram na sua condição de agentes, com saberes e experiências próprias, elas tecem, no seu quotidiano, um conjunto de teorias e interferências frente à globalidade das suas vidas, contrapondo-se não só à visão parcelar da medicina “oficial”, mas também à sua suposta legitimidade como meio de preservação e recuperação da saúde* (Mandu e Silva, 2000, 20).

Dentro da mesma linha, comprovámos que as mulheres grávidas necessitam de ser preparadas por profissionais de saúde competentes, capazes de as orientar para a gravidez, para o parto e a para a maternidade desde o início da gravidez, recebendo orientações, satisfazendo dúvidas, especialmente quanto ao dar à luz. O parto deve ser entendido como um processo natural, estando a mulher apta a ultrapassar o medo da dor e atingir a realização da maternidade. A assistência oferecida exige alicerçar-se numa profunda abordagem da grávida, que tem de ser examinada como um sistema complexo de partes inter-relacionadas. Surge aqui um elemento importante neste puzzle: a enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica. Reconhecer a importância da influência da família baseando a sua intervenção sobre a evidência científica reportando-se à ligação entre o suporte familiar e a mudança de comportamentos, é um dos aspectos a ter em conta no desenvolvimento das intervenções desta profissional. Contudo, no âmbito da observação efectuada por nós, estes aspectos não foram sempre presenciados. Assim, vimos que a família ainda possuiu um papel muito importante no transmitir de conselhos à mulher durante todo o processo gravídico e puerperal. Este facto leva-nos a questionar como é que as grávidas consideraram as práticas educativas desenvolvidas por este profissional de saúde.

2. Percepção das grávidas sobre as práticas educativas realizadas pelas enfermeiras

Verificamos que, actualmente, em Portugal, ao contrário de tempos ainda não muito recuados, a mulher grávida é precocemente acompanhada por profissionais de saúde, onde se destaca a intervenção do enfermeiro especialista em saúde materna e obstétrica que a acompanha, aconselha e, não raras vezes, lhe ministra formação adequada para viver de forma equilibrada e saudável este período da sua vida. Assim, as práticas desenvolvidas durante a

vigilância pré-natal que concretizam as acções de saúde, não abarcam exclusivamente as enfermeiras especialistas mas de igual modo, as grávidas, suas principais beneficiárias. Não podemos imaginar que o saber sobre saúde, no qual incluímos o saber sobre a gravidez, parto e puerpério, esteja unicamente cimentado no saber dos profissionais de saúde. Importa aqui realçar que os conhecimentos que as mulheres obtiveram durante este percurso, desde a aquisição dos primeiros conhecimentos sobre o fenómeno do nascimento até ao momento da realização da entrevista, foram transmitidos por diferentes agentes, destacando-se os profissionais de saúde (n=38), nomeadamente os enfermeiros especialistas e os médicos, a família (n=30), as tecnologias de informação (n=26) (internet, televisão, livros e revistas) bem como os colegas, os amigos e os professores (n=20). Analisando, de forma mais detalhada estes resultados, constatamos ter havido grávidas que recorreram a várias fontes de informação para se manterem actualizadas ou para esclarecerem dúvidas.

Da análise dos discursos sobressai, ainda, a permanente necessidade de envolvimento, bem como a ânsia em saber tudo o que se relaciona com o processo de nascimento. Ao procedermos à comparação dos resultados, verificámos que em qualquer um dos concelhos em estudo, durante a gestação, a família é especialmente valorizada como fonte de conhecimentos, seguindo-se os profissionais de saúde. No que diz respeito às tecnologias de informação, são as mulheres com maior grau de instrução (Secundário e Licenciatura) que procuram mais estas fontes, independentemente de viverem numa área urbana ou rural. *Todo o processo de “tornar-se mãe” não é um processo isolado e privado; pelo contrário, a mãe sozinha não consegue e sente-se insegura, tendo de recorrer a quem saiba, tendo de basear o seu desempenho em informação fidedigna, de confiança* (Monteiro, 2005, 129).

Assim, dos resultados do estudo, parece haver a necessidade das grávidas se “alimentarem” de conhecimentos quer sejam doutos, quer sejam vulgarizados. Jacques (2007) afirma que a literatura de vulgarização propõe destacar-se do senso comum, bem como ser intermediária entre os futuros pais e o conhecimento científico. Nesta perspectiva, a grávida é provida de um saber e de uma cultura que advém desta diversidade de informações ao qual adicionamos os conhecimentos transmitidos de geração em geração e que constituem uma herança cultural (Duarte, 2002). Da análise de conteúdo efectuada, verificámos que, em relação à “percepção das entrevistadas sobre as práticas educativas realizadas pelas enfermeiras especialistas”, predominam as três categorias seguintes: *a actuação dos profissionais de saúde, a satisfação com as práticas educativas e o contributo das práticas educativas* (Quadro 31).

Quadro 31 – Percepção das entrevistas sobre as práticas educativas realizadas pelas enfermeiras especialistas

Área Temática	Categorias	Subcategorias	Dimensões
II) Percepção da grávida sobre as práticas educativas	1. A actuação da enfermeira especialista	a. Responsabilidade das práticas educativas	<ul style="list-style-type: none"> Enfermeira especialista <i>versus</i> médico Enfermeira especialista <i>versus</i> família
		b. A representação da enfermeira especialista	<ul style="list-style-type: none"> Dificuldade em caracterizar a enfermeira especialista Enfermeira especialista: elemento com qualidades relacionais Enfermeira especialista: pessoa sábia Enfermeira especialista: pessoa com uma atitude de <i>empowerment</i>
		c. Valorização dos saberes familiares	<ul style="list-style-type: none"> Valoriza sempre Valoriza às vezes Não valoriza
		d. Práticas desenvolvidas	<ul style="list-style-type: none"> Preparação para o parto: um espaço de conhecimentos, de trocas e de relações Preparação para o parto sem partilha Distribuição de panfletos
	2. Satisfação com as práticas educativas	e. Satisfação face à actividade desenvolvida durante a gravidez	<ul style="list-style-type: none"> Satisfeitas Não foram satisfeitas Sugestão de adequação das intervenções face aos conteúdos e à forma de abordar os temas
II) Percepção da grávida sobre as práticas educativas	3. Contributos das práticas educativas	f. Para o bom desenvolvimento da gravidez	<ul style="list-style-type: none"> Pouco contribuíram para mudança de comportamentos Adquirir novos conhecimentos Vivenciar a gravidez de uma forma mais saudável
		g. Para o sucesso do parto	<ul style="list-style-type: none"> Não contribuíram para o sucesso do parto Dificuldade em aplicar o que aprendeu Conhecer melhor a situação Participação activa no trabalho de parto e parto
		h. Para enfrentar o nascimento da criança no primeiro mês de vida	<ul style="list-style-type: none"> Boa contribuição nos cuidados a prestar ao filho Pouco contribuíram para cuidar do filho Dificuldades sentidas

Fonte: Categorização efectuada por nós com base nas entrevistas realizadas entre Fevereiro e Julho de 2007.

2.1. A actuação da enfermeira especialista na perspectiva da mulher

A enfermagem especializada, como prática social, integra-se nas práticas dos demais trabalhadores em saúde, enquanto grupo que responde pela produção de cuidados nesta área do saber. Nesta perspectiva, esta profissão tem a necessidade de se colocar diante da construção de um trabalho interdisciplinar, contribuindo com a sua especificidade. É, assim, que esta profissão vem construindo ligações e articulações permanentes com a população e com os demais profissionais, potenciando as perspectivas de intervenções transformadoras no campo da saúde e da educação. Face à categoria, *actuação da enfermeira especialista*, na opinião das mulheres entrevistadas, sobressaem da análise quatro subcategorias, “a responsabilidade das práticas educativas”, “a representação da enfermeira especialista”, “a valorização dos saberes familiares” e “as práticas desenvolvidas”.

2.1.1. Responsabilidade das práticas educativas

Tendo constatado que a família teve um papel de suporte indispensável durante a gravidez, foi nosso propósito com a realização deste estudo, conhecer a opinião das grávidas relativamente a quem deve ser responsável pelas práticas educativas. As dimensões que a seguir se analisam, “enfermeira especialista *versus* médico” e “enfermeira especialista *versus* família” foram, de igual modo, descritas pelas mulheres grávidas nos três concelhos investigados. Verificámos, assim, que é reconhecido à enfermeira especialista um papel preponderante no desenvolvimento da educação para a saúde no âmbito da vigilância pré-natal, embora com algumas *nuances*.

«Enfermeira especialista *versus* médico» foi uma das dimensões mencionadas pelas grávidas. De facto, onze mulheres entrevistadas relataram que a enfermeira teve um papel mais preponderante do que o médico para transmitir as informações de que necessitavam. Em termos funcionais, é esta que está mais perto da grávida na consulta enquanto o médico tem um papel mais técnico e prescritivo. De igual modo, as mulheres também confidenciaram ter vergonha de interrogar o médico sobre determinadas questões, nomeadamente as questões sobre a sexualidade e a amamentação, temas estes que envolvem maior intimidade e onde as entrevistadas se sentem mais à vontade para falar com a parteira que, regra geral, também é mulher e mãe.

A enfermeira está mais preparada. (...) A gravidez deveria ser seguida por uma enfermeira

especialista. Fazia mais sentido (Estela, 23 anos, casada, Licenciatura, 2ª gravidez).

Mas aquelas coisas mais aprofundadas, aquelas dúvidas que nós temos mas que, sei lá, temos um bocadinho de vergonha, de perguntar a eles [médicos], aqui perguntamos, pelo menos eu, pergunto à enfermeira (Berta, 24 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Para mim, a enfermeira consegue dar-me mais confiança do que o médico, claro (Catarina, 27 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

(...) há coisas que uma enfermeira esclarece melhor de que um médico. Sinto isso. O médico também fala sobre os assuntos mas de forma muito rápida.... Ele vai mais para o físico. Ouve o bebe, ausculta o bebe. Aquilo é tão básico às vezes para o médico, já está tão habituado com aquela rotina que nem liga às nossas dificuldades. Eu sinto isso (Irene, 30 anos, casada, Licenciada, 1ª gravidez).

Ao contrário das conclusões do estudo realizado por Monteiro (2005), onde os médicos pediatras, pelas suas características técnicas e científicas, foram considerados como os conselheiros que mais segurança inspiravam às mães, no presente estudo, as grávidas conferem à enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica, as maiores competências para levar a cabo as actividades no âmbito da educação para a saúde durante a gravidez e após o parto.

Não obstante, também identificámos duas grávidas que valorizaram mais o papel do médico no processo educativo, tendo sido apreciado como o elemento com mais poder e maior nível de conhecimentos. A figura do médico aparece aqui como a fonte de informação mais fidedigna e mais segura. Este facto foi-nos narrado por mulheres seguidas em áreas predominantemente urbanas.

Os conhecimentos dados pelo senhor doutor são mais importantes. Ficamos mais sossegada porque eles conhecem melhor as coisas do que nós (...). Quando eu tinha dúvidas falava com o médico (Amália, 27 anos, casada, 6º ano de escolaridade, 4ª gravidez).

Não sei. É complicado, porque havia coisas que eu só falava ao médico. Achava que devia falar com o médico porque tem mais experiência. A experiência conta muito. Havia coisas que só contava a ele. Confiava mais nele (Flávia, 22 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Das observações efectuadas, constatamos que, em certas situações, a relação médico/enfermeira especialista é conflituosa, não sendo a enfermeira reconhecida por este profissional de saúde com competências suficientes para atender uma grávida. Consequentemente, este “desentendimento” é de algum modo transferido para a grávida

depreciando, desta forma, o trabalho prestado pela enfermeira ao preferir ser acompanhada pelo médico. Porém, é de assinalar que, quer através dos discursos, quer através das observações efectuadas, as restantes mulheres entrevistadas enalteceram o desempenho dessa mesma enfermeira porque, segundo elas, se encontra a desenvolver um trabalho muito próximo das utentes. *É uma amiga, uma confidente, podemos sempre contar com a sua ajuda*, diziam elas. As relações de confiança, a humanização no cuidar ou a interacção são consideradas importantes no entender das informantes. Neste contexto, a interacção social desenvolve-se a partir da cooperação entre os diferentes actores envolvidos no processo de cuidados (Amendoeira, 2006). Como já expressamos, o trabalho em equipa torna-se essencial. Neste contexto, o relacionamento entre a equipa multiprofissional necessita de ser reconsiderado, sendo o diálogo a melhor forma para valorizar os diferentes actores intervenientes na vigilância pré-natal.

Uma outra dimensão está ligada com a «enfermeira especialista *versus* família». É importante destacar que treze mulheres descreveram a família, como tão importante quanto a enfermeira especialista, como agente de educação para a saúde. Os motivos expostos relacionam-se, por um lado, com o conhecimento científico e, por outro, com a experiência da família no cuidar. Podemos dizer que os profissionais de saúde possuem *uma parte do saber, mas não é o único, já que os factores que condicionam o bem-estar das pessoas são de diversa índole – económica, educativa, política, ambiental* (Duarte, 2002, 13-14). Neste âmbito, os profissionais de saúde deixam de ter o monopólio da divulgação do conhecimento relativo à saúde.

Os profissionais de saúde são importantes pela actualização e os familiares pela experiência. Não quer dizer que os profissionais também não tenham experiência, mas muitas vezes não têm, mas eu acho que os dois são importantes (Cecília, 28 anos, casada, licenciada, 1ª gravidez).

Em suma, podemos afirmar que nos contextos sociais em análise, a interacção fomentada entre a enfermeira e a grávida, revela características específicas associados a aspectos peculiares da grávida, da enfermeira e do local onde se realiza. Na verdade, todo o processo tem as suas especificidades quanto à *informação facultada, ao tipo de linguagem utilizado, ao controlo de poder sobre as decisões de saúde, à proximidade entre o enfermeiro e o indivíduo, ao nível de ansiedade e à percepção de papéis* (Costa e Jurado, 2006, 45). Importa revelar que sendo a interacção um meio e um recurso de proximidade facilita as condições fundamentais para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde. Tendo em conta a perspectiva das grávidas sobre a responsabilidade das práticas educativas,

podemos entender melhor a sua adesão às diversas fontes de informação.

2.1.2. A representação da enfermeira especialista

As grávidas concebem a representação da enfermeira especialista como uma imagem multifacetada, o que, certamente, estará relacionado com questões individuais, culturais e sociais. É importante salientar que todas as mulheres denominam a enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica por “Enfermeira” e não por “Parteira” ou por “Enfermeira Especialista”, embora consigam ver nesta profissional de saúde competências mais específicas do que uma enfermeira de cuidados gerais.

Três utentes, duas que vivem em união de facto e uma solteira, todas com um grau de instrução relativamente baixo, ao nível do 1º e 2º Ciclo e residentes em áreas predominante ou mediantemente urbanas, manifestaram alguma «dificuldade em caracterizar a enfermeira especialista», isto é, não conseguiram definir com clareza o papel que desempenham. As razões apontadas prendem-se, sobretudo, com o facto de não terem sido seguidas sempre pela mesma enfermeira durante a vigilância pré-natal, tendo, por isso, dificuldade em estabelecer uma relação de empatia e, conseqüentemente, não terem recebido informações suficientes para as ajudar nesta fase das suas vidas. É de lembrar que na ausência da enfermeira especialista é uma enfermeira de cuidados gerais que realiza a consulta de vigilância pré-natal.

Eu já fui seguida por muita gente [médicos]. Não tive nenhuma relação com nenhum deles (...). Se tivesse mais informação da parte deles poderia ser melhor. Nunca tive uma pessoa com quem pudesse contar se surgisse alguma dúvida (Lúcia, 18 anos, solteira, 9º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Estes dados revelam, por um lado, a importância de que a vigilância pré-natal seja sempre efectuada pelo mesmo profissional, na medida em que pode facilitar uma comunicação eficaz permitindo ainda depositar uma confiança total na pessoa que habitualmente lhe dedica cuidados. Pestana (1996, 271) recorda que *baseada na comunicação e na base de confiança estabelecida entre a enfermeira e a utente, verificamos que há uma certa preferência, quando pretendemos saber se gostariam de ser atendidas sempre pela mesma enfermeira*. Assim, podemos questionar como construir uma adequada imagem pessoal e profissional? Pensamos que o recurso ao marketing pessoal seria uma opção

ajustada para que esta profissional possa apoderar-se de novos espaços e conquistar uma imagem do profissionalismo. No entanto, asseguramos que esta imagem não pode, englobar, somente, aspectos relativos ao saber-estar ou ao saber-vestir, mas abarca, de igual modo, a confiança total na enfermeira especialista para vender o produto que se pretende, neste caso a saúde. A melhor marca pessoal é aquela que a utente percebe como tal e a melhor publicidade caracteriza-se pelo sabor das palavras transmitidas pelos clientes após ter recebido os cuidados. Para isso, a demonstração das competências profissionais é primordial o que, necessariamente, inclui habilidades para estabelecer e manter relacionamentos positivos.

A dimensão «enfermeira especialista: elemento com qualidades relacionais» foi a que concentrou maior número de opiniões, sendo referida por 42 grávidas. São vários os teóricos de enfermagem que descrevem a enfermagem como um processo de interacção (King, 1981; Peplau, 1990, entre outros). Para cuidar torna-se necessário estabelecer uma relação interpessoal e a troca de conhecimento, como forma de suprir as necessidades físicas e emocionais do ser cuidado, sem, no entanto, esquecer de respeitar as suas potencialidades e as suas limitações. O respeito torna-se obrigatório para que haja uma relação interactiva, onde a enfermagem visualiza o ser cuidado como Ser Humano que é. Independentemente de viverem na aldeia ou na cidade, as grávidas necessitam desta relação para se sentirem bem e aderirem, com maior facilidade, às orientações dadas pelas enfermeiras especialistas que, no caso presente, foram contempladas como “um importante recurso e um suporte social”.

Não podemos esquecer a definição de enfermagem de Meleis (2007) descrita na introdução deste estudo e que dá ênfase à interacção entre o enfermeiro e a utente que vive uma fase de transição. Na opinião desta teórica de enfermagem, o conceito de interacção é, ao mesmo tempo, um contexto onde todos os cuidados ocorrem, revelando-se, ainda, como potencial terapêutico. Antes de mais, é importante mencionar que das observações efectuadas, verificámos que todas as enfermeiras interpelam as grávidas pelo seu nome e, conseqüentemente, as utentes também conhecem o nome da enfermeira que a segue. No âmbito deste relacionamento, esta profissional é admirada como uma pessoa cuidadosa, atenciosa, carinhosa, dedicada e disponível. Estas qualidades permitem à grávida estar mais à vontade, sentir-se em segurança e confiar nas intervenções realizadas pela enfermeira. Todo este cenário permite criar laços de confiança. Lopes (2006), apesar de estudar utentes numa unidade hospitalar de oncologia, não deixa de mencionar que a “promoção de confiança” possibilita a resposta a uma série de sentimentos, tais como, o medo, a insegurança, a angústia e a ansiedade. Outros estudos efectuados na Inglaterra e revelados por Page (2004), também apontam para a importância da relação, demonstrando que as mulheres desejavam que o

sistema de saúde permitisse às parteiras passar mais tempo com elas.

É um trabalho muito gratificante. Criam-se laços de amizade e eu acredito que se fosse enfermeira sentir-me-ia um bocadinho mãe daquela criança, porque acompanhou sempre a mesma grávida. Existe uma amizade, um companheirismo e muita compreensão (Diana, 30 anos, casada, Licenciatura, 1ª gravidez).

A enfermeira foi muito atenciosa. (...) É muito carinhosa. No dia seguinte, ligou-me para casa para saber como eu estava. Transmite segurança (Augusta, 32 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

É uma pessoa muito importante. Sinto-me bem assim, bem protegida, sinto-me mais auxiliada e mais acarinhada (...) (Érica, 30 anos, divorciada, 9º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

Um dos aspectos necessários para que a promoção de confiança seja possível, é a permanente disponibilidade da enfermeira para atender a grávida e responder às suas necessidades. Esta disponibilidade configura quase um compromisso que é assumido pela enfermeira especialista, perante a grávida que acompanha. A título de exemplo, relembramos o que já foi acentuado pelas enfermeiras nos seus depoimentos: o disponibilizar um contacto pessoal para a grávida. Deste modo, um espaço temporal afectivo ou relacional é necessário para que enfermeira possa estar disponível para responder às suas dúvidas ou para a ajudar na resolução de problemas diversos. Honoré (2004, 115) revela que *a confiança «une» numa solicitude recíproca e num pacto mútuo.*

Ainda na quarta-feira tinha uma dúvida sobre os exames, falei com ela [enfermeira]. Tudo bem que a minha médica é uma excelente profissional, mas sinto-me mais segura com a enfermeira Susana [nome fictício]. Ela põe-nos à vontade. Diz para quando o bebé nascer lhes telefonarmos. Se surgir algum problema ou dúvida posso telefonar-lhe. Isso ajuda-nos bastante e temos mais confiança. É uma profissional competente (Beatriz, 27 anos, casada, 9º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Houve uma altura que estive com gripe e a enfermeira, mesmo não me conhecendo de lado nenhum, deu-me o seu número de telemóvel particular, para, se fosse preciso alguma coisa, lhe ligar... acho que é muito importante ter esse tipo de ajuda... É assim. Eu também nunca tive grandes complicações, mas, quando fiquei com febre, não telefonei para mais ninguém a não ser para a enfermeira (Benedita, 31 anos, casada, Licenciada, 1ª gravidez).

Neste sentido, Lopes (2006) salienta que para transmitir segurança a enfermeira recorre aos seus conhecimentos, à sua experiência e à argumentação racional traçada a partir

de dados clínicos. Continuando a analisar a opinião das mulheres entrevistadas, estas consideraram que a enfermeira lhes transmitiu uma sensação de bem-estar e de segurança porque se sentiram apoiadas.

É graças ao apoio constante que «a enfermeira especialista é vista como uma pessoa sábia» detentora, não só de competências técnico-científicas, mas, também, conhecedora de diversos assuntos. É uma pessoa com muita experiência profissional que tem, de facto, muitos conhecimentos e que os transmite eficazmente. Embora esta dimensão tenha sido descrita pelas mulheres nos três concelhos, curiosamente, foi no Centro de Saúde das Áreas Predominantemente Rurais que este facto foi mais referido pelas mulheres entrevistadas.

Ela tem muito conhecimento. As enfermeiras parteiras sabem muito. Já viveram muito. Já assistiram a muitos partos (Avelina, 32 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Outro aspecto a considerar, tem a ver com a importância atribuída pela enfermeira especialista ao bem-estar da grávida que está relacionada com a imagem da «Enfermeira especialista: pessoa com uma atitude de *empowerment*». Na opinião de algumas mulheres, a parteira permitiu a sua participação activa no processo de gravidez. Ramos (2003, 34) assinalou que *as dimensões do “empowerment” indicam a necessidade dos profissionais de saúde promoverem uma comunicação com os utentes, no sentido de encorajá-los à participação, aprendizagem e desenvolvimento do sentido de controlo da sua doença/problema de saúde*. O papel da enfermeira especialista é susceptível de promover a mudança individual da grávida, proporcionando-lhe informações sobre recursos e competências que poderão usufruir para modificar os seus comportamentos. É de mencionar que foram apenas quinze grávidas que expuseram estes aspectos. Estas mulheres participaram todas em aulas de preparação para o parto, tanto em Centros de Saúde do meio rural como do meio urbano, tendo conseguido estabelecer uma relação de confiança com a parteira. O estabelecimento de uma relação está sempre associado a uma partilha de ideias, de impressões ou de informações (Pestana, 1996).

Ainda foi no dia que eu vim ao médico e soube que tinha o tal vírus, ele explicou-me mas eu não fiz grandes perguntas. Depois comecei a pensar e a “magicar”. Foi logo no dia seguinte à enfermeira e ela esteve mais de meia hora comigo a conversar. Pôs-me mesmo à vontade. E ela tinha lá mais pessoas para atender mas como eu estava nervosa, ela explicou-me tudo. Foi mesmo incansável. Foi espectacular (Alice, 30 anos, casada, 6º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

A enfermeira é uma pessoa muito importante. Porque ela ajuda-nos a sentir à vontade. A gente sente-

se mesmo à vontade para decidir. (...) Se eu fosse parteira seria como ela. Teria que pôr a grávida à vontade, para lhe explicar basicamente aquilo que ela queria saber para viver bem a sua gravidez e para colaborar melhor comigo. Explicar o que era melhor para ela e para o seu filho. Fazer com que ela se sentisse segura. Ajudar mais no que pudesse e fazer com que ela colaborasse comigo (Adelaide, 27 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

Em síntese, podemos assumir, tendo por base a perspectiva das entrevistadas, que a parteira ou a enfermeira especialista, independentemente do lugar onde desempenha funções, é contemplada como uma amiga, uma guia e um suporte fundamental para ajudar a vivência de todo o processo inerente ao nascimento. Associadas a esta profissional estão determinadas qualidades, designadamente, as competências científicas, que incluem os conhecimentos e as competências humanas, que abarcam as relações. No entender das mulheres entrevistadas, a escuta e o envolvimento da grávida no seu cuidado por parte da enfermeira foram aspectos considerados primordiais. Neste aspecto, salientamos o desenvolvimento por parte da enfermeira da sua competência social definida como a capacidade de relacionamento humano. Foi assim que, a enfermeira, perante a mulher grávida, efectuou acções que possibilitaram o seu crescimento, auxiliando-a na adaptação às transformações transitórias da saúde, encaminhando-a e favorecendo cada uma das etapas do processo de resolução do “problema”, sem contudo tomar decisões por ela nem a substituindo. Através do seu “saber” e “saber fazer” tornou-se num actor importante na implementação das intervenções de saúde que permitiram a mobilização dos seus conhecimentos e habilidades para produzir qualidade nos cuidados. No entanto, nem todas as entrevistadas referiram estes aspectos, valorizando mais o papel do médico ou da família. Tendo em conta a opinião das grávidas sobre a imagem que a parteira lhe transmite, podemos compreender melhor a sua adesão aos conselhos transmitidos pelos familiares. Assim, pensamos que o envolvimento e a colaboração da grávida no processo de concepção, execução e avaliação das práticas, são fundamentais. Contudo, tendo em conta a observação efectuada, nem todas as profissionais actuaram com igual empenho.

2.1.3. Os saberes familiares e a sua valorização na perspectiva da mulher

A existência de uma cultura que respeita os saberes transmitidos por familiares é incontestável no território em estudo. Esta investigação demonstrou que, mesmo nos nossos dias, os saberes são difundidos essencialmente pela tradição oral. A partir dos saberes adquiridos pela experiência, vivências de gravidezes anteriores ou gravidezes de outros

familiares, alimenta-se todo um conjunto de formas de fazer que modelam os modos de vida. Sendo a família um importante actor na prestação de cuidados de saúde durante a gravidez, bem como na transmissão de saberes à mulher grávida, era relevante saber se as enfermeiras especialistas valorizavam esses saberes aquando da consulta. Da análise às entrevistas efectuadas às grávidas, verificamos que, na sua opinião, as enfermeiras “não valorizam os saberes familiares”, “valorizam às vezes” ou “valorizam sempre” (Quadro 32).

Quadro 32 – Valorização dos saberes familiares

Categorias	Subcategorias	Dimensões	Nº Grávidas	%
A actuação da enfermeira especialista	Valorização dos saberes familiares	Valoriza sempre	14	28
		Valoriza às vezes	13	26
		Não valoriza	23	46

Fonte: Elaboração própria com base análise de conteúdo efectuada.

É importante constatar que, 46% das grávidas, têm a opinião que as enfermeiras especialistas não valorizam os saberes familiares nas consultas, ou seja, os saberes culturais têm pouca visibilidade aos olhos dos profissionais de saúde. Estes dados provam a existência de uma dicotomia entre saberes científicos e culturais. Apenas 28% (n=14) das mulheres afirmam que a enfermeira valoriza sempre esses saberes. Comparando os resultados nos três concelhos, apurámos que é no concelho de Braga que as entrevistadas revelam que a enfermeira “valoriza sempre os saberes familiares”, seguindo-se o concelho de Vieira do Minho.

Questionavam se tinha alguma dúvida. Mas não perguntavam o que eu sabia. Também não questionavam sobre os saberes tradicionais ou familiares (Alice, 30 anos, casada, 6º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

Não, não não falavam muito dessas coisas. Falavam para todos de igual forma, mas acho que devia ser mais personalizado. Cada grávida é uma pessoa diferente. (...) (Cecília, 28 anos, casada, Licenciada, 1ª gravidez).

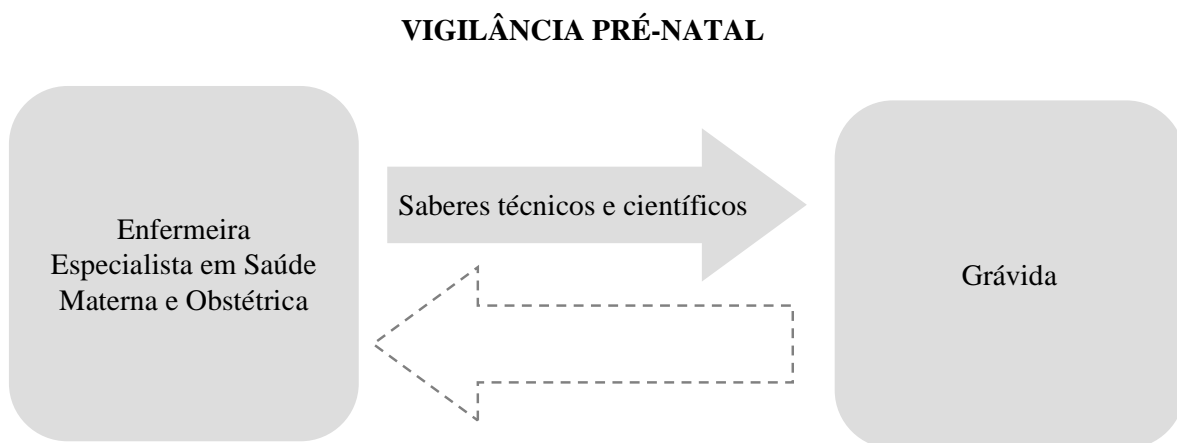
Da análise das diversas opiniões, parece haver uma dissonância entre os relatos das enfermeiras que referem integrar, sempre, a família nos cuidados e os relatos das mulheres, que emitem opinião em sentido contrário. Da observação efectuada às consultas de enfermagem, verificamos que nem todas as enfermeiras valorizaram esses saberes do mesmo modo. Este facto depende muito das características pessoais de cada uma das profissionais. As

estratégias utilizadas para efectuar a abordagem dos saberes na consulta foram essencialmente as conversas, a partilha de experiências e de opiniões e os ensinamentos individuais aquando das consultas ou, em grupo, na preparação para o parto. Quanto ao tipo de informação abordada, os temas inventariados pelas mulheres dizem respeito a determinados mitos e crenças relacionados com as proibições, as prescrições alimentares e os cuidados a ter no pós-parto, embora a explicação dada seja, muitas das vezes, de forma superficial.

Também constatámos que algumas mulheres sentiram a necessidade de saber mais e de questionar os saberes tradicionais, mas não o fizeram por medo, por vergonha ou porque as consultas eram demasiado rápidas, não lhes sendo dada a oportunidade de falar sobre este assunto. Desta análise resulta, ainda, que as mulheres com um nível de instrução abaixo do 3º ciclo e que vivem em áreas rurais, não se atrevem a questionar sobre estas tradições. Estas opiniões confirmam que as grávidas não conferem à enfermeira especialista o papel de educador de saúde ligado às crenças ou, de outro modo, as grávidas não lhe reconhecem as competências necessárias e os conhecimentos suficientes para lhe explicarem as causas/efeitos de algumas crenças, deixando entender que a mãe ou a sogra são as pessoas com maiores conhecimentos e capacidades para aclarar essas “coisas” do passado. *Os antigos são os que sabem*, relatam muitas delas. Deste modo, também não questionam determinadas práticas de cuidados como por exemplo: queimar o coto umbilical, lavar a cabeça depois do parto, a toma de chás, *et cetera*.

Podemos resumir na Figura 30 a assimetria entre as contribuições de ordem técnica e de ordem prática que cabem a cada um dos sujeitos em interacção na produção dos objectos de conhecimento.

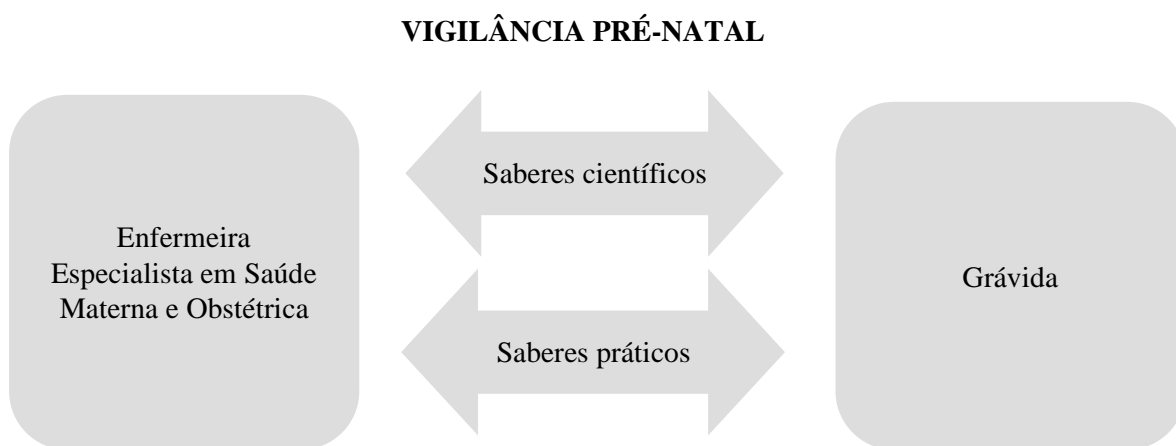
Figura 30 – Assimetria na troca de saberes



Fonte: Elaboração própria.

Fica claro que o mais evidenciado, neste contexto, é a transmissão de informações e de saberes, sem que haja uma interacção entre profissional de saúde e a mulher, sobressaindo como resultado, a passividade, a falta de atitude crítica e de postura reflexiva. Estes dados vêm comprovar que *la prégnance des savoirs experts ces dernières décennies s'accompagne d'une dévalorisation des savoirs profanes, ces savoirs de tous les jours, ces rituels, ces connaissances, ces croyances et ces pratiques qui sont, depuis toujours, essentiels à l'autonomie individuelle et collective* (Blais, 2006, 152). Sabemos que as enfermeiras e as grávidas, detentoras de experiências e de saberes distintos, são reconhecidas como sujeitos das acções de saúde. Neste sentido e como já exposto, um elemento que se mostra fulcral é o *diálogo*, visto não como um recurso, mas como a «fusão de horizontes» (Ayres, 2007), para que possa haver a permuta de saberes ou melhor dizendo a articulação de saberes (Figura 31).

Figura 31 – Permuta de saberes



Fonte: Elaboração própria.

2.1.4. Práticas educativas desenvolvidas pela enfermeira especialista

Nesta subcategoria, práticas desenvolvidas pela enfermeira especialista ao longo dos nove meses, foram salientadas pelas grávidas entrevistadas *as actividades em grupo* e as de ordem mais *individual*. Nas actividades em grupo, diferenciamos essencialmente a preparação para o parto que foi vista como um “espaço de troca de conhecimentos e de vínculos”, embora seja também considerada um “espaço sem qualquer partilha” entre as diferentes participantes. Dentro das actividades individuais, salientamos a importância dos panfletos e das brochuras elaboradas pelos laboratórios ou por alunos que estagiaram nas unidades de saúde.

A preparação para o parto como estratégia de educação para a saúde, em grupo,

pretende ajudar o casal a viver o momento do parto com menor ansiedade aumentando o seu nível de confiança. Estudos realizados (e.g., Munari e Rodrigues, 1997; Couto, 2006) demonstraram, claramente, que a participação em grupos de educação para a saúde é uma mais-valia. Uma intervenção num grupo de grávidas é de importância capital e pode apresentar diversas vantagens, das quais podemos destacar: o reforço positivo, o encorajamento e a identificação dos membros do grupo com problemas ou dificuldades comuns, já que nem sempre é fácil adoptar e manter comportamentos protectores de saúde. *Um grupo pode ajudar pessoas durante períodos de ajustamentos a mudanças, no tratamento de crises ou ainda na manutenção ou adaptações a novas situações* (Munari e Rodrigues, 1997, 14). Neste contexto, a actividade educacional tornar-se mais fácil e mais produtiva se for viável constituir grupos, tanto quanto possível, homogéneos. No entanto, não podemos ignorar que, mesmo nestas circunstâncias, cada pessoa transporta consigo vivências, sentimentos e níveis culturais diferentes, sendo, por isso, importante conhecer, minimamente, o grupo e ter a preocupação de aferir a comunicação pelo nível mais baixo para que o entendimento esteja ao alcance de todos.

No que diz respeito à primeira dimensão, «preparação para o parto: um espaço de conhecimentos, de trocas e de relações» (n=28), a educação para a saúde em grupo permite que as grávidas manifestem dúvidas e dificuldades sentidas, o que facilita o entendimento e a adesão aos conhecimentos. Porém, Munari e Rodrigues (1997) salientaram que, não obstante a importância da informação cognitiva para a alteração de comportamentos nem sempre é suficiente para mudar a postura dos intervenientes perante um determinado assunto. Verificámos que o ensino em grupo foi uma das actividades que se mostrou particularmente eficaz, na medida em que conseguiu cativar a atenção e a disponibilidade das grávidas para a aprendizagem. Este envolvimento relaciona-se, sobretudo, com a facilidade dos problemas e ansiedades de cada uma se diluírem nas ansiedades e nos problemas de todas.

A preparação do parto é muito boa porque ajudou-me a aprender novas coisas (...) Gostamos de falar como é que se sente uma, como é que se está a sentir a outra. Isso é importante, dá para compararmos o que cada uma sente. Falar entre nós é muito bom, ficamos com mais calma e sentimo-nos bem. (Ester, 32 anos, unida de facto, 12º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

A troca de conhecimentos mostrou-se muito importante na dinâmica de grupo. É neste ambiente que os diferentes elementos podem expressar as suas dúvidas e procurar soluções para as resolver. Conforme expressa Sartori e Van Der Sand (2004, 156), o grupo possibilita a manifestação de dúvidas e dificuldades de cada um e de todos. *Isso porque trabalha a partir*

de uma situação concreta expressa no aqui e agora do grupo, o que facilita o entendimento e a adesão aos conhecimentos.

Nesta ordem de ideias, a preparação para o parto foi considerada pelas grávidas como uma fonte de informação sendo, ainda, um espaço de segurança e de confiança dado que permite aprender a lidar com os medos relativos ao parto, aprendendo a ser mãe. Essa forma de educar para a saúde, baseia-se numa intervenção profissional em que a enfermeira estabelece um processo pedagógico que fornece à pessoa cuidada, à família ou a um grupo, informação sobre a doença, a sua prevenção e o seu tratamento, com vistas a levar a pessoa a tomar consciência das suas capacidades de autonomia e a responsabilizar-se pela sua evolução para atingir um melhor estado de saúde (Couto, 2006, 192). A comunicação entre os diferentes elementos do grupo é uma das oportunidades excepcionais que este método proporciona. As grávidas, ao saberem que não são as únicas a ter dúvidas, medos ou ansiedades, ficam mais calmas e mais reconfortadas, porque todos os elementos do grupo vivenciam as mesmas alegrias e dificuldades. Deste modo, o facto de compartilharem uma linguagem comum é percebido pelas grávidas como um elemento terapêutico, sentindo-se mais valorizadas, respeitadas e, sobretudo, compreendidas. O grupo tem a função de escutar as angústias e necessidades dos diferentes elementos, reconhecê-las e aceitá-las e dar oportunidade a cada um de mudar (Sartori e Van Der Sand, 2004). Assim, um dos aspectos mais focados por todas as grávidas foi a troca de experiências, a partilha de problemas proporcionando um sentimento de solidariedade mas, principalmente, a superação das dificuldades e a reflexão sobre sua vida. Vejamos alguns relatos.

O mais importante é a partilha. Havia uma partilha com a enfermeira mas, o mais importante, era a partilha com as outras grávidas. (...). Estarmos juntas, foi, e continua a ser, muito importante (Cecília, 28 anos, casada, Licenciada, 1ª gravidez).

Essas sessões são importantes porque falamos muito. Há uma partilha de experiências, As enfermeiras também contavam as experiências de outras pessoas (Flávia, 22 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Os relatos transmitidos salientam ainda a importância do grupo como uma ligação entre os diferentes elementos, cabendo ao profissional de saúde o papel de catalisador. As relações interpessoais que se estabelecem, demonstram a coesão grupal.

Não obstante o que acabámos de descrever, identificamos quatro mulheres que referiram «não ter havido qualquer partilha» nessas aulas. Estas mulheres foram seguidas

todas em Centros de Saúde localizados em áreas urbanas. As razões indicadas ligam-se, essencialmente, com as características individuais da grávida (e.g., timidez, pouco à vontade, dificuldade em se expressar), com a assiduidade às aulas, ou o pouco dinamismo da enfermeira especialista para as envolver nas actividades. Seguem-se alguns exemplos:

Era cada uma por si, porque eu também não fui a muitas aulas, não é. Se fossem mais acho que já era diferente. Como faltavam, ou seja, não eram regulares, estas destabilizavam um bocado o grupo. Mas, foi pena (Avelina, 32 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

É assim...eu realmente, no início eu sou muito tímida e não falo logo. Tenho que primeiro observar e é engraçado que só comecei a ter confiança com uma que era a Maria. (...) Não há uma confiança de amiga é uma colega. Enquanto estávamos juntas nas aulas, falávamos pouco na aula. Não havia muita partilha de ideias. (Beatriz, 27 anos, casada, 9º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

A enfermeira não estimulava muito. Se calhar não tinha muito tempo, porque tínhamos uma hora. (...) Na parte teórica falávamos mas era muito pouco, porque a maior parte das aulas só tinha uma ou duas senhoras que tinham experiência. Pouco conversávamos porque cada uma estava a introduzir informação. Quando tínhamos alguma dúvida colocávamos, e pronto. Poderia haver mais testemunhos de mulheres que já foram mães, sim, seria uma boa atitude e uma boa forma para também nos ajudar com os seus conhecimentos (Estela, 23 anos, casada, Licenciatura, 2ª gravidez).

Fazendo um balanço, podemos afirmar que a oportunidade de participar num grupo de grávidas parece enriquecer e complementar a assistência pré-natal individual. Na convivência do grupo existe a possibilidade da grávida adquirir novos conhecimentos, na medida em que são expressos os saberes de cada um dos actores. É um momento de promoção de saúde que envolve procedimentos técnicos, informativos e relacionais, extraordinariamente relevantes para a grávida. No entanto, existem opiniões diferentes entre as mulheres entrevistadas nos diferentes contextos em estudo. As mulheres seguidas no meio predominantemente rural e urbano, encontram-se mais satisfeitas do que as que foram seguidas em meio mediantemente urbano, relativamente às actividades desenvolvidas em grupo no âmbito da preparação para o parto. Apuraremos, no item que se segue, a satisfação das entrevistadas com a actividade educativa realizada pelas enfermeiras.

2.2. Satisfação face à actividade educativa realizada

A satisfação com as unidades de saúde é um parâmetro importante a medir por

condicionar o acesso aos cuidados de saúde e a adesão às consultas, mais concretamente, às consultas de vigilância pré-natal. Porém, é um aspecto melindroso e de difícil avaliação. Para Baumann (2002), a satisfação das utentes é uma alavanca da política de aperfeiçoamento da qualidade dos cuidados. Acrescenta ainda que o interesse pela satisfação implica uma proximidade qualitativa das dimensões a favor das consultas colectivas. No presente estudo, a satisfação das grávidas foi alcançada a partir de diversas intervenções realizadas no decorrer da consulta pelas enfermeiras especialistas. Oferecer produtos e serviços de qualidade no que diz respeito à promoção de saúde, são alguns pontos que podem influenciar a satisfação. Deste modo, está praticamente assente que a satisfação dos utentes face aos cuidados que lhes são prestados, constitui um importante e legítimo indicador de qualidade.

Uma grande parte das grávidas (n=34 – 68%) demonstrou estar «satisfeita com as actividades educativas» realizadas pelas enfermeiras especialistas. Este facto leva-nos a pensar que as mulheres valorizaram, essencialmente, a relação que foi estabelecida entre elas e a enfermeira, bem como toda a disponibilidade que lhe foi concedida. É neste contexto, que se pode ressaltar que satisfazer a utente é satisfazer as suas necessidades e expectativas. Uma utente satisfeita, certamente, procurará os cuidados de saúde e continuará a manter laços com o prestador de cuidados.

Fui bem atendida. Estou muito contente com as consultas. Fiquei satisfeita. Sem dúvida. Não ia para o privado (Adelaide, 27anos, casada, 12º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

Para que as mensagens sejam compreendidas, é necessário que as mesmas sejam claras e simples o que nem sempre é apanágio dos profissionais de saúde, muito embora uma grávida tenha referido não estar satisfeita com a linguagem utilizada porque a enfermeira não lhe explicava os termos científicos. Os depoimentos parecem contribuir, de forma esclarecedora, para uma leitura sobre as atribuições da enfermeira especialista como sendo um elemento activo na consulta de vigilância pré-natal. Ao exercer o seu papel educativo, colabora para que se produzam mudanças concretas e saudáveis nas atitudes e comportamentos das grávidas, com o intuito de aumentar o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. Curiosamente, dezasseis grávidas (32%) mencionaram «não terem ficado satisfeitas» com a educação para a saúde realizada porque, na sua opinião, as explicações foram diminutas sendo a motivação e o empenho da enfermeira especialista insuficientes. Aliás, a inexistência de cursos de preparação para o parto em determinados Centros de saúde do concelho de Braga, levou mesmo a que as grávidas ficassem desiludidas e insatisfeitas.

Não tive nenhuma sessão em grupo com outras grávidas, nem preparação para o parto. Eu acho que é pouco. Devia haver mais, porque se calhar há pessoas que levam os livros e não os lêem [as brochuras distribuídas na consulta] (...) Elas [as enfermeiras] se calhar também não têm tempo para dar mais informação. Depois, vêem que uma pessoa tem os livrinhos e que os vai ler. Mas não explicam em profundidade. Eu acho que há muita gente que não lê, principalmente aquelas pessoas que não gostam de ler. Quanto a mim, eu não sei nada sobre o parto. (...) Nessas consultas deviam aprofundar e informar a grávida. Falta informação, essencialmente para aquelas pessoas que não sabem nada. Não têm nenhuma informação (Flora, 26 anos, casada, 7º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

Verificámos, também, que a falta de tempo para realizar a consulta é condicionante para que a parteira não dê informações suficientes e profundas. Por isso, as mulheres consideram importante «adequar as intervenções face aos conteúdos e à forma de abordar os temas». Da mesma forma, gostariam que determinados temas fossem abordados de forma minuciosa, como, por exemplo, o desenvolvimento embrionário e fetal, os diferentes tipos de parto, os cuidados no pós-parto, bem como os cuidados com o recém-nascido (características, banho, cuidados com o coto, amamentação, o choro, entre outros).

Deviam dar mais informação do que dão. Por vezes, são muito superficiais. Se calhar devido ao trabalho que também têm. Muitas das vezes têm que se despachar, como se costuma dizer. E, muitas vezes, não é feito um atendimento muito personalizado. Deveriam ter mais tempo para falar mais com a grávida e explicar outras coisas ou dar outro tipo de informação (...) (Estela, 23 anos, casada, Licenciatura, 2ª gravidez).

Podiam dar mais informação, dedicar-se mais (...) e, se nos explicassem melhor, uma pessoa ia mais bem preparada [para o trabalho de parto e parto] (Eunice, 25 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

Três mulheres referiram a importância de iniciar as aulas da preparação para o parto mais cedo, isto é, antes da 28ª semana de gravidez, porque estas aulas deveriam abordar outras questões que não só o parto, nomeadamente preparar a grávida para a parentalidade. As suas sugestões apontam para que o início dessas aulas tenha lugar ainda no segundo trimestre.

(...) A partir do quarto mês, talvez... Até mesmo o relaxamento era importante, porque eu vejo que a maioria das grávidas anda muito stressada. (...) (Cecília, 28 anos, casada, Licenciada, 1ª gravidez).

Devia haver mais aulas. Logo no início da gravidez porque há todo um conjunto de fenómenos que

não são só importantes nas últimas semanas. A preparação é feita a partir da 28^a s. Se fosse mais cedo preparava um bocadinho melhor para ser mãe (Begónia, 23 anos, casada, Licenciatura, 2^a gravidez).

Acrescentamos que uma assistência pré-natal com qualidade seria aquela em que o acto assistencial e a atenção permanente à grávida, se desenvolvessem de acordo com os mais precisos e actualizados conhecimentos científicos, correctamente aplicados, associados a um tratamento pessoal personalizado e diferenciado. Podemos então afirmar que a qualidade dos cuidados não é mais do que a combinação de duas componentes: uma intrínseca, a científica, formada pelos conhecimentos e tecnologia; outra extrínseca, a percebida, referindo-se ao aspecto humano dos cuidados (Asenjo *et al*, 1989). Estudos anteriormente realizados vêm afirmando que o grau de satisfação dos utentes varia de forma directamente proporcional à idade dos utentes. Contudo, da análise efectuada, não podemos inferir esta conclusão, uma vez que o grau de satisfação é bastante positivo, independentemente da idade das utentes e do seu grau de instrução. Todavia, esta satisfação depende da existência de aulas de preparação para o parto e aulas de preparação para a parentalidade. É por isso que nos Centros de Saúde onde não funcionam esses cursos, as utentes se encontram mais insatisfeitas. Outros factores foram também identificados como condicionadores da sua satisfação como, por exemplo, o tempo de duração da consulta e a motivação da enfermeira. Não podemos esquecer que a satisfação da mulher origina o desenvolvimento de parcerias no planeamento do processo de cuidados com a enfermeira, assim como o envolvimento das pessoas mais significativas no processo de cuidar (Rodrigues, Pereira e Barroso, 2005).

2.3. Contributos das práticas educativas na transição para a maternidade

2.3.1. Para o bom desenvolvimento da gravidez

Aceitar a gravidez como um tempo de preparação para a maternidade sem que nada suceda é impossível porque é um período demasiado longo. Neste sentido, a gravidez não é uma experiência imóvel, mas um tempo pleno de vida e de significado simbólico, de transformação e desafio. Colomer (2000) salienta um dos aspectos mais característicos da gravidez é, sem dúvida, o seu carácter dinâmico, situando-a num processo de mudanças permanentes. Uma gravidez bem acompanhada terminará certamente com sucesso, dando origem a uma nova vida. Clarificando a vivência da gravidez, a maioria destas mulheres relata

sentimentos positivos aquando do diagnóstico de gravidez, mesmo quando a gravidez não foi planeada.

O primeiro impacto foi começar a chorar. (...) comecei a chorar mas era um chorar de alegria. Toda agente perguntava porque é que eu chorava, estava tão feliz ... (Branca, 30 anos, unida de facto, 12º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

Há problemas diferentes em cada gravidez e cada uma é geradora de medos e preocupações, como consequência inevitável das alterações que ocorrem durante estes nove meses. A história de gravidezes anteriores e o facto de não terem planeado a gravidez, são aspectos relevantes nestas vivências. Contudo, o sentimento dominante é de alegria, um sentimento muito peculiar que simboliza um tipo de beleza feminina. A gravidez torna-se na concretização de um sonho, de um projecto de vida que permite a unificação do relacionamento conjugal, tornando-se mais forte e mais intenso.

Ah!.... Acho que foi um turbilhão de emoções. Alegria, ...claro, fiquei muito contente, depois fiquei em estado de choque, depois comecei a chorar, depois pensei se ia conseguir dar conta do recado, digamos assim, mas o sentimento que perdurou foi a alegria porque era uma coisa que eu queria muito. (...) Acho que é uma experiência única. É muito bonito. É mais uma etapa. É talvez a mais bonita, embora depois, também seja muito bom, mas acho que é uma coisa que só nós as mulheres conseguimos dar aquele valor que merece porque só nós é que conseguimos sentir. (...) acho que é um sentimento, um sentimento nosso (Berta, 24 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Algo de importante, o concretizar de um sonho que eu sempre quis. Chegava a dizer: posso não ser nada na vida mas ser mãe gostava muito (Débora, 33 anos, casada, Licenciatura, 1ª gravidez).

Principalmente, em primeiro lugar, a felicidade. Estou felicíssima. Acho que, neste momento considero-me a mulher mais feliz do mundo, e depois é assim, a nossa união ficou mais forte. Ela já era forte, mas acho, que ainda ficou mais forte ainda com esta gravidez (...) (Beatriz, 27 anos, casada, 9º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Da análise dos dados, ressaltaram três dimensões da contribuição das práticas de educação para a saúde durante a vigilância pré-natal: “pouco contribuíram”, “adquirir novos conhecimentos” e “viver a gravidez de forma mais saudável”. Neste âmbito, duas grávidas mencionaram que as práticas educativas «pouco contribuíram» para a mudança de comportamentos durante a gravidez, uma vez que já tinham antes comportamentos saudáveis.

Neste sentido, não necessitaram de mudar os seus comportamentos. Estas grávidas residem em áreas predominantemente urbanas. Desta forma, reportando-se essencialmente à nutrição, os ensinamentos transmitidos não foram necessários. Este tema foi assumido por algumas enfermeiras como importante e evidenciado sempre em cada consulta. Isto significa que a enfermeira especialista tem que ter discernimento para perceber a posição e as necessidades da grávida, desvendando as situações que a estão incomodar, bem como, o motivo prioritário da sua vinda à consulta.

Uma outra grávida relatou que a ausência de ensinamentos, ou a sua superficialidade, contribuiu para que vivesse a sua gravidez de forma mais ansiosa. Esta, alerta ainda, para a necessidade das enfermeiras abordarem determinados temas de forma mais pormenorizada como, por exemplo, o trabalho de parto e o parto. Vejamos a seguinte narrativa.

Vivi a gravidez muito ansiosa. O último mês é o pior de todos. São os formigueiros que aparecem durante a noite (...). Não se consegue dormir e, depois (...) nunca mais chega a hora do nascimento. E, durante o dia, estava sempre a pensar. Sonhava muito com o parto. Aquela ansiedade. Se me tivessem explicado, se calhar ficaria um bocadinho mais sossegada (Graça, 23 anos, unida de facto, 9º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Das cinquenta mulheres entrevistadas, dezanove salientaram que as práticas educativas desenvolvidas pelas enfermeiras especialistas permitiram «adquirir novos conhecimentos». Os mais sublinhados foram as alterações corporais e os cuidados com o corpo (n=24), a alimentação (n=19), os cuidados com o recém-nascido (n=16), a amamentação (n=15), o desenvolvimento fetal (n=12), o parto (n=12), a sexualidade (n=7), o pós-parto (n=5) e a toma de medicação (n=3). Da observação efectuada às várias consultas, verificamos que a educação para a saúde oscila entre momentos de informação e momentos de esclarecimento sobre estes temas.

Sim, aprendi coisas sobre a sexualidade, sobre o exercício, isto é, como me baixar e evitar pesos (Amélia, 25 anos, casada, 9º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Aprendi muitas coisas novas. Quase tudo. Relembrar só se foi em termos do crescimento embrionário, mas em termos do que se sente, do que fazer, que cuidados ter, isso foi tudo novo (Cecília, 28 anos, casada, Licenciada, 1ª gravidez).

Temos falado de muita coisa embora algumas coisas não me sejam estranhas porque já vivi uma experiência. Temos falado da epidural, como dar banho ao bebé (...) O enxoval, como se deve preparar os peitos. Tudo isso (Érica, 30 anos, divorciada, 9º ano de escolaridade, 2ª

gravidez).

A adopção dos diferentes tipos de comportamentos em função dos conhecimentos adquiridos, manifestou-se claramente na opinião das mulheres. As restantes entrevistadas (n=32) aludem que os ensinamentos efectuados contribuíram para «viver a gravidez de uma forma mais saudável». Estes aspectos lembram-nos a definição de educação para a saúde de Rochon (1991) explicitada no enquadramento teórico e que alude ao facto desta se destinar a facilitar as mudanças voluntárias para uma vida saudável. O *modus vivendi* das grávidas foi-se alterando à medida que estas foram recebendo os conteúdos científicos na educação para a saúde como, por exemplo, passar a comer legumes, fazer refeições mais equilibradas, controlar os esforços, evitar pegar em pesos, não fumar, não beber bebidas alcoólicas, criar um ambiente calmo com poucas actividades, sempre com o objectivo de promover uma melhor qualidade de vida mas, essencialmente, com o objectivo de proteger a criança que se encontra no seu ventre. No estudo realizado por Valentini (1987), no Québec, esta autora descreve que as prescrições e interditos estão bem presentes nos discursos dos profissionais de saúde durante a vigilância pré-natal. Esta autora descreve que estas prescrições e proibições são apresentadas no discurso pré-natal como um constrangimento ao qual a mulher deve ser sujeitada e, sugerem à mulher o abandono de “coisas más” para “coisas boas”.

Os meus comportamentos mudaram. Eu costumava ser uma pessoa muito activa, aliás, trabalhava quase 14 horas por dia porque eu era trabalhadora independente. Então, tive mesmo de parar porque não é possível. Antes, dormia apenas 5 horas por dia e, agora, durmo ente 8 e 10 horas. Estas mudanças são notáveis porque eu não costumava estar muito tempo em casa. Temos que pensar mais no nosso filho (Cecília, 28 anos, casada, Licenciatura, 1ª gravidez).

(...) Sou uma pessoa que vive muito o stress. Ando sempre a correr. (...) Agora saio de casa, ando a pé, faço piscina ao sábado à noite para aliviar um bocadito, mas as aulas e todo este acompanhamento ajudaram-me a ficar mais calma (...) (Flávia, 22 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

É precisamente neste contexto que a necessidade de falar dos seus medos é primordial. Porém, parece-nos que as práticas educativas não respondem sempre a esta procura. *La compréhension et la prise en conte des états émotionnels intrinsèques à l'état de grossesse sont pour beaucoup de professionnels, méconnus; cela peut entrainer soit un déni, soit une banalisation des souffrances* (Association Sages-femmes et Recherches, 2000, 310).

Em suma e comparando os resultados obtidos, constatamos que foram as mulheres

seguidas no Centro de Saúde de Braga e de Vila Verde, que mais manifestaram a opinião de que as práticas educativas permitiram adquirir novos conhecimentos (40%) quase o dobro das manifestadas pelas grávidas seguidas em Vieira do Minho (23%). Na terceira dimensão, viver a gravidez de uma forma mais saudável, estas diferenças não se verificaram.

2.3.2. Para o sucesso do parto

Dar à luz uma criança não é apenas um acto fisiológico, mas, primeiro que tudo, constitui um evento definido e desenvolvido num contexto cultural. Kitzinger (1996) e Gélis (1988) descreveram o processo de nascimento como um processo social e não apenas como um acto biológico, que revela o testemunho de uma sociedade. O parto é considerado como um acontecimento muito significativo para a generalidade das mulheres. *O momento do parto e nascimento é geralmente carregado de expectativas e preocupações para a gestante, para a sua família e para a equipa que acompanha o processo* (Mendes, Calvo e Coelho, 2006, 207). Todavia, e apesar do avanço do conhecimento, este é ainda povoado de dúvidas, de mistérios e de medos. Vejamos os seguintes relatos.

Tenho medo do parto. Não sei muito bem. É por isso que eu queria visitar a maternidade, não é. Quero ver como é aquilo, chega-se lá e eu não sei. Dão-me as dores, não é. Eu chego lá, para onde é que vou (Dores, 18 anos, solteira, 9º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Não, neste momento o que me preocupa é como vai correr o parto. É o medo do parto em si. A gente não saber se vai sofrer muito, se vai sofrer pouco. Se vai ser muito fácil ou não, é tudo muito desconhecido (Avelina, 32 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Da observação efectuada nas consultas de enfermagem, notamos que para uma grande maioria das mulheres, o parto é, ainda, um absoluto enigma, podendo ser fantasiado como “um salto no escuro” onde prevalece o desconhecido e o inesperado associado ao risco. A literatura existente sobre esta matéria foca-se, essencialmente, no medo e na ansiedade causada pela aproximação do parto, do tipo de parto, bem como na analgesia que a pessoa deseja ou, ainda, no planeamento e na preparação para o parto (Costa, Figueiredo, Pacheco e Pais, 2003). Podemos salientar que o parto representa uma mudança radical na vida da mulher sendo mesmo considerado um momento de importância capital, uma vez que se traduz no nascimento do seu filho. A alegria e a felicidade estão frequentemente associadas, não encontrando, por isso, palavras para descrever este momento único. *Uma coisa boa, não dá para*

explicar (Flora, 26 anos, unida de facto, 7º ano de escolaridade, 2ª gravidez). *Uma experiência única mesmo. Uma coisa fenomenal que não dá para explicar mesmo* (Catarina, 27 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

A maior parte das mulheres, tende a falar da sua vivência do parto como uma experiência difícil, embora seja um acontecimento que apontam como importante, uma vez que é o momento em que contactam pela primeira vez com o “filho real”. Todavia, por vezes, o parto é considerado também como uma experiência traumatizante. A asserção que se segue demonstra bem esse facto.

Horrível. (...) Deram-me medicamentos mas não faziam efeito. Parece que... Foi pior meter a epidural. Eles começaram a dar-me de meia em meia hora remédios. (...) Eles diziam que era impossível ter tantas dores, mas eu tinha as dores. (...) Eu estive assim durante duas horas, com uma dor horrível aqui no fundo [apontou para o abdómen]. Parecia que ia morrer. Era uma coisa horrível. Então, o meu marido disse. É melhor fazer cesariana. Eu prefiro que ela vá para cesariana. E eles, não queria. (...) Ai! Eu sofri muito. Para o que me diziam que a epidural não era nada e eles diziam que não podia ser que o medicamento tinha que fazer efeito. E não fez efeito (Amélia, 25 anos, casada, 9º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

As complicações, as alterações e a história de partos anteriores cujo desenvolvimento culminou em cesarianas ou partos distócicos, fazem com que estas mães considerem o parto como algo doloroso, desconfortante e de mal-estar. Não podemos esquecer que a dor é uma experiência individual incómoda, subjectiva e que varia de intensidade de pessoa para pessoa. Couto (2003) salienta que a dor é uma forma de comunicação que deve ser analisada e valorizada pelos profissionais de saúde. É de salientar, ainda, o facto das mulheres que foram submetidas a cesariana ficaram um pouco desiludidas porque se tinham preparado para um parto eutócico.

Por acaso fiquei desiludida porque já estava mentalizada que ia ser parto normal. Andei nas aulas de preparação para o parto. Li muitas coisas sobre o parto normal. E como a gravidez em si estava a ser diferente, da minha primeira, estava mesmo resolvida a ser parto normal. E fiquei muito desiludida. (...), mas não é isso, eu já fiz uma cesariana [do primeiro filho também foi cesariana], mas é aquela desilusão, mais uma vez senti que falhei (Augusta, 32 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

No que diz respeito aos contributos da educação para a saúde, encontrámos um número razoável de opiniões de que as práticas desenvolvidas durante a gravidez «não contribuíram para o sucesso do parto» (n=15). As causas indicadas para explicar este fracasso,

expressam a preparação inadequada ou incompleta durante o curso de preparação, o facto de não terem tido qualquer tipo de informação durante as consultas individuais, por não terem participado nas aulas de preparação para o parto, mas também, o facto de terem sido submetidas a cesarianas em vez de partos eutócicos.

Não aprendi nada sobre o parto. E assim, só tinha teoria que eu li porque prática não tinha nenhuma. Talvez se tivesse feito, penso que seria mais fácil. Embora eu achasse que estava calma, mas, no momento da dor... (Alice, 30 anos, casada, 6º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

No mesmo sentido, onze mulheres referiram «não ter conseguido pôr em prática os conhecimentos» que lhe foram ensinados durante as aulas. Na opinião dessas mulheres, as dores eram muito fortes sendo impossível controlá-las. Assim, apesar dos conteúdos aprendidos serem suficientes, no momento de os aplicar, estes foram esquecidos. A capacidade da pessoa para não se recordar das informações dadas na consulta pode ser influenciada por vários factores, designadamente, a ansiedade, os conhecimentos e o nível intelectual, bem como com a transmissão de informação ter sido pouco compreensível, o que dificulta a memorização.

Eu estava com medo de não conseguir puxar, porque a dor era tanta, tanta, tanta. Eu tentava regular a respiração só que era impossível, porque a médica estava a puxar por baixo, a parteira a carregar por cima na barriga e a minha cunhada a dizer-me para eu segurar nos ferros para ajudar. Só que as dores eram tantas, tantas, que eu descontrolei-me. É tanta coisa que nos explicam que uma pessoa chega a este momento e esquece tudo. (...) (Branca, 30 anos, unida de facto, 12º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

Na perspectiva das entrevistadas, um factor que contribui para não conseguirem pôr em prática os conhecimentos aprendidos, foi a presença do marido/companheiro no momento do parto. O não ter participado nas aulas de preparação e, conseqüentemente, não saber como actuar perante a situação da mulher apresentar contracções dolorosas, levou a que este se tivesse tornado incomodativo, em vez de ser entendido pela parturiente como um suporte.

(...) tive alguma dificuldade na parte da respiração, consegui chegar lá aos bocadinhos. Mas (...) acho que poderia ter conseguido melhor porque na altura as dores eram muito fortes e descontrolei-me. Penso que se calhar por ter o marido ao pé de mim. Sempre que vinha uma dor, ele queria ajudar mas acabava por atrapalhar e eu penso que isso se deve ao facto dele não ter frequentado comigo as aulas. Se fosse, percebia que eu que tinha que ficar concentrada e na altura que me via preocupada, ele desconcentrava-me. E, então, tinha que voltar outra vez ao início (Berta, 24 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

«Conhecer melhor a situação» (n=3), não ter medo do desconhecido, foi um dos contributos das práticas educativas durante a gravidez. Estes aspectos foram importantes porque, no caso de acontecer alguma complicação, a parturiente tinha a percepção do que lhe estava a acontecer mantendo, contudo, a serenidade.

Tudo o que é desconhecido para mim, por exemplo uma consulta ou um exame faz-me pensar muito nesse acontecimento. Mas, no domingo à noite e na segunda estava muito tranquila. Tinha a noção de que tinha que passar por aquelas horas todas porque a enfermeira esclareceu-nos muito bem sobre o que ia acontecer. Sendo uma primeira gravidez, isto iria demorar algumas horas. Por isso, encarei-o como se fosse normal, e era normal. (...) estava tranquila e estava com paciência. Sempre tinha a noção de que o parto não ia ser de um momento para o outro. Ia levar o seu tempo (...) (Benedita, 31 anos, casada, Licenciatura, 1ª gravidez).

Finalmente, as práticas aprendidas permitiram que a mulher «participasse de forma activa durante o trabalho de parto e no parto», adoptando as técnicas de respiração adequadas à fase de trabalho de parto. Foram 21 mulheres que assinalaram esta dimensão das quais, n=5 (50%) do Concelho de Vila Verde, n=6 (46%) de Vieira do Minho e n=10 (37%) do concelho de Braga. Assim, a dor tornou-se tolerável ficando a mulher mais tranquila.

Ajudou muito porque eu, às vezes, quando sentia as contracções e não fazia a respiração, ou porque estava com alguém e estava a falar e não estava concentrada, elas [contracções] eram mais dolorosas. Por isso, quando eu fazia a respiração elas iam atenuando mais facilmente. Valeu a pena. E no período expulsivo também. Fazer a respiração correcta ajuda imenso (Rosa, 32 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Foi graças ao que eu aprendi que consegui puxar e manter a respiração com as contracções. Valeu muito, valeu. Consegui concentrar-me e puxar mesmo em baixo, sem me concentrar no estômago ou na cara. Foi bom (Celina, 37 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

Como “ideia chave”, podemos referir que a preparação para o parto, segundo o método psicoprofilático, enquanto momento de educação, foi entendida pelas utentes como contributo positivo para o parto. Outros estudos, tais como, Bento (1992) e Couto (2006), evidenciaram também, que as mulheres que praticaram as aulas de preparação para o parto adquiriram maior conhecimento sobre o trabalho de parto e maior confiança, revelando, na sua maioria, um trabalho de parto menos doloroso e mais participativo. Podemos destacar que, no âmbito do parto, a colaboração e o controlo foram dois aspectos de grande relevância. A utilização de técnicas de respiração e de relaxamento apropriadas contribuíram para o sucesso do trabalho de parto e do parto. A análise dos resultados permite-nos ainda identificar

diferenças significativas nos comportamentos entre as parturientes que efectuaram preparação para o parto e as que não o fizeram.

2.3.3. Enfrentar o nascimento da criança no primeiro mês de vida

Maldonado (1989) refere que o facto de alguém ter um filho conduz a profundas alterações intra e interpessoais, susceptíveis de gerar ampliações e modificações dos aspectos da identidade de cada membro familiar. A esse propósito, a preparação para a maternidade ou, de forma mais precisa, a preparação para a parentalidade, consiste numa *démarche* estruturada de prevenção, de educação e de orientação da mulher e do companheiro que deve ocorrer durante a vigilância pré-natal. Na perspectiva das mulheres, as práticas educativas realizadas durante a vigilância pré-natal foram entendidas nas seguintes vertentes: “contribuíram nos cuidados com o seu filho”; “contribuíram parcialmente para cuidar do filho” e “não ajudaram no primeiro mês”.

No que diz respeito aos contributos das práticas educativas «para cuidar do seu filho», são diferenciados dois cenários: prestação de cuidados na maternidade e prestação de cuidados em casa. Aquando do internamento na maternidade, verificámos que as mulheres conseguem atender às necessidades básicas da criança recém-chegada, na medida em que conseguiram amamentá-la, vesti-la, mudar-lhe a fralda e dar-lhe carinho. Contudo, demonstraram maior dificuldade em dar-lhe o banho e em prestar-lhe alguns cuidados, designadamente ao coto umbilical. De facto, cuidar de um filho é quase sempre trespassado por muitas dúvidas e requer dos profissionais de saúde um grande suporte. Não obstante as dificuldades, com ajuda destes profissionais estas foram, quase sempre, superadas.

Nas consultas eu não aprendi nada. Foi aqui na maternidade que me ensinaram. Ainda não dei banhinho porque são as enfermeiras. Os cuidados com o cordãozinho, mudar fraldas, a amamentação, explicaram-me tudo. Embora, penso que era importante aprender isto na gravidez (Antónia, 30 anos, unida de facto, 6º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Relativamente ao regresso a casa e enfrentar a criança no primeiro mês de vida, as práticas educativas pouco, ou nada, contribuíram para o bem-estar do grupo familiar.

Tentei pôr em prática aquilo que aprendi. Em relação a ele logo no início, era tentar mantê-lo sempre agasalhado porque perdem muito calor, principalmente na cabecinha. Tentar dar de mamar sempre, mesmo que durma, tentar acordá-lo para dar de mamar para não passar muitas horas, porque depois

pode ter uma quebra de tensão ou assim. E deixá-lo descansar também. Uma coisa muito importante, é haver tranquilidade entre a mãe e o filho (...). O primeiro banho foi a enfermeira que lho deu, e o coto também. Mas ela explicou-me, embora eu já tivesse aprendido na consulta. Esses conhecimentos ajudaram. O facto de saber e ter a informação anterior, é bom porque não estamos às escuras (...) (Catarina, 27 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Na análise dos relatos, confirmamos que algumas mulheres não conseguiram cuidar do seu filho, dando como explicação para este facto, cinco razões principais. A primeira, relaciona-se com a falta de ensinamentos e aprendizagem durante a gravidez: *não aprendi a dar banho ao bebé, nem os cuidados ao coto, nada*. Esta frase repetiu-se frequentemente nos depoimentos das mulheres residentes tanto em áreas urbanas como em áreas rurais. Constatámos que, mesmo as mulheres que frequentaram a preparação para o parto, não interiorizaram os cuidados a ter com a criança uma vez que as aulas versavam, sobretudo, o trabalho de parto e o parto.

A segunda, liga-se com o internamento do filho na unidade de cuidados intensivos neonatais. Sendo um ambiente diferente onde as tecnologias estão presentes, era difícil implementar o que a mulher aprendeu.

A terceira, refere-se às diferenças entre o que aprendeu no Centro de Saúde e o que é realizado em termos da maternidade. Na opinião das entrevistadas, surgem várias divergências nos ensinamentos realizados pelos diferentes profissionais. Essas dissonâncias verificam-se, essencialmente, na técnica do banho, no posicionamento da criança no berço e no local onde o recém-nascido deve dormir (cama da mãe *versus* berço), na técnica da amamentação, bem como na duração da mamada. Face às divergências de opinião, a puérpera permanece confusa, insegura e incapaz de cuidar eficazmente do seu filho. Neste âmbito, o profissional de saúde necessita de verificar sempre a validade científica das informações que transmite. Sandrin-Berton (2006) indica que, normalmente, os conselhos são formulados em função do estado actual dos conhecimentos científicos. Todavia, estes vão evoluindo com o tempo e, por vezes, contradizem-se. Esta incoerência nos conteúdos transmitidos parece ser consistente com a insatisfação que muitas mulheres manifestaram. Um outro aspecto a frisar, relaciona-se com uma interligação efectiva entre os dois níveis de cuidados: Cuidados de Saúde Primários e Cuidados Hospitalares, uma vez que estes dois níveis se completam. Deste modo, para que os cuidados sejam prestados de uma forma mais global e a mulher vivencie a adaptação à maternidade com maior tranquilidade, é importante conceber em conjunto um “manual de boas práticas” sobre os cuidados a ter com o recém-nascido e com a puérpera, baseados em bibliografia científica recente, de modo a que todos falem em sintonia.

A quarta, está pautada com problemas que ocorrem e que a mãe não conseguiu resolver (o choro do recém-nascido, o aparecimento de gretas nos mamilos, mastites, *et cetera*), que, frequentemente, também está relacionada com informações divergentes que a mulher vai recebendo ao longo do primeiro mês pós-parto e que envolve outros profissionais de saúde, nomeadamente, médicos obstetras ou pediatras, como no caso que se segue.

Fiquei triste quando não consegui amamentar porque investi muito durante a gravidez, investi muito na amamentação. Estava mentalizada para amamentar. (...) fiquei triste por ter acontecido isto [fez uma mastite] e custou-me e está a custar não vou dizer que já passou. (...) Eu penso que foi o facto de ter usado a bomba e não devia. (...) A pediatra disse (...) que eu tinha bastante leite e disse para eu tirar com a bomba o excesso. (...), aliás, ela [a pediatra] não disse para tirar o excesso com a bomba depois dele mamar, disse para eu tirar antes e depois ele mamar de seguida. Então eu tirava antes e ele mamava. Só que ele nunca sugava até ao fim. Esse resto que ficou foi precisamente o que encaroçou (Catarina, 27 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Finalmente, a quinta razão, refere-se à forma de execução das práticas educativas realizadas na vigilância pré-natal no Centro de Saúde. O recurso a metodologias pouco activas condiciona a aprendizagem das grávidas. Este aspecto já foi analisado anteriormente, indo de encontro aos resultados encontrados nas entrevistas das enfermeiras e ao observado pelo investigador e está associado ao modelo hegemónico ou tradicional (modelo educativo mais transmissivo). Apreciemos a seguinte narrativa:

(...) Não treinei durante as aulas de preparação. Só vimos uma simulação. Também era importante treinar, porque ao ver ficamos com uma ideia, ao fazer guardamos muito melhor a informação, do que só estivesse a ler. Uma pessoa lê, lê, lê... mas chega a um ponto que se não fizer também esquece. Eu acho que também era importante praticar um bocadinho. Se calhar há mais informação que poderia ser fornecida. A maneira como foi feita, eu gostei, mas poderia haver outro tipo de aulas. As aulas deveriam ser mais práticas, mais activas, (...). Existe matérias que poderíamos tornar aquilo um pouco mais activo, tornar aquilo um pouco diferente, para ajudar a adaptação à maternidade. Essencialmente depois do bebé nascer ainda é novidade e faz-nos mais falta (...) (Estela, 23 anos, casada, Licenciatura, 2ª gravidez).

Aquando do regresso a casa, a presença de uma criança é geradora de alterações radicais na vida da mãe que deixa de realizar, ou tende a adiar, algumas actividades, vendo-se obrigada a assumir compromissos para os quais, muitas das vezes, não está prevenida nem preparada. Recordemos alguns relatos:

Foi muito complicado. O primeiro mês foi horrível. Posso dizer que foi mesmo horrível. (...) porque o

bebé não dormia a noite toda. O meu marido vinha cansado do trabalho e eu é que tinha que estar ali com o menino porque ele chorava, ou tinha fome, ou estava tão mal disposto. (...) Foi muito cansativo (Bruna, 28 anos, casada, Licenciatura, 2ª gravidez).

É difícil ser mãe. Aquela canseira, não se pode dormir aquelas noites todas sossegadas, é bom mas ao mesmo tempo, é complicado. É muita responsabilidade. Estamos sempre com o medo de o aleijar... (Avelina, 32 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

No Centro de Saúde nunca aprendi. Esta passagem para ser mãe devia ser melhor preparada (...). Mas, uma pessoa não sabe. Depois, temos que recorrer às mães ou às madrinhas que fazem esse trabalho nos primeiros tempos, quando são pequeninhos, porque as mães não conseguem. Então se tivessem ensinado era melhor (Eunice, 25 anos, casada, 12º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

Neste cenário, as dificuldades surgem ainda com maior intensidade, uma vez que a parteira, recurso fundamental para ajudar na prestação de cuidados no internamento, deixou de estar permanentemente presente na vida quotidiana desta nova família. Aqui, o recurso ao marido e à mãe/sogra, torna-se mais presente. Assim, o ambiente diário do casal altera-se profundamente, implicando um modo de vida partilhado em virtude da fragilidade do recém-nascido. O facto de este ter um ritmo de vida específico, como acordar durante a noite, interfere no padrão de sono da família, podendo mesmo gerar algum *stress* no seio da vida familiar. Todavia, *a relação que vai sendo construída transcende as individualidades e precisa de ser bem cuidada para que seja significativa e consiga ter permanência* (Maldonado, 1989, 17).

As dificuldades podem ser classificadas em dois tipos: “dificuldades relacionadas com a identificação das necessidades da criança” e “dificuldades relacionadas com os cuidados a prestar ao recém-nascido”, nomeadamente os cuidados de higiene e de conforto. A criança aparece como uma novidade, um ser que deve ser protegido e cuidado.

A única coisa que eu tive dificuldade foi o choro dele, saber porquê. E se calhar aí, o meu stress a minha angústia, de o ver chorar e de não poder fazer nada. Aí foi a minha maior dificuldade. (...) (Bruna, 28 anos, casada, Licenciatura, 2ª gravidez).

Algumas consequências destas mudanças evidenciam que, durante o primeiro mês após o nascimento, a mulher não tem tempo para cuidar de si nem do marido. Embora o recém-nascido realmente necessite de toda a atenção, algumas mulheres acabam por se esquecer de si próprias. Só depois de terminar “o mês de resguardo” é que começam a

demonstrar maior disponibilidade para o casal.

Por enquanto, estou a dedicar-me exclusivamente à minha filha. Porque o primeiro mês, não convém muito sair, as correntes de ar, as mudanças de temperatura. Agora o tempo é tão diferente. Eu prefiro mais estar aqui por casa. (...) Mas é claro que não tenho aquele tempo onde eu digo, “vou desligar, vou me dedicar a mim ou vou dar uma saída”. Não, por enquanto ainda não tenho essa possibilidade... Ainda estamos muito focados nela. Apesar de agora, ultimamente, já estarmos os dois, falamos mais de nós. Agora, se calhar, já há mais carinho. (...) Agora já conseguimos descansar mais um bocadinho, não é... Já estamos mais relaxados porque já sabemos mais ou menos como as coisas funcionam. (...). Já conseguimos os dois assim ao fim de jantar ver televisão (...) (Albertina, 21 anos, casada, 6º ano de escolaridade, 1ª gravidez).

Para resolver estes obstáculos, a mulher carece de uma rede de suporte social como, aliás, já foi referido e analisado nos capítulos anteriores. O apoio ao casal no pós-parto é fundamental para promover o reajustamento e o equilíbrio pessoal e familiar. Assim, a necessidade de apoio no puerpério fica evidenciada, principalmente, quando o desejo de um encontro de mães no pós-parto aparece enquanto estratégia de suporte.

Se houvesse cursos após o bebé nascer era bom, a gente poderia perguntar a outras mães e à enfermeira, e partilhar em conjunto as dificuldades que vivemos e arranjar soluções (Ester, 32 anos, unida de facto, 12º ano de escolaridade, 2ª gravidez).

As entrevistadas acrescentaram a necessidade de haver cursos nos primeiros meses de vida para as ajudar a cuidar dos seus filhos. Estes seriam um espaço onde, simultaneamente, se poderiam partilhar sentimentos, trocar experiências, receber orientações importantes e dividir alegrias e sofrimentos com outras mulheres que tiveram o mesmo percurso. Esses cursos permitiriam, também, rever os conhecimentos aprendidos durante a gravidez e resolver determinadas situações que poderiam acontecer (e.g., cólicas, choro, alguma doença). Assim, parece-nos que as mulheres gostariam de se tornar mais “dependentes de um único profissional de saúde” que as acompanharia durante a gravidez, o parto e o pós-parto. Importa também realçar a necessidade de nestes cursos se criar as condições para poder estar com alguém com quem partilhasse algo e que também está a viver um momento de transição. Deste último discurso ressalta a necessidade de um espaço de interação como oportunidade de construção ou reconstrução de um conjunto de saberes. Santos (2009, 55) refere que *nesse lugar seria possível sentar, conversar trocar ideias, o lúdico emerge enquanto dispositivo capaz de tornar esse momento mais prazeroso, mais divertido, o que demonstra que ele tem um significado no imaginário das pessoas.*

A visitação domiciliária, como momento propício para obter apoio e estabelecer relações no âmbito da educação para a saúde individual, também foi referida como um recurso importante para ajudar a mulher a superar estas dificuldades. Verificámos que, apenas num dos Centros de Saúde, esse recurso é oferecido às mulheres, de forma regular. Neste âmbito é necessário repensar as medidas de apoio que são dadas às mães durante o puerpério.

Os resultados indicam que das cinquenta mulheres, vinte sete relataram que as práticas educativas realizadas durante a sua gravidez não contribuíram para enfrentar as dificuldades neste primeiro mês de vida. Quando analisámos e comparámos os diferentes relatos, constatámos que as mulheres que fizeram a vigilância pré-natal no Centro de Saúde de áreas rurais, não verbalizaram tanto esta vertente. A principal razão é a falta de ensinamentos sobre os cuidados à criança durante a gravidez, quer nas consultas individuais, quer nas aulas em grupo no âmbito da preparação para o parto. Este facto levou a que muitas destas mães tivessem de recorrer às suas próprias experiências ou à ajuda de familiares. Por isso, importa destacar, ainda, a necessidade de implementar programas de promoção de saúde eficazes durante a consulta de enfermagem de vigilância pré-natal de forma a integrar o processo educativo, para facilitar a adaptação da mulher/casal à nova dinâmica familiar. É a partir das preocupações ou dificuldades apresentadas que as enfermeiras têm que oferecer meios para fortalecer o saber e ultrapassar as barreiras. Assim, para que este processo de educação para a saúde seja eficaz, tem que se fornecer à mulher meios para que esta se torne mais autónoma e mais auto-confiante nos cuidados a prestar ao seu filho.

Fazendo uma sinopse sobre o que acabámos de escrever neste capítulo, salientamos que tornar-se mãe não é um processo solitário nem isolado. Frequentemente, a mulher obriga-se a seguir um conjunto de parâmetros que enformam um modelo de maternidade ajustado proporcionado pelos peritos, uma vez que o compromisso materno pode não ser suficiente (Monteiro, 2005). Um dos objectivos do programa de vigilância pré-natal inscreve-se entre as orientações prioritárias da Organização Mundial da Saúde e da Direcção-Geral da Saúde para a promoção da saúde e consiste em responsabilizar as grávidas pela sua saúde e pela saúde do seu filho. Neste contexto, o acompanhamento implica uma forma de ser mais natural onde as características reflectem mais um *saber ser* que um *saber fazer*. Para a maioria das entrevistadas, a gravidez complementa uma nova etapa de concretização da unificação da relação amorosa, ou, melhor dizendo, a vinda de um filho evoca o sentido de uma relação íntima muito forte entre o casal e a construção de uma nova família que pode ser vista como idêntica ou melhor do que a família de origem. Para quase todas as mulheres, ter um filho

coincide com a materialização de um sonho, de um projecto de vida sem igual. A gravidez parece de imediato saciar uma sede de atenção e de saber, até então não saciada.

Por isso, as mulheres recorrem, essencialmente, a quatro tipos principais de fontes para satisfazer as suas necessidades: a família, a leitura em revistas, a pesquisa na internet, bem como os profissionais de saúde, onde se destaca a enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica. Embora os profissionais de saúde sejam considerados “os peritos” ou “as pessoas competentes na matéria” para acompanhar e clarificar a mulher no processo de aprendizagem ao longo do ciclo gravídico-puerperal, muitas destas grávidas apontaram as mães, as sogras e o marido como agentes na transmissão de saberes sobre a gravidez, o parto e o pós-parto. Deste modo, podemos vislumbrar que a transmissão intergeracional e familiar de conhecimentos continua a ter algum poder na vida quotidiana destas mulheres. Apesar da preferência pela parteira se destacar, o médico foi indicado por duas mulheres como sendo a pessoa em quem mais confiavam para promover a saúde. Constatámos, porém, que esta confiança se reporta essencialmente a questões de ordem técnica: vigiar a saúde física e o bem-estar da mãe e da criança.

Referirmos anteriormente que as práticas educativas no decorrer da vigilância pré-natal, se efectuaram de forma individual ou em grupo. Habitualmente, o processo educativo é restringido durante a consulta ao fornecimento de informações sobre alguns aspectos relacionados com a gravidez, o parto e os cuidados com o filho. Frequentemente, os conselhos foram centrados sobre a pessoa que os dá, como por exemplo: *agora que está grávida, aconselho-vos a deixar de fumar, a não fazer esforços ou a comer pouco e mais vezes (...)*. Verificámos que a participação em acções de grupo propicia uma maior aprendizagem e desenvolvimento pessoal, uma vez que as grávidas partilham as suas vivências gerando-se, por um lado, um clima de compreensão e entendimento e, por outro, um alargamento das possibilidades das mulheres se auto-conhecerem e diversificarem mais as suas relações. A preparação para o parto apresenta um impacto positivo na diminuição da vulnerabilidade emocional da mulher quer na gravidez quer no pós-parto (Gomes e Pereira, 2007), embora, esta avaliação nem sempre se tenha verificado. Adita-se ao carácter prescritivo de determinadas práticas educativas, a escassez de informação sobre os cuidados ao recém-nascido, as suas características, para além da forma de resolução de determinados problemas que possam surgir.

Observámos que, nalgumas unidades de saúde, essencialmente nas que se encontram em áreas predominantemente e mediamente urbanas, a educação para a saúde foi classificada pelas utentes como inadequada, porque não as preparou adequadamente para o seu papel de

mãe. As origens psicossociais das grávidas (imigrantes, culturas diferentes, proveniência geográfica, o tipo de trabalho, entre outros) e os saberes familiares, não foram sempre tidos em atenção no planeamento dessas mesmas actividades. Assim, determinados assuntos abordados no pré-natal (*e.g.*, sexualidade gravidez e pós-parto, cuidados com o recém-nascido, características do recém-nascido, dificuldades que possam surgir aquando da amamentação), foram tratados de uma forma leviana e, raras vezes, houve uma participação activa da grávida. Podemos, por isso, afirmar que as acções de saúde foram mais centradas no assistencialismo (*no saber fazer*) do que na promoção de saúde. Neste sentido, observámos que nem sempre houve por parte da enfermeira especialista a preocupação em desenvolver uma capacitação contínua da utente.

Contudo, as consultas em grupo comprometem as pessoas a efectuar uma reflexão participativa sobre a melhoria da qualidade dos cuidados (Baumann, 2002). Na sua maioria, as mulheres submetidas à preparação para o parto ficaram satisfeitas, uma vez que as actividades desenvolvidas permitiram viver a experiência do parto com menos medos, permitindo-lhes ainda ser protagonistas activas nesse processo. Outras, porém, tiveram dificuldades em assumir um papel participativo no trabalho de parto mesmo com a colaboração e a ajuda dos profissionais de saúde da unidade de cuidados do Bloco de Partos. Destaca-se, ainda, que as mulheres que não realizaram a preparação para o parto foram incapazes de cooperar no parto porque, segundo elas, não tinham os conhecimentos prévios sobre as actividades a realizar.

Assim, os relatos evidenciaram a existência de práticas educativas rotineiras e condicionadoras baseadas no modelo hegemónico, já descrito. Sublinham, ainda, a falta de interesse e de comprometimento de algumas enfermeiras, uma vez que se limitam a discutir os temas relacionados com a gestação, o parto e o pós-parto, embora de forma imprecisa. Observámos também práticas centradas no profissional de saúde mais do que nas necessidades efectivas da grávida/família. Não podemos esquecer que a educação para a saúde tem que estar centrada na utente como um todo e, mais precisamente, na relação entre a enfermeira especialista e a grávida, com o propósito de aumentar a autonomia da grávida. Isto implica uma relação de equidade entre os dois protagonistas. Sandrin-Berton (2006) revelou a necessidade de admitir que o saber científico só encontra um sentido ao se confrontar com o saber das pessoas sobre a realidade da vida.

No entanto, é necessário acrescentar que da observação efectuada, verificámos que o medo do parto está sempre presente nas questões das utentes “quero preparar-me melhor”. Após o momento tão temido, as necessidades são de outra ordem, ou seja, a maternidade

assume outros contornos perante a presença real do recém-nascido que carece de cuidados em que a mulher não se encontra efectivamente preparada. Assim, *os métodos usados na educação para a saúde, quer pelos profissionais, quer pelas próprias grávidas, revelaram grande discrepância entre a necessidade e a oferta* (Couto, 2006, 192). A oferta de demonstração de técnicas, como por exemplo, a demonstração do banho ao recém-nascido e depois a execução dessa técnica pelas grávidas ou os relatos das suas experiências por mulheres que deram à luz (educação interpares), foram interpretadas pelas grávidas como sendo indispensáveis. Torna-se assim necessário *proporcionar a vivência da gestação e do trabalho com o corpo de forma integral com respeito aos seus limites e valorização do momento da gravidez, conscientização sobre a importância da participação activa como oportunidade ímpar do casal grávido estabelecer elos de amor incondicional com o novo ser; trabalhos educativos voltados para a importância de vivenciar o prazer de gestar para o resgate do saber feminino, do nascer natural, do parir com felicidade e amor, respeitando as emoções e intuições* (Cardoso, Santos e Mendes, 2007, 152).

Reflectindo agora sobre a qualidade nos serviços de saúde, podemos avançar que esta passa pela satisfação plena das necessidades das utilizadoras dos seus serviços. Pois, a qualidade é um dos factores fundamentais que distingue um “bom produto” ou um “bom serviço”. Nesta sequência, a qualidade nas unidades de saúde tem sido definida como a satisfação das necessidades dos utentes, tanto reais como percebidas, com um menor consumo de recursos. Na realidade, a máxima qualidade pode ser atingida se os profissionais tiverem os conhecimentos científicos adequados e permanentemente actualizados, necessitando de uma tecnologia suficiente e adequada para os pôr em prática. A satisfação será, então, vista como indicador de qualidade, pois reflecte a opinião da utente em relação às condições e características, quer estruturais quer do processo ou, até mesmo, dos resultados dos cuidados a que foram sujeitas. Foi com este desígnio que quisemos conhecer a percepção das mulheres sobre as práticas desenvolvidas pela enfermeira especialista em saúde materna e obstétrica durante a vigilância pré-natal e o seu contributo para o bom desenvolvimento da gravidez, o sucesso do parto e o enfrentar o nascimento do filho no primeiro mês de vida, confirmando ainda, a sua satisfação ou insatisfação, com as práticas incrementadas.

Na esteira destas considerações, importa sublinhar que algumas grávidas ficaram insatisfeitas com a educação para a saúde realizada. Porém, acrescentamos que a satisfação/insatisfação também se relaciona com a simpatia da enfermeira, ou seja, com as relações interpessoais e o acolhimento realizados e que foram entendidos como uma disponibilidade total da enfermeira especialista para a escuta. A enfermeira parteira torna-se

um recurso indispensável para a grávida, sendo contemplada como um elemento do suporte social, com competências específicas e, tão ou mais importantes, que as do médico. No entanto, há uma necessidade emergente em desenvolver melhor a imagem pessoal e profissional da enfermeira especialista baseada nas suas competências profissionais, podendo neste contexto, recorrer às técnicas de marketing. Não podemos também esquecer que as actividades desenvolvidas no âmbito da promoção de saúde na vigilância pré-natal permitem que as enfermeiras estejam mais atentas às necessidades da grávida mas, de igual modo, podem aprender com as grávidas e com as suas famílias, ainda que pareçam leigas em determinados assuntos.

Assumindo a satisfação como uma medida de qualidade, a humanização da vigilância pré-natal constitui, não só um direito da utente enquanto pessoa e cidadã, mas, também, um dever da instituição e dos profissionais de saúde que nela trabalham. Embora seja a componente que melhora a aceitabilidade e a satisfação da utente, também reforça a inter-relação de confiança entre o utente, família e o profissional de saúde. Importa não esquecer que entre o utente e o profissional existe uma relação personalizada, isto é, a utente é alguém que vive momentos de transição, sendo o profissional de saúde alguém, tecnicamente preparado, que se encontra disponível e em quem ela confia. O aspecto relacional é, por isso, primordial nesta simbiose.

Simultaneamente, a in experiência relacionada com os cuidados aos recém-nascido por nunca terem cuidado de irmãos ou de outros familiares ou, porque durante a gravidez, nunca lhes foi ensinado nada sobre esses cuidados, nem, tão pouco, lhes foi dada a oportunidade de treinar esses mesmos cuidados, sugere a família como agente de suporte de ajuda para a mulher se adaptar à nova situação fisiológica como puérpera e ao seu novo papel social como mãe. Na maioria das vezes, os cuidados iniciais com o recém-nascido, tais como: o banho e os cuidados com o coto umbilical, são assumidos pela avó materna ou mesmo pelo companheiro. Como já mencionámos, a rede de apoio familiar e a qualidade das relações, são muito importantes nesta fase da vida. Conjuntamente, o pai tem um papel de suporte emocional importante a fomentar perante a mãe. A sua presença, quer física, quer afectiva faz com que a mãe se sinta amparada e consiga desenvolver a sua capacidade de pensar intuitivamente, comunicando melhor com o seu filho. Posteriormente, passam a assumir-se, elas próprias, como cuidadoras primárias dos seus filhos. *Com efeito, os laços sociais, ainda que configurados num bom suporte social, têm uma importância decisiva logo que se trata da promoção de saúde e da prevenção da doença* (Leandro, Machado e Gomes, 2007b, 268).

Assim, é condição necessária para a humanização e qualidade dos cuidados, que a

vigilância de saúde pré-natal seja mais abrangente, propiciando uma adequada preparação para a gravidez, para o parto e não só para a maternidade, mas antes para a parentalidade, implementando actividades educativas grupais para as grávidas/companheiros/família o mais cedo possível, sobrepondo-se às actividades individuais como modelo de educação para a saúde. A formação de um espaço de trocas de experiências e de vivências no campo grupal, configura-se como condição indispensável para ajudar cada grávida/casal a enfrentar as situações de mudança. Estes grupos podem ser considerados como terapêuticos, sendo pertinente a sua implementação como forma de assistir, de modo integral, as grávidas.

Neste contexto, todas as unidades de saúde necessitam de proporcionar às suas utentes a visita domiciliária durante o puerpério porque, na nossa perspectiva, é um meio por excelência para que a enfermeira especialista possa informar, ensinar e instruir a puérpera e família sobre o pós-parto, assim como conhecer a mulher e sua família no seu contexto socioeconómico e cultural e auxiliar a integração do novo elemento no contexto familiar.

Comparando os relatos das grávidas e das enfermeiras especialistas podemos concluir que interagem entre si, divergem, mas também se complementam. São autónomas, mas igualmente dependentes da cultura e do contexto social, como nos foi dado a perceber ao longo desta investigação. Tal não significa que não haja também encontros e desencontros de perspectivas nos discursos. Dos relatos proferidos, podemos apreciar *a importância e a responsabilidade da educação para a saúde num rumo de transformação*. É de notar uma consonância revelada nos discursos e que diz respeito à *educação para a saúde como vínculo e confiança no processo de cuidar*. Neste caso, verificamos que a enfermagem especializada é vista como uma profissão que cria pontes de relação com a utente grávida, desenvolvendo competências de relação de ajuda, de empatia e de comunicação, substanciais para a eficácia dos cuidados prestados no âmbito da vigilância pré-natal, práticas estas que foram observadas nas acções de educação para a saúde. A propósito, refere Châtel (2006) que a construção das relações sociais com base na confiança nos conduz à ideia de uma partilha para garantir o desenvolvimento da interacção. Ressalta, logo, como síntese deste estudo que o vínculo é um importante recurso para as práticas educativas, uma vez que permite o apoio necessário para os momentos de grande dificuldade através de uma aproximação efectiva entre a enfermeira e a grávida. Podemos afirmar que cuidar-ensinar requer, antes de tudo, a aproximação entre as grávidas e as enfermeiras para que ambas se conheçam e desenvolvam entre si confiança e vínculo observáveis durante as interacções. Frequentemente, a adesão à consulta e aos conteúdos transmitidos nas acções de educação para a saúde, dá-se em função da empatia e da relação de confiança que se estabelece entre a grávida e a enfermeira. Uma das divergências

encontradas nos discursos refere-se à *preparação para o parto como preparação activa versus participação passiva da mulher*. As enfermeiras especialistas comprovaram que a preparação para o parto é muito importante como meio para explorar as vivências, as experiências e os medos das utentes em relação ao parto, bem como para as preparar para cuidar do seu filho depois do parto. As utentes que participaram neste estudo encararam, igualmente, a preparação para o parto como indispensável para conhecer o que se passa com o seu corpo e as preparar fisicamente para aquele momento. Embora as enfermeiras formadoras na preparação para o parto e a maioria das grávidas que a recebiam, considerassem esse momento como um espaço de partilha e de troca de saberes, existe uma minoria de mulheres (n=4) que salientaram que nestas sessões não havia qualquer tipo de partilha. Neste contexto, as enfermeiras especialistas apenas expunham os conteúdos e as grávidas ouviam-nos, passivamente. Ao longo da análise das entrevistas, verificámos haver uma certa divergência entre o que afirmam as enfermeiras e o que dizem as grávidas. Denota-se, de algum modo, um choque de racionalidades entre um discurso teórico *versus* um discurso prático, ou seja, a racionalidade técnica predomina em certas situações. Porém, na prática, existe pouca envolvimento das enfermeiras para partilhar as actividades de educação para a saúde com a grávida e a família.

CONCLUSÃO

Na recta final do nosso estudo, surge a premência de extrairmos as ideias principais sobre todo o caminho percorrido. O presente trabalho procurou evidenciar o modo de pensar e de agir, tendo presente a educação para a saúde na vigilância pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários, não só na perspectiva das enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica que a ministram, mas também na óptica das mulheres grávidas que a auferem. Nestas últimas páginas, procuramos apresentar uma síntese dos principais resultados teórico-empíricos obtidos nesta investigação.

Começamos por afirmar que tudo o que foi objecto de estudo neste trabalho teve por objectivo caracterizar a natureza das intervenções educativas das enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica no contexto da vigilância pré-natal, desenvolvidas em três Centros de Saúde, e que abrangem tanto áreas rurais como urbanas. Escolhemos os Centros de Saúde de Braga, de Vila Verde e de Vieira do Minho, por considerarmos que nestes concelhos subsiste, ainda, uma grande influência da família na transmissão de saberes à mulher grávida, por termos constatado durante os ensinamentos clínicos realizados em contexto hospitalar na maternidade que muitas mulheres demonstravam escassos conhecimentos sobre como cuidar de um recém-nascido e, por último, por serem lugares onde interagem os dois grupos importantes para a problemática: as enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica e as grávidas.

Para a prossecução desta investigação, realizámos a nossa análise apoiada na sociologia compreensiva, procurando interpretar os fenómenos sociais em estudo e o significado que as nossas entrevistadas lhe conferem. Esta perspectiva permitiu, por um lado, engendrar *conexões de sentido* que possibilitaram compreender as acções humanas e, por outro, ajudou-nos a explicar os demais factores condicionantes da acção como *desvios* do desenvolvimento da acção racional (Weber, 2001). Para o efeito, optámos por aplicar técnicas de pesquisa qualitativa. Com o objectivo de estudar em profundidade a educação para a saúde durante a vigilância pré-natal, escolhemos o estudo de caso múltiplo, uma vez que ele nos permite aprofundar melhor os mecanismos de referência e as estruturas relacionadas com este fenómeno. Além disso, possibilita, ainda, uma análise minuciosa de processos organizacionais ou relacionais e esclarece factores que interferem nos diferentes processos.

Pensamos que as opções metodológicas assumidas foram as mais adequadas em função da problemática em estudo. Dar a palavra aos actores permitiu, sem dúvida, apreender mais profundamente o que estes pensam acerca da educação para a saúde realizada durante a gravidez. Um dos aspectos a valorizar foi, sem dúvida, a riqueza dos dados recolhidos. É evidente que o recurso a diversas técnicas foi uma mais valia, já que a sua utilização conjunta atenuou as limitações de cada uma quando usada isoladamente.

As perspectivas teóricas patenteadas no segundo capítulo deste trabalho possibilitaram delinear o tema em estudo. Elaborámos, também, uma pesquisa exaustiva e consistente sobre a legislação referente, quer às políticas de saúde, quer à formação de parteiras em Portugal, socorrendo-nos, ainda, de algumas políticas internacionais que tiveram um impacto preponderante nas políticas de saúde nacionais no âmbito desta problemática. Importa realçar que, ao longo de mais de um século, os serviços de saúde tentaram atingir, sobretudo, objectivos sociais que se reflectiram na melhoria global dos níveis de saúde. Mais saúde, melhor resposta dos serviços de saúde e uma melhor contribuição financeira, socialmente mais justa para a saúde, são alguns dos objectivos dum moderno sistema de saúde.

Num outro prisma, pusemos em relevo a influência do Centro de Saúde que, com toda a sua complexa organização, foi considerada uma instituição onde a hierarquia está bem visível, o que, de algum modo, condiciona a prestação de cuidados na consulta de enfermagem. A título de exemplo, mencionámos que a organização do espaço da consulta de vigilância pré-natal, o funcionamento rigoroso da consulta, os regulamentos minuciosos, as normas estabelecidas para a sua realização, os diferentes agentes que a realizam (médicos, enfermeiras, enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica) e as práticas educativas desenvolvidas, podem, de facto, constituir um conjunto de interposições onde “formas de poderes” dos profissionais.

Vimos que a saúde é um direito primordial e substancial para o crescimento social e económico de uma determinada população. Cada vez mais, a promoção da saúde é reconhecida como um elemento fundamental para o desenvolvimento da saúde com qualidade, na medida em que consiste num processo que permite às pessoas um maior controlo sobre a sua própria saúde no sentido de a poder melhorar (Declaração de Jacarta, 1997). Todos entendemos que a ausência de informação incapacita e, por vezes, dificulta a tomada de decisão. Daí que as acções de promoção da saúde, pertinentes e de qualidade, incrementadas no contexto dos Cuidados de Saúde Primários e no âmbito da vigilância pré-natal, sejam essenciais para as mulheres adquirirem os conhecimentos necessários para se prepararem para uma gravidez, para um parto e para um melhor desempenho da sua função

materna. Além da dimensão biológica, a gravidez também é um processo social com experiências emaranhadas que envolve o contexto social. Desta forma, para que a promoção da saúde seja eficaz, torna-se fundamental o envolvimento da mulher, do seu marido/companheiro, da família, da comunidade e dos serviços de saúde.

Quer da literatura consultada, quer dos resultados da presente investigação, várias ideias se impõem: as enfermeiras especialistas têm um papel autónomo na educação para a saúde na vigilância pré-natal, mas carecem de desenvolver e construir novas competências educativas. Estas competências são fundamentais para levar a cabo uma prática educativa mais eficiente, na medida em que a promoção da saúde é influenciada por um discurso sobre o risco e pela responsabilização das mulheres grávidas em evitarem os riscos de saúde e cuidarem delas e dos seus filhos como se fosse o seu maior bem. Contudo, a grávida não necessita unicamente de informação, mas também, de um relacionamento humanizado que a ajude na construção de um conhecimento muito particular. Se é nas interações que se arquitectam os factos sociais, é também na dinâmica das trocas entre os diferentes actores que o sentido dado às diversas intervenções pode modificar os comportamentos. Não podemos esquecer que a consulta de vigilância pré-natal é um encontro propício para estabelecer uma *interacção focalizada* (Giddens, 2000) entre a grávida e a enfermeira. Sem dúvida, que o Interaccionismo Simbólico, cuja teoria brotou dos clássicos da sociologia, se incorpora na enfermagem especializada, na medida em que se pretende a compreensão dos aspectos subjectivos das pessoas. Assim, o Interaccionismo Simbólico poderá ser utilizado eficazmente neste contexto porque permite conhecer e compreender a grávida e valorizar os significados atribuídos às suas experiências e vivências. O processo interpretativo provém do contexto da interacção social.

Ao colocarmos a questão inicial - quais são as práticas educativas desenvolvidas pelas enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica no âmbito da vigilância pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários? – fizemo-lo, não só porque se mantinha alguma dúvida sobre o contributo dessas práticas para o bom desenvolvimento da gravidez, para o sucesso do parto e para a gestão do primeiro mês de vida, em casa, com um novo filho mas, principalmente, para saber da adequação dessas mesmas práticas aos saberes familiares e ao contexto social onde a mulher reside. De facto, sendo a educação para a saúde relevante para estimular a mulher grávida a tomar as decisões necessárias para manter uma vida saudável, é importante apreender a sua cultura, de forma a entrelaçar enriquecedoramente o conhecimento científico com o saber popular e familiar. Não basta ensinar ou informar algo: é preciso reconhecer a grávida como portadora de saberes, também eles necessários à manutenção da saúde.

Com o objectivo de delimitação e de fio condutor, formulámos seis hipóteses de investigação, visando confirmá-las ou refutá-las no decorrer da investigação. Assim, apresentámos, no decorrer dos capítulos, uma descrição e análise profunda, coerente e sequencial que sustentou a articulação da informação. A articulação do enquadramento teórico com os relatos das entrevistas semi-estruturadas e com os registos da observação possibilitaram efectivar, de igual modo, essa interligação.

Os resultados obtidos permitiram, por um lado, visualizar a complexidade do tema em estudo e, por outro, tanto a riqueza da intervenção da enfermeira especialista, como a riqueza de saberes produzidos pelas grávidas entrevistadas. Destacou-se, de igual modo, o interesse das grávidas em serem sempre acompanhadas e vigiadas pela mesma enfermeira especialista durante todo o ciclo gravídico-puerperal. Pensamos que, a confirmar-se esta possibilidade, isso seria um excelente contributo para obter ganhos em saúde, pois permitiria criar espaços de interacção mais personalizados.

Concluímos, todavia, que existe uma discrepância entre o que pensam as enfermeiras especialistas e o que pensam as grávidas acerca da integração dos saberes familiares e da família na educação para a saúde. Foi consensual encarar a família como centro dos cuidados, uma vez que esta é considerada como um suporte afectivo, instrumental e informativo, substanciais para manter a qualidade de vida das grávidas, bem como para enfrentar, de forma adequada, a nova situação de ser mãe, aumentando os seus níveis de autoconfiança. Estes indicadores reforçam a ideia de que a família é um espaço peculiar e indispensável para a promoção da saúde na transição para a maternidade. Algo de inovador neste estudo consiste no papel desempenhado pelo marido/companheiro. Vimos que, para além de responsável pelo suporte afectivo, ele contribui também como um suporte instrumental, exercendo um papel de complementaridade nos cuidados. O envolvimento e a participação activa dos homens em todos os aspectos relacionados com a gravidez foram incontestavelmente relevantes para trinta e seis mulheres.

Neste sentido, julgamos importante sublinhar o valor atribuído à família, tanto pela enfermeira como pela grávida. É nela que se configura a importância na partilha de sentimentos, de saberes e de cuidados durante o período gravídico-puerperal. O trabalho doméstico de saúde (Cresson, 1995) foi evidente nos relatos das mulheres. A transmissão de conselhos, de práticas, bem como um conjunto de regras e de hábitos, são meios para que a grávida se mantenha em boa saúde ou, quando surpreendida pela doença ou alguma complicação, saiba como fazer face a estas situações. O apoio informativo verificou-se através da transmissão de conselhos sobre como “estar saudável”, e de conselhos mais

tradicionais relativos a crenças, das quais se destacam as crenças relativas a interditos (e.g., alimentação, uso de objectos, contacto com flores, cuidados de higiene) e a prescrições (e.g., alimentação, auto-cuidado da mulher, cuidados ao recém-nascido). Com o aforismo de que *mais vale prevenir do que remediar*, as mulheres aderem ao conteúdo dessas crenças, mesmo não sabendo, a maior parte das vezes, qual o significado destas crenças sobre o seu corpo. Perante isto, é desafiador mostrar o lugar que as tradições ainda ocupam no processo gravídico-puerperal. A tradição dos saberes e dos cuidados na gravidez não é apenas uma mera superstição, já que traduzem a expressão significativa de uma dinâmica social. Podemos dizer que são o retrato de um encontro onde se visualiza a intersecção da tradição com a modernidade. Com efeito, constatámos, ao longo de todo o processo de investigação, que nem sempre há consonância entre o que é apreendido pelas grávidas e o que é veiculado pelas enfermeiras, mesmo que estas cumpram rigorosamente o programa predefinido pelas orientações da Direcção-Geral da Saúde. Se é verdade que as grávidas são assíduas às consultas também se verifica que, na prática, nem sempre interiorizam e dão continuidade aos conhecimentos adquiridos por este meio. Podemos concluir que os saberes “certificados” pelas práticas e pelas experiências de vida, sedimentados através do tempo e das gerações, continuam a ter uma importância capital para a mulher grávida.

Permanece, pois, a consciência de que não são só os profissionais de saúde que detêm saberes sobre a saúde/doença. Verificámos que sete das oito enfermeiras especialistas entrevistadas referiram valorizar os saberes familiares no âmbito da vigilância pré-natal, considerando-os muito relevantes. Todavia, ao descreverem as suas práticas, as enfermeiras demonstraram uma certa contradição, uma vez que, por um lado, consideram ser importante ter em conta e perceber os saberes familiares, reconhecendo o papel da família como participante no processo de cuidar, mas, por outro, afirmam que o seu trabalho é exercido sem ter a família como alvo do cuidado, focando-se, simplesmente, na grávida. Deste modo, as enfermeiras especialistas designaram a família como um factor inibidor das práticas educativas e sentem dificuldade em integrá-las nestas práticas dada a sua escassa participação na consulta.

Destacamos ainda o facto de algumas enfermeiras realçarem a existência duma interligação entre os saberes familiares e os saberes profissionais de saúde. Numa primeira fase, a profissional de saúde tenta conhecer as experiências anteriores da utente através do diálogo. Numa segunda, desmistifica conceitos errados através da explicitação dos saberes técnico-científicos. Finalmente, tenta respeitar os saberes familiares. Assim, podemos concluir que as enfermeiras encaram a família mais como consumidora de cuidados, enquanto que as

grávidas a apreciam como produtora de cuidados. No entanto, confirmámos a ideia que as mulheres com um grau de instrução mais elevado, que residem em áreas urbanas e que foram sujeitas aos ensinamentos realizados pela enfermeira especialista durante a gravidez, conseguem filtrar esses saberes, não aderindo tanto aos seus conteúdos, tendo até presente informações familiares que podem ser prejudiciais. É aqui que podemos visualizar um outro cenário que propicia mais a abertura das mentalidades das grávidas com mais instrução, aderindo mais aos saberes dos profissionais de saúde.

Igualmente, os resultados vêm comprovar que os saberes dos *experts* desvalorizam frequentemente os saberes profanos, essenciais à autonomia individual e colectiva. Todos estes argumentos conduzem à constatação de que os saberes familiares são, frequentemente, interpretados como “coisas do passado”, apresentando-se como um conhecimento com um *status* limitado, particularmente quando comparado com o conhecimento científico necessário para cuidar. Neste âmbito, entre as nossas entrevistadas (n=50), apenas catorze grávidas referiram que a enfermeira valorizou sempre os saberes familiares, enquanto que outras treze salientaram que a enfermeira valoriza, às vezes, apenas alguns dos seus aspectos. É importante salientar que vinte e três grávidas têm a opinião que as enfermeiras especialistas não valorizam esses saberes nas consultas. Perante estes resultados, é em grande parte confirmada a Hipótese 1, segundo a qual *a educação para a saúde realizada pelas enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica nos Cuidados de Saúde Primários não tem em atenção os saberes familiares da grávida, principalmente, porque é um assunto desvalorizado por estas*. Relembramos que da observação efectuada durante as consultas de enfermagem, constatámos que nem todas as enfermeiras valorizaram, de igual modo, esses saberes. Este facto depende muito das características pessoais de cada uma das profissionais e do tempo de duração da consulta, o que até pode levar a uma menor adesão das grávidas aos seus ensinamentos.

No atinente ao desenvolvimento das acções educativas, as actividades de educação para a saúde foram consideradas, pelas enfermeiras, como prioritárias no decurso da assistência pré-natal, uma vez que o intercâmbio de informações e de experiências é a melhor forma de promover a compreensão do processo de gravidez, parto e pós-parto. Porém, o diagnóstico das necessidades não é feito de forma sistemática. Quando este ocorre, é através da realização do exame físico e da execução da entrevista, notando-se, por vezes, uma fraca participação das mulheres neste processo. O planeamento da educação para a saúde é quase inexistente ou é feito por rotina, na medida em que a maioria das enfermeiras entrevistadas não sentiram a necessidade de planear a educação para a saúde. O conhecimento da idade

gestacional é, na sua opinião, suficiente para abordar determinados temas com a grávida, mesmo sem ter em conta as suas necessidades, do mesmo modo que a sua experiência profissional também basta para planear as sessões. Na execução das práticas educativas, estas profissionais operam em consonância com o modelo preconizado pela Direcção-Geral da Saúde, quer na consulta individual, quer na de grupo, no âmbito da preparação para o parto.

As mulheres grávidas não conseguindo avaliar a eficácia das metodologias utilizadas pelas enfermeiras, bem como os meios de informação postos ao seu alcance, não deixaram, por isso, de os valorizar. No entanto, podemos ainda acrescentar que os métodos e as estratégias utilizadas, por vezes, não foram os mais adequados, tendo em conta a situação sócio-cultural das grávidas. Por outro lado, a maioria das enfermeiras especialistas destacaram particularmente as questões ligadas à gravidez, sem considerarem as vivências e as experiências que envolvem o “ser mulher”, como, por exemplo, a relação do corpo com a sexualidade, o relacionamento familiar, o relacionamento com o marido/companheiro ou com outros filhos, face ao processo de gestação. Um aspecto que confirmamos neste estudo é que, em nome da “qualidade do feto” e do bom desenvolvimento da gravidez, as grávidas são solicitadas, logo no início da sua gravidez, a modificar os seus comportamentos para evitar comportamentos de risco e fazer face aos incómodos provocados pela gravidez. Sobressai aqui a ideia do aperfeiçoamento do seu papel de “boas mães”. A avaliação das acções educativas só foi efectuada em situações específicas e pontuais. Foram as enfermeiras que não efectuaram qualquer tipo de planeamento que expuseram estes aspectos, o que nos levou a concluir que a falta de planeamento dificulta a subsequente avaliação. Da nossa observação, constatámos que em nenhuma situação se verificou a avaliação da aprendizagem. Todavia, não podemos inferir que esta não tenha sido feita em consultas subsequentes.

Tendo em conta o que acabamos de relatar, não encontramos diferenças significativas nos recursos utilizados pelas enfermeiras parteiras, mesmo naquelas que trabalham há mais tempo e que, normalmente, poderiam apresentar maior experiência profissional. As estratégias utilizadas são muito idênticas nos três grupos encontrados: o dos dois anos, o dos 10 anos e o dos 30 ou mais anos. Nestas circunstâncias, é refutada a Hipótese 2, que afirma que *quanto mais elevada é a experiência profissional dessas enfermeiras maior será a variedade de recursos utilizados, permitindo uma melhor transmissão de conhecimentos e respectivas práticas*. A noção de que a experiência profissional torna as enfermeiras especialistas mais aptas a comunicar, a fornecer informação e a utilizar uma grande variedade de recursos para transmitir essa mesma informação, é claramente infirmada nesta investigação.

Não menos importante, a satisfação profissional das enfermeiras e a satisfação das

utentes com os cuidados prestados são importantes para a qualidade dos mesmos. O nível de satisfação das utentes grávidas constitui uma importante determinante da adesão à consulta e às informações transmitidas. Podemos salientar a existência de uma correlação positiva entre o nível de informação e o nível de satisfação dos utentes (Melo, 2005). Neste estudo, verificámos que a maioria das enfermeiras se encontram satisfeitas com o seu desempenho, embora haja factores que condicionam fortemente essa mesma satisfação, nomeadamente as condições de trabalho. Verificámos que todas as enfermeiras entrevistadas consideraram que a sua prestação de cuidados tem sido boa, baseando-se, essencialmente, no *feedback* expresso pelas grávidas. Estas investem, como já referimos, na relação empática, valorizam e respeitam as crenças e os valores das grávidas, mas pouco envolvem a pessoa significativa no cuidar, e não estabelecem parcerias com a grávida no planeamento das suas acções educativas.

Interfere também aqui o factor tempo, quer por parte das enfermeiras, quer por parte das grávidas, uma vez que os horários profissionalmente estipulados para este tipo de trabalho se revelam muito limitados para aquilo que são as necessidades, factor que se pode agravar com uma menor disponibilidade das grávidas e até dos seus familiares. Daí que a necessidade de ter uma enfermeira completamente disponível durante 24 horas por dia foi um ponto forte que nos foi relatado. Podemos acentuar que a organização da consulta e o seu funcionamento, atrelado a uma catadupa de actividades que as enfermeiras têm que realizar, condiciona a concepção do tempo. Os processos de educação para a saúde surgem, muitas das vezes, pela repetição e rotina das práticas educativas. A falta de tempo não favorece o desenvolvimento de actividades de educação para a saúde reflectidas, podendo surgir contradições. Por seu turno, as grávidas que não tiveram a oportunidade de efectuar os cursos de preparação para o parto, não tiveram também acesso a determinadas informações e a temas que são abordados nesses cursos, e não na consulta individual, porque «o tempo não chega», e o grande número de utentes a atender é evidente. Nesta perspectiva, se confirma também a Hipótese 3, que afirma que *as práticas educativas das enfermeiras especialistas de saúde materna e obstétrica nos Cuidados de Saúde Primários são realizadas de forma superficial na medida em que o tempo das consultas é reduzido.*

Os cuidados de enfermagem de qualidade são uma forma de dar visibilidade à enfermagem e de tornar esta profissão mais autónoma. Tal é reconhecido pelas enfermeiras entrevistadas. Todas insistiram que as dificuldades surgidas na educação para a saúde são um obstáculo à sua qualidade. Estes factores podem ser agrupados em constrangimentos simbólicos, materiais e culturais. Neste sentido, as barreiras que impedem ou dificultam a realização destas actividades foram catalogadas em quatro grupos: factores centrados na

mulher grávida (a falta de motivação, o desinteresse, o grau de instrução, o estado civil e a origem); factores centrados na família (a ausência de uma pessoa significativa na consulta e a presença de herança familiar que proporciona a transmissão de saberes); factores centrados nos profissionais de saúde (a pouca motivação das parteiras, a dificuldade em transmitir a informação, a pressão da equipa médica e a divergência nos discursos dos diferentes intervenientes); e, finalmente, factores centrados na organização da instituição de saúde (a estrutura física não adequada, os recursos humanos deficientes, os recursos materiais e pedagógicos insuficientes e a má organização da consulta).

No que diz respeito ao contributo das práticas educativas para a vivência de uma gravidez saudável, os resultados indicam o facto das práticas desenvolvidas terem permitido vivenciar uma gravidez de forma saudável (n=32) e adquirir novos conhecimentos (n=19). Tais asserções permitem-nos dizer que a hipótese 4 afirmando que *as práticas educativas desenvolvidas durante a gravidez pouco contribuem para a vivência de uma gravidez saudável porque as enfermeiras especialistas não abordam determinados assuntos*, foi refutada porque, de uma forma geral, o *modus vivendi* das grávidas se foi modificando à medida que estas foram recebendo os conteúdos científicos na educação para a saúde. Quanto aos contributos da educação para a saúde para o sucesso do parto, concluímos que vinte e quatro mulheres participaram de forma activa durante o trabalho de parto e no parto, adoptando as técnicas de respiração adequadas à fase de trabalho de parto. Podemos, então, sublinhar que, em grande parte, a Hipótese 5 segundo a qual *as práticas educativas desenvolvidas durante a gravidez contribuem para o sucesso do parto na medida em que as mulheres conseguem pôr em prática os conhecimentos adquiridos*, é confirmada, uma vez que apenas onze não conseguiram pôr em prática os conhecimentos transmitidos na gravidez, já que dores muito fortes fizeram com que se esquecessem do que tinham aprendido, e o marido que presente no momento do parto, não tinha conhecimentos suficientes para ser a sua fonte de suporte. Porém, quinze mulheres, também referiram que a preparação para o parto foi inadequada ou incompleta.

Todavia, quanto ao regresso a casa e ao cuidar da criança no primeiro mês de vida, as práticas educativas pouco ou nada, contribuíram para o bem-estar do grupo familiar. Os resultados indicam que das cinquenta mulheres, vinte e sete relataram que as práticas educativas realizadas durante a sua gravidez não contribuíram para enfrentar as dificuldades neste primeiro mês de vida. Sendo a maioria das mulheres a referir estes aspectos, confirma-se a Hipótese 6 que afirma que *as práticas educativas desenvolvidas durante a gravidez pouco contribuem para o sucesso no primeiro mês de vida, porque as enfermeiras*

especialistas não fazem a preparação para a maternidade. As enfermeiras preparam as grávidas para a gravidez e o parto sendo a preparação para a maternidade mais descuidada. Assim, concluímos que o actual modelo de vigilância de saúde pré-natal não proporciona as intervenções educativas eficazes para promover a saúde da grávida e da sua família.

Quando contemplamos os enredos da educação para a saúde, observamos semelhanças entre o presente e o passado, na medida em que as acções prescritivas de atitudes e comportamentos ainda são imperantes, apesar de dependerem muito da iniciativa de cada enfermeira especialista. Porém, constatámos que a enfermeira-parteira, mesmo defrontando-se com as adversidades do quotidiano, a sua prática profissional, muitas das vezes, está cimentada no poder institucional, tentando construir o seu serviço da melhor forma. Apesar de toda a informação transmitida, os resultados da presente investigação parecem, no entanto, não deixar margem para dúvidas de que as grávidas, para tomar uma decisão consciente e, principalmente para enfrentar as primeiras semanas de vida com o seu filho, precisam de mais conhecimentos do que aqueles que lhes são fornecidos pelas parteiras na vigilância pré-natal. Concluimos, por um lado, que estas perspectivas se enquadram no modelo Tradicional ou Hegemónico referido por Alves (2004), embora novas concepções também se possam ajustar ao modelo Dialógico, por outro, acrescentamos que os resultados não estão em consonância com o Modelo de Empoderamento, abordado no Capítulo II do estudo. Neste campo, as grávidas são raramente co-participantes do seu processo de educação para a saúde, até porque são consideradas pelas enfermeiras mais como receptoras de saberes e, muito menos, como co-actoras da sua própria formação. Também é importante recorrer a uma pedagogia da transmissão que tenha presente a capacidade de comunicação com o outro e a possível interacção que daqui possa advir. É neste sentido que este trabalho pode trazer novos contributos no âmbito do tema em estudo.

Chegados ao fim deste trabalho, importa salientar algumas perspectivas e desafios. Cuidar exige que as enfermeiras prestem cuidados de qualidade. É nesta linha de pensamento, que salientamos algumas ilações, que a seguir agrupamos, ao nível da prática dos cuidados, do ensino e da investigação em enfermagem, evidenciando a necessidade de promover mais estudos a este propósito noutros contextos profissionais. É pertinente, no âmbito da investigação sociológica, averiguar se, após a nova reformulação das políticas de saúde nos Cuidados de Saúde Primários, as práticas educativas desenvolvidas na vigilância pré-natal foram alvo de mudanças.

Não temos a menor dúvida que a educação para a saúde representa um saber específico do processo do trabalho de enfermagem, cuja finalidade é produzir saberes em

saúde. De facto, através de uma abordagem humanista e holística das práticas e saberes das enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica, as preocupações e as dificuldades que surgem aquando da gravidez, do parto e do período puerperal, poderiam ser minimizadas. Ser prestador de cuidados implica colocar em prática toda a dimensão humana de quem cuida e de quem é cuidado, demonstrando especial preocupação e respeito pelo outro, cuidando da pessoa na sua singularidade (Hesbeen, 2001). Neste contexto, valerá a pena estimular mais o ensino em grupo, para que este possa ser entendido como o espaço onde se trocam experiências, contribuindo para a formação de vínculos entre as participantes, uma vez que as acções educativas nas consultas são mais direccionadas para a grávida e caracterizam-se por serem essencialmente prescritivas. Seria importante, também, integrar a família no cuidar durante todo este processo. Parece-nos interessante acentuar, de igual modo, a visitação domiciliária no pós-parto como estratégia a implementar de forma sistemática, na medida em que poderia ser um meio para colmatar as deficiências no âmbito da informação recebida, e permitiria também prestar à mulher uma assistência mais personalizada no seu ambiente sociocultural. Daí ser uma excelente oportunidade para as enfermeiras parteiras conhecerem o contexto social em que a mulher vive e para melhorarem, ainda mais, a relação de proximidade.

Atendendo a que é o cuidar que determina a qualidade dos cuidados de enfermagem, e tendo em conta os resultados obtidos, questionamo-nos se a formação em enfermagem habilita os profissionais com competências suficientes para abordar a educação para a saúde na vigilância pré-natal? Presentemente, a enfermagem assume-se como uma área do saber profícua para a sociedade, representada particularmente pelo desenvolvimento de um conjunto de actividades essenciais à vida dessa sociedade, mas ainda não reconhecidas como fazendo parte de um campo autónomo de saber e de intervenção (Amendoeira, 2009). Assim, consideramos que é a partir das Escolas de Enfermagem que se devem preparar as futuras enfermeiras para o seu papel no âmbito da educação para a saúde. E verifica-se que hoje, em praticamente todos os planos de estudo dos cursos de Licenciatura em Enfermagem e dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica a principal finalidade é a de preparar enfermeiras para uma abordagem humanista dos cuidados. Por outro lado, para que a formação dos profissionais corresponda às necessidades reais da população, é indispensável a existência de um ajustamento entre o sistema de saúde e o sistema de educação, na medida em que, frequentemente, são vertentes insuficientemente abordadas. Nesta perspectiva, o trabalho da enfermeira especialista no âmbito dos cuidados de saúde primários na vigilância pré-natal tem uma dimensão pedagógica, o que exige da

formação profissional um desenvolvimento profundo da pedagogia onde as habilidades comunicativas sejam incorporadas.

Desde há muito tempo que a saúde e a promoção de saúde são uma mais valia para o objecto de estudo da sociologia da saúde. Neste contexto, a vigilância pré-natal, inserida na Saúde Sexual e Reprodutiva necessita de ser analisada de uma forma global, e num Modelo Biopsicossocial. Neste percurso, fomos tomando consciência de que a evolução do conhecimento passa pela partilha e pela interdisciplinaridade de saberes. Pensar na educação para a saúde, na vigilância pré-natal, é conceber um processo especialmente co-participativo entre a enfermeira parteira e a grávida, que encerra mudanças no modo de pensar, de sentir e de agir dos actores, perseguindo sempre o objectivo de obter um bem-estar global, mas, que também, não dispensa a família.

BIBLIOGRAFIA

Livros e artigos consultados

- ABOIM, Sofia (2005a), «A formação do casal: formas de entrada e percursos conjugais», in K. Wall (org.), *Famílias em Portugal: percursos, interações, redes sociais*, Lisboa, ICS, pp. 85-116.
- ABOIM, Sofia (2005b), «As orientações normativas da conjugalidade», in K. Wall (org.), *Famílias em Portugal: percursos, interações, redes sociais*, Lisboa, ICS, pp. 169-229.
- ABOIM, Sofia; CUNHA, Vanessa; VASCONCELOS, Pedro (2005), «Um primeiro retrato das famílias em Portugal», in K. Wall (org.), *Famílias em Portugal: percursos, interações, redes sociais*, Lisboa, ICS, pp. 51-81.
- ABREU, Wilson Correia (2009), «A anamnèse em contextos multiculturais: avaliação inicial e recurso aos cuidadores informais», in J. Lopes *et al.*, *Multiculturalidade. Perspectivas de Enfermagem. Contributos para o Cuidar*, Loures, Lusociência, pp. 11-46.
- ADAM, Paul; HERZLICH, Claudine (1995), *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, Nathan.
- ALARIE, Chantal (1998), *L'impact du support social sur la santé des femmes: une revue littéraire*, Canada, Le Centre d'Excellence des Prairies.
- ALBARELLO, Luc *et al.* (1997), *Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva.
- ALMEIDA, Ana Nunes (2003), «Família, conjugalidade e procriação: valores e papéis», in J. Vala *et al.*, *Valores Sociais: mudanças e contrastes em Portugal e na Europa*, Lisboa, ICS, pp. 50-87.
- ALMEIDA, Ana Nunes (2005), «O que as famílias fazem à escola...pistas para um debate», *Análise Social: Educação e Modernidade*, XL(176), pp. 579-593.

- ALMEIDA, Ana Nunes (coord.) (2004), *Fecundidade e contracepção*, Lisboa, ICS.
- ALMEIDA, Lúcio Meneses (2005), «Da prevenção primordial à prevenção quaternária», *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), pp. 91-96.
- ALVES, Odete; MENDONÇA, Denisa; MACIEL-BARBOSA, Alcindo (2005), «Saúde da mulher e da criança: necessidades, comportamentos e atitudes», *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), pp. 69-80.
- ALVES, Patrícia Vinheiras (2008), «Equipa multiprofissional de saúde e formação em contexto de trabalho - O caso de um serviço hospitalar, *Sísifo*. *Revista de Ciências da Educação*, 05, pp. 19-32.
- ALVES, Vânia Sampaio (2005), «Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial», *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), pp. 39-52.
- AMENDOEIRA, José (2006), «Da necessidade de protecção à confiança nos profissionais de saúde», in C. Balsa (org.), *Confiança e Laço Social*, Lisboa, Edições Colibri, pp. 229-237.
- AMENDOEIRA, José (2009), «O Ensino de Enfermagem», *Pensar Enfermagem*, 13(1), pp. 1-12.
- AMORIM, Cidália (2000), «Intervenção para a autonomia de opção», *Trajectos e Projectos*, Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo, 2, pp. 25-30.
- AMORIM, Isabel Adelina Teixeira (2005), *Caracterização Socioeconómica do Distrito de Braga*, Núcleo Distrital de Braga, REAPN, Braga.
- ANDRADE, Maria Isabel (1995), *Educação para a Saúde. Guia para professores e educadores*, Lisboa, Texto Editora.
- ANNANDALE, Ellen (1999), *The sociology of Health Medicine – A critical Introduction*, Somerset, Polity Press.
- ANTONOVSKY, Aaron (1984), «The sense of coherence as a determinant of health», in J.D. Matarazzo (ed.), *Behavioural Health*, New York, Wiley, pp. 114–129.
- ANTUNES, Maria da Conceição Pinto (2008), *Educação, Saúde e Desenvolvimento*, Coimbra, Almedina.
- ARIÉS, Philippe (1978), *História social da criança e da família*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar.

-
- ASENJO, Miguel-Angel *et al.* (1989), *Gestión Diaria del Hospital*, Madrid, Masson, S. A..
- ATTIAS-DONFUT, Claudine; LAPIERRE, Nicole; SEGALEN, Martine (2002), *Le nouvel esprit de famille*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- ATTIAS-DONFUT, Claudine; SEGALEN, Martine (1998), *Grands-Parents. La famille à travers les générations*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- AYRES, José Ricardo (2007), «Uma concepção hermenêutica da saúde», *Physis: Revista Saúde Colectiva*, 17(1), pp. 43-62.
- BADINTER, Elisabeth (1980), *O amor incerto. História do amor maternal no séc. XVII ao séc. XX.*, Lisboa, Relógio d'Água.
- BADINTER, Elisabeth (1985), *Um amor conquistado: o mito do amor materno*, Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
- BALANDIER, Georges (1986), *Le détour. Le pouvoir et modernité*, Paris, Fayard.
- BALSA, Casimiro (org.) 2006, *Confiança e Laço Social*, Lisboa, Edições Colibri.
- BARBAUT, Jacques (1990), *O nascimento através dos tempos e dos povos*, Lisboa, Terramar.
- BARBOSA, Maria *et al.* (2007), «Consulta de Enfermagem – um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde», *Acta Paulina de Enfermagem*, 20(2), pp. 226-229.
- BARDIN, Laurence (1995), *Análise de conteúdo*, Lisboa, Edições 70.
- BARRENO, Isabel (1992), «Maternidade, Mitos e Realidades», *in* Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, *Maternidade: Mitos e Realidades, Actas do Seminário*, Colecção Cadernos Condição Feminina, 36, Lisboa, pp. 23-36.
- BARRETO, António *et al.* (1996), *A situação Social em Portugal, 1960-1995*, Lisboa, Imprensa das Ciências Sociais.
- BARRETO, António *et al.* (2000), *A situação Social em Portugal, 1960-1999*, Lisboa, Imprensa das Ciências Sociais.
- BARRETO, António; PONTES, Joana (2007a), *Portugal um retrato social, 01 Gente diferente - Quem somos, quantos somos e como vivemos*, Lisboa, Documentário emitido pela RTP.
- BARRETO, António; PONTES, Joana (2007b), *Portugal um retrato social, 04 Nós e os*

- outros - Uma sociedade plural*, Lisboa, Documentário emitido pela RTP.
- BARRETO, António; PONTES, Joana (2007c), *Portugal um retrato social, 06 Igualdade e conflito - as relações sociais*, Lisboa, Documentário emitido pela RTP.
- BARRETO, António; PONTES, Joana (2007d), *Portugal um retrato social, 07 Um país como os outros – Uma sociedade europeia*, Lisboa, Documentário emitido pela RTP.
- BASS, Michel (1994), *Promouvoir la Santé*, Paris, L'Harmattan.
- BASTO, Marta Lima (2005), «Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num Centro de Saúde», *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), pp. 25-41.
- BASTO, Marta Lima (2007), «Da tarefa ao cliente como ser cultural: saberes utilizados por enfermeiras num Centro de Saúde», *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(1), pp. 59-69.
- BASTO, Marta Lima; ROSA, Joaquim (2009), «Necessidade e Necessidades. Revisitando o seu uso em enfermagem», *Pensar Enfermagem*, 13(1), pp. 13-23.
- BAUMANN, Michèle (2002), «Promotion de la Santé et discriminations sociales: Quelles questions éthiques?», in M.E. Leandro *et al.*, *Saúde. As teias da discriminação social*, Actas do Colóquio Internacional, Braga, pp. 403-415.
- BELL, Judith (2004), *Como realizar um projecto de investigação*, Lisboa, Grávida.
- BENNER, Patricia; WRUBEL, Judith (1989), *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*, Menlo Park, C.A. Addison-Wesley.
- BENOIT, Monique *et al.* (2004), «La sociologie et les sciences infirmières: Réflexions pour une approche interdisciplinaire», *Revue Recherche en Soins Infirmiers*, 79, pp. 59-67.
- BERTRAND, Yves (1998), *Théories contemporaines de l'éducation*, Montréal, Éditions Nouvelles AMS.
- BIBLIA SAGRADA (1976), *Edição comemorativa da visita da sua Santidade João Paulo II*, Lisboa, Verbo.
- BILLON, Jacqueline (2003), «Les concepts de perception et de représentations de la santé: intérêts et limites de l'éducation pour la santé», *Recherche en Soins Infirmiers*, 74, pp. 31-37.
- BILLON, Jacqueline; FORESTIER, Danièle (2000), «Connaissances professionnelles et

-
- savoirs profanes», in G. Cresson, F. X. Schweyert (sous la direction de), *Les usagers du système de soins*, Rennes, Editions C.N.S.P, pp. 229-243.
- BILLON, Jaqueline (2001), «La psychologie de la santé et éducation pour la santé: une rencontre possible», *Recherche en Soins Infirmiers*, 67, pp. 40-45.
- BISCAIA, André Rosa (2006a), «A reforma dos Cuidados de Saúde Primários», *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, pp. 67-79.
- BISCAIA, André Rosa et al. (2006b), *Cuidados de Saúde Primários em Portugal. Reformar para novos sucessos*, Lisboa, Padrões Culturais Editora.
- BITTI, Pio Ricci; ZANI, Bruna (1997), *A comunicação como processo social*, Lisboa, Editorial Estampa.
- BLAIS, Louise (2006), «Savoir expert, savoirs ordinaires: qui dit vrai? Vérité et pouvoir chez Foucault», *Sociologie et sociétés*, 38(2), pp. 151-163.
- BOBAK, Irene et al. (1999), *Enfermagem na maternidade*, Lisboa, Lusodidacta.
- BODGAN, Robert; BIKLEN, Sari (1994), *Investigação qualitativa em educação - uma introdução à teoria e aos métodos*, Porto, Porto Editora.
- BONITO, Jorge (2009), «Fará a educação bem à saúde», in M. Lopes, F. Mendes, A. Moreira (coord.), *Saúde, Educação e Representações Sociais. Exercícios de diálogos e convergência*, Coimbra, Formasau, pp. 173-189.
- BOQUINHAS, José Miguel (2002), *Um outro olhar sobre a Saúde*, Lisboa, Hugin Editores.
- BOUCHAYER, Françoise (1984), «Médecins et puéricultrices de protection maternelle et infantile. La recherche d'une identité et d'une légitimité professionnelles», *Revue Française de Sociologie*, XXV, pp. 67-90.
- BOULIANNE, Manon (2003), «Dé-marchandization des soins de santé et construction socio-historique des genres», in F. Saillant, M. Boulianne (coord.), *Transformations sociales, genre et santé*, Paris, L'Harmattan, pp. 117-119.
- BOURDIEU, Pierre (1998), *La noblesse d'état. Grandes écoles et esprit de corps*, Paris, Les Editions de Minuit.
- BOURDIEU, Pierre (2001), *O poder simbólico*, Lisboa, Diffel.
- BOURDIEU, Pierre; CHAMBOREDON, Jean-Claude; PASSERON, Jean-Claude (2002), *A profissão de sociólogo. Preliminares epistemológicas*, Petrópolis, Editora Vozes.

- BRANCO, António Gomes; RAMOS, Vítor (2001), «Cuidados de Saúde Primários em Portugal», *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, volume temático 2, pp. 5-12.
- BURGESS, Robert G. (2001), *A Pesquisa de terreno: uma introdução*, Oeiras, Celta Editora.
- BURROUGHS, Arlene (1995), *Uma Introdução à Enfermagem Materna*, 6 ed., Porto Alegre, Artes Médicas.
- BURTON-JEANGROS, Claudine (2006), «Transformations des compétences familiales dans la prise en charge de la santé: entre dépendance et autonomie des mères face aux experts», *Recherches familiales*, 3, pp. 17-26.
- CABANAS, José Maria Quintana (2002), *Teoria da Educação. Conceção antinómica da educação*, Porto, Edições A.S.A..
- CABRAL, Manuel Villaverde (coord); SILVA, Pedro Alcântara; MENDES, Hugo (2002), *Saúde e Doença em Portugal*, Lisboa, Imprensa das Ciências Sociais.
- CABRAL, Manuel Villaverde; VALA, Jorge; FREIRE, João (2000), *Atitudes Sociais dos Portugueses I - Textos - Trabalho e Cidadania*, Lisboa, Imprensa das Ciências Sociais.
- CABRAL, Sandra Rodrigues (2003), «Avaliação da qualidade do seguimento da gravidez na Unidade de Saúde de Vialonga», *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, pp. 431-440.
- CAMACHO, Ana (2000), «Uma abordagem sistémica da intervenção social no domínio da relação Escola-Família-Comunidade», *Intervenção Social*, 21, pp. 99-108.
- CAMPOS, António Correia (2007), «Para um sistema de saúde mais eficiente», *Cadernos de Economia*, pp. 9-15.
- CANAVARRO, Maria Cristina (2001), *Psicologia da gravidez e maternidade*, Coimbra, Quarteto Editora.
- CANGUILHEM, Georges (1952), *La connaissance de la vie*, Paris, Hachette.
- CANGUILHEM, Georges (1966), *Le normal et le pathologique*, Paris, P.U.F..
- CANTEIRO, Elódia (2005), *Mortalidade Infantil e Práticas Associadas ao Primeiro Ano de Vida: Um estudo no território de Vizela*, Braga, NEPS.
- CARAPINHEIRO, Graça (1998), *Uma sociologia dos serviços hospitalares*, Santa Maria da Feira, Edições Afrontamento.

-
- CARAPINHEIRO, Graça (2006), «A saúde enquanto matéria política», in G. Carapinheiro, (org.), *Sociologia da Saúde. Estudos e perspectivas*, Porto, Pé de Página.
- CARDOSO, Ângela; SANTOS, Silvéria; MENDES, Vanja (2007), «O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação», *Revista diálogos possíveis*, 1, pp. 141-159.
- CARIA, Telmo Humberto L. (1992), «Perspectiva sociológica sobre o conceito de educação e a diversidade das pedagogias», *Sociologia - Problemas e Práticas*, 12, pp. 171-184.
- CARNEIRO, Marinha do Nascimento (2005), «A nova cultura científica na obstetrícia e seus efeitos profissionais (séc. XIX)» *Revista da Faculdade de Letras História*, III Série (6), pp. 69-98.
- CARNEIRO, Marinha do Nascimento (2007), «Ordenamento sanitário, profissões de saúde e cursos de parteiras no século XIX», *Revista da Faculdade de Letras História*, III Série (8), pp. 317-354.
- CARNEIRO, Marinha do Nascimento (2008), *Ajudar a nascer. Parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (século XV-1974)*, Porto, Editora da Universidade do Porto.
- CARNEIRO, Marinha Fernandes (1994), «Saúde Materna e Obstétrica. O percurso Profissional», *Revista Nursing*, pp. 9-14.
- CARNEIRO, Roberto (2001), *Fundamentos da Educação e da Aprendizagem*, Vila Nova de Gaia, Arte Gráficas.
- CARR-HILL, Roy A. (1992), «The measurement of patient satisfaction», *Journal of Public Health Medicine*, 14, pp. 236-249.
- CARRICABURU, Danièle (2007), «De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical: les enjeux d'une définition», *Sociologie et sociétés*, 39(1), pp. 123-144.
- CARRICABURU, Danièle; MÉNORET, Marie (2004), *Sociologie de la santé: institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin.
- CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça (2006), *Educação para a Saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*, Camarate, Lusociência.
- CARVALHO, Graça Simões (2002), «Literacia para a Saúde: um contributo para a redução das desigualdades sociais», in M.E. Leandro et al (coord), *Saúde. As teias da discriminação social*, Instituto das Ciências Sociais, Braga, Artes Gráficas, pp. 119-135.

- CARVALHO, Sérgio Resende (2004), «As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e à mudança social», *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3), pp. 669-678.
- CASIMIRO, Cláudia (2002), «Representações da violência conjugal», *Análise Social*, XXXVII(163), pp. 603-630.
- CASSOLA RIBEIRO, Francisco (1986), *Emigração Portuguesa*, Lisboa, Secretaria de Estado das Comunidades Portuguesas.
- CASTILHO, Tai (2003), «Família e relacionamento de gerações», comunicação apresentada no Congresso Internacional Co-Educação de Gerações, São Paulo.
- CATARINO, Helena *et al.* (1993), «Enfermagem: profissão autónoma», *Revista Servir*, 41(1), pp. 11-15.
- CHALIFOUR, Jacques (1989), *La relation d'aide en soins infirmiers: une perspective holistique-humaniste*, Paris, Editions Lamarre.
- CHÂTEL, Viviane (2006), «A responsabilidade pelo outro: um preliminar à confiança», in C. Balsa (Org.), *Confiança e laço social*, Lisboa, Edições Colibri, pp. 49-60.
- CHOMBART DE LAUWE, Paul-Henry (1983), *La culture et le pouvoir: transformations sociales et expressions novatrices*, Paris, Editions l'Harmattan.
- CLAS DE VIEIRA DO MINHO (2006), *Diagnóstico social*, Vieira do Minho.
- COLLIÈRE, Marie Françoise (1989), *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*, Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- COLLIÈRE, Marie Françoise (2003), *Cuidar...A primeira arte da vida*, Loures, Lusociência.
- COLOMER, Francisco Donat (2000), *Enfermería maternal y ginecológica*, Barcelona, Masson.
- CORREIA, Cristina *et al.* (2001), «Os enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários», *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, volume Temático, 2, pp. 75-82.
- CORREIA, Maria de Jesus (1998), «Sobre a maternidade», *A análise psicológica*, XVI(3), pp. 365-371.
- COSME, Alexandra (2008), «A construção das práticas em enfermagem: a formatividade nos cuidados aos diabéticos em contexto comunitário», *Sisifo. Revista de Ciências da Educação*, 5, pp. 33-44.

-
- COSTA, Emília Isabel Martins; JURADO Rosário Antequera (2006), «Interacção em Saúde», *Revista Referência*, II Série, 2, pp. 43-49.
- COSTA, Manuel da Silva (2006), «Organizações de saúde, participação e qualidade», in M. Costa e M. E. Leandro (organizadores), *Participação, Saúde e Solidariedade*, Braga, Universidade do Minho, Instituto das Ciências Sociais, Associação Ibero-Americana de Sociologia das Organizações, Núcleo de estudos em Sociologia, pp. 13-17.
- COSTA, Raquel; FIGUEIREDO, Barbara; PACHECO, Alexandra; PAIS, Álvaro (2003), «Tipo de parto: expectativas, experiências, dor e satisfação», *Revista de Obstetrícia e de ginecologia*, pp. 265-306.
- CÔTO, Rosário; LEITE, Lúcia (2007), «Perfil de competências do EESMO. O percurso realizado», *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 26, pp. 40-44.
- COUTINHO, Clara Pereira; CHAVES, José Henrique (2002), «O estudo de caso na investigação em Tecnologia Educativa em Portugal», *Revista Portuguesa de Educação*, 15(1), pp. 221-243.
- COUTINHO, Maria Teresa Brandão (2004), «Apoio à família e formação parental», *Análise Psicológica*, XXII(1), pp. 55-64.
- COUTO, Germano (2003), *Preparação para o parto. Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*, Loures, Lusociência.
- COUTO, Germano Rodrigues (2006), «Conceitualização pelas enfermeiras da preparação para o parto», *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 14(2), pp. 190-198.
- COVITA, Horácio (2006), «O papel das comunidades de práticas na prestação de cuidados de saúde primários», *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, pp. 81-89.
- CRESPI, Franco (1997), *Manual de Sociologia da Cultura*, Lisboa, Editorial Estampa.
- CRESSON, Geneviève (1995), *Le travail domestique de la santé*, Paris, Éditions L'Harmattan.
- CRESSON, Geneviève (2006), «La Production Familiale de Soins et de Santé. La Prise en compte tardive et inachevée d'une participation essentielle», *Recherches familiales, Dossier thématique : La famille : entre production de santé et consommation de soins*, 3, pp. 7-16.
- CUNHA, Fernanda Pinto dos Santos (2005), «A (in)formação da grávida adolescente:

- contributos da supervisão na educação para a saúde», *Revista de Investigação em Enfermagem*, 12, pp. 40-51.
- CUNHA, Vanessa (2007), *O lugar dos filhos. Ideais, práticas e significados*, Lisboa, ICS.
- CUNNINGHAM, F. Gary *et al.* (2000), *Williams Obstetrícia*, Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan.
- CZERESNIA, Dina (org.) (2005), *Promoção da Saúde. Conceitos, reflexões, tendências*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- DANDURAND, Renée; SAILLANT, Francine (2003) «Des soins aux proches dépendants: quelle solidarité du réseau familial?», in F. Saillant, M. Boulianne (coord.), *Transformations sociales, genre et santé*, Paris, L'Harmattan, pp. 143-162.
- DEACON, Elinore (2002), «A midwife's role in prenatal screening», *British Journal of Midwifery*, 10(8), pp. 485-488.
- DELASSUS, Jean-Marie (1995), *Le sens de la maternité*, Paris, Dunod.
- DELORS, Jacques *et al.* (1996), *Educação um tesouro a descobrir*, Relatório para a U.N.E.S.C.O. da Comissão Internacional sobre a Educação, Porto, Edições Asa.
- DEMARTIS, Lúcia (2006), *Compêndio de Sociologia*, Lisboa, Edições 70.
- DESSEN, Maria Auxiliadora; BRAZ, Marcela Pereira (2000), «Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos», *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), pp. 221-231.
- DEWEY, John (1971), *Vida e Educação*, São Paulo, Edições Melhoramento.
- DEXEUS, Santiago *et al.* (1987), *Tratado de Obstetrícia Dexeus*, Barcelona, Salvat Editores.
- DIAS, Isabel (2004), *Violência na Família. Uma abordagem Sociológica*, Porto, Edições Afrontamento.
- DICIONÁRIO DA LÍNGUA PORTUGUESA (1998), 8ª ed., Porto, Porto Editora.
- DIOGO, Fernando; ROQUE, Ricardo (2006) «A casa, as crianças e eu: gestão da confiança em quotidianos femininos» in C. Balsa, *Confiança e Laço Social*, Lisboa, Edições Colibri.
- DIX, Steffen (2007), «O que significa o estudo das religiões: uma ciência monolítica ou interdisciplinar?», *Working Papers*, Instituto de Ciências Sociais, Universidade de

Lisboa.

- DOMINGUES, Ivo (2006), «Porque funciona mal o ambulatório», in M. Costa; M.E. Leandro, *Participação, Saúde e Solidariedade*, Braga, ICS, pp. 263-283.
- DONZELOT, Jacques (1977), *La police des familles*, Paris, Les Editions de Minuit.
- DOTTO, Leila Maria; MOULIN, Nelly de Mendonça; MAMEDE, Marli Vilela (2006), «Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras», *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 14(5), pp. 682-688.
- DOUGLAS, Mary (1991), *Pureza e perigo*, Lisboa, Edições 70.
- DOWNIE, Robin S.; TANNAHILL, Carol; TANNAHILL, Andrew (1997), *Health Promotion. Models and Values*, Oxford, Oxford University Press.
- DRESSER, Kaitlyn Marie (2008), «Prenatal Health Education Needs of Medically Indigent and Under - Insured Pregnant Women», *Archie - Digital Collections*, 1(1), pp. 1-20.
- DRULHE, Marcel (1996), *Santé et Société. Le façonnement sociétal de la santé*, Paris, P.U.F..
- DUARTE, Susana (2002), *Saberes de saúde e de doença: Porque vão as pessoas ao Médico?*, Coimbra, Quarteto.
- DUMAS, Louise (2002), «Focus Groups to Reveal Parents' Needs for Prenatal Education», *The Journal Perinatal Education*, 11(3), pp. 1-9.
- DURKHEIM, Émile (1980), *Education et Sociologie*, Vendôme, Presses Universitaires de France.
- DURKHEIM, Émile (1989), *A divisão do trabalho social*, 3ª ed, Lisboa, Presença.
- DURKHEIM, Émile (1993), *As Regras do Método Sociológico*, Lisboa, Editorial Presença.
- DURKHEIM, Émile (2001), *Sociologia, educação e moral*, Porto, Rés-Editora.
- ELIAS, Norbert; SCOTSON, John L. (2000), *Os Estabelecidos e os Outsiders*, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- ENCICLOPÉDIA DO PÚBLICO (2004), Lisboa, Editorial Verbo.
- ESCOBAR, Lucília (2004), *O sexo das profissões. Género e Identidade Socioprofissional em Enfermagem*, Porto, Edições Afrontamento.
- ESTRELA, Albano (1994), *Teoria e Prática de Observação de classes. Uma estratégia de formação de professores*, 4ª ed., Porto, Porto Editora.

- ÉTIENNE, Jean *et al.* (1998), *Dicionário de Sociologia – As noções, os mecanismos e os autores*, Lisboa, Plátano Edições Técnicas.
- EXPOENTE (2004), *Diagnóstico estratégico do concelho de Vila Verde*, Câmara Municipal de Vila Verde.
- FAUSTINO, Maria de Lurdes Torcato; COELHO, Maria Teresa Vieira (2005), «Cuidar na gravidez, parto e puerpério. Que visibilidade da enfermagem?», *Revista Servir*, 53(4), pp. 185-189.
- FERNANDES, António Teixeira (2003), «Valores e atitudes religiosas», in J. Vala *et al.*, *Valores Sociais: mudanças e contrastes em Portugal e na Europa*, Lisboa, ICS., pp. 126-191.
- FERNANDES, Otilia Maria Teixeira; LOPES Maria dos Anjos Pereira (2002), «Corpo, saúde e doença: Que representações dos Enfermeiros?», *Revista de Investigação em Enfermagem*, 6, pp. 4-17.
- FERRÃO, Ana; BISCAIA, André (2006), «Centro de Saúde – Organização de Aprendizagem», *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 22, pp. 91-95.
- FERREIRA, Francisco António Gonçalves (1975), *Política de Saúde e Serviço Nacional de Saúde em Portugal*, Amadora, Biblioteca Ciência Progresso Cultura.
- FERREIRA, Francisco António Gonçalves (1989), *Sistemas de Saúde e seu funcionamento - Sistemas de Cuidados de Saúde no Mundo - O caso particular de Portugal*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- FERREIRA, Francisco António Gonçalves (1990), *Histórias da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- FERREIRA, José Maria Carvalho *et al.* (1995), *Sociologia*, Amadora, Editora McGraw-Hill.
- FERREIRA, Maria Augusta Gomes Alves (2003), «Um olhar dos enfermeiros sobre a profissão - um estudo de representações sociais», *Revista Investigação em Enfermagem*, 8, pp. 17-26.
- FIDALGO, Lurdes (2003), *(Re)Construir a Maternidade numa perspectiva discursiva*, Lisboa, Instituto Piaget.
- FIGUEIREDO, Barbara *et al.* (2006), «Qualidade das relações significativas da mulher na gravidez», *Teoria, Investigação e Prática*, 1, pp. 3-25.

-
- FLORES, Gil J. (1994), *Análisis de datos cualitativos – Aplicaciones à la investigación cualitativa*, Barcelona, PPU.
- FONSECA, Maria Lucinda *et al.* (2005), *Reunificação Familiar e Imigração em Portugal*, Lisboa, Alto-Comissário para a Imigração e Minorias Étnicas (A.C.I.M.E.).
- FONTES, António (1992), *Etnografia transmontana – crenças e tradições de Barroso*, vol. I Lisboa, Editorial Lda..
- FORTIN, Marie Fabienne (1999), *O Processo de Investigação da concepção à realização*, Loures, Lusociência.
- FORTIN, Silvie; LE GALL, Josiane (2007), «Neonatalité et constitution des savoirs en contexte migratoire: familles et services de santé. Enjeux théoriques, perspectives anthropologiques», *Revue Erudit*, 6, pp. 1-19.
- FOUCAUD, Jérôme; BALCOU-DEBUSSCHE, Maryvette (sous la direction) (2006), *Former à l'éducation du patient : quelles compétences ? Réflexions autour du séminaire de Lille 11 -13 octobre 2006*, Saint-Denis Cedex, Editions I.N.P.E.S..
- FOUCAULT, Michel (1998), *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*, Petrópolis, Editora Vozes.
- FOURASTIER, Jean (1979), *Les trente glorieuses années ou la révolution invisible de 1946 a 1975*, Paris, Fayard.
- FOX, Nick F. (1999), «Os tempos dos cuidados de saúde. Poder, controlo e resistência», *Sociologia - Problemas e Práticas*, 29, pp. 9-29.
- FREIRE, Paulo (2007a), *Pedagogia da autonomia. Saberes necessários à prática educativa*, São Paulo, Editora Paz e Terra.
- FREIRE, Paulo (2007b), *Pedagogia do oprimido*, São Paulo, Editora Paz e Terra.
- GAUTHIER, Benoît (2003), *Investigação social da problemática à colheita de dados*, Loures, Lusociência.
- GAZZINELLI, Maria Flávia; GAZZINELLI, Andréa; REIS, Dener Carlos; PENNA, Cláudia, (2005), «Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença», *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1), pp. 200-206.
- GÉLIS, Jacques (1988), *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris, Fayard.

- GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin (1992), *O Inquérito: Teoria e Prática*, Oeiras, Celta Editora.
- GIBSON, Cheryl (1991), «A concept analysis of empowerment», *Journal of Advanced Nursing*, 16, pp. 354-361.
- GIDDENS, Anthony (1993), *A transformação da intimidade*, São Paulo, U.N.E.S.P..
- GIDDENS, Anthony (2000), *Sociologia*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- GIDDENS, Anthony (2005), *O mundo na era da globalização*, Barcarena, Editorial Presença.
- GIL, António (1995), *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*, S. Paulo, Editora Atlas S.A..
- GIRALDES, Maria do Rosário (2003), *Sistema de saúde versus sector privado em Portugal*, Lisboa, Editorial Estampa.
- GOETZ, Judith P.; LE COMPTE, Margaret D. (1988), *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*, Madrid, Morata.
- GOMES, Benedita; PEREIRA, Maria da Graça (2007), «Preparação para o parto: impacte na grávida e companheiro», in M. G. Pereira (coord.), *Psicologia da Saúde Familiar: aspectos teóricos e investigação*, Lisboa, Climepsi Editores, pp. 319-358.
- GONÇALVES, Águeda da Assunção (1998), «Satisfação Profissional dos Enfermeiros Especialistas», *Revista Referência*, 1, pp. 41-48.
- GONÇALVES, Albertino (1998), *Métodos e Técnicas de Investigação social, Programa, conteúdo e métodos de ensino teórico e prático*, Relatório apresentado à Universidade do Minho para Concurso Documental, Braga.
- GONÇALVES, Ana Raquel Saraiva (2008), «Aprender a ser mãe. Processos de aprendizagem de mães primíparas durante os primeiros dois meses pós-parto», *Sisifo. Revista de Ciências da Educação*, 5, pp. 59-68.
- GONÇALVES, Helena; DOMINGUES, Ivo (2002), «Gestão da qualidade dos Centros de Saúde», in M. E. Leandro; M.M. Araújo; M. Costa, *Saúde. As teias da discriminação social*, Actas do Colóquio Internacional Saúde e Discriminação Social, Braga, ICS, pp. 263-282.
- GOODY, Jack (1995), *Família e casamento na Europa*, Oeiras, Celta Editora.
- GRAÇA, Luís Mendes (1996), *Medicina materno-fetal: fundamentos e prática clínica*, Lisboa, Wyeth Lederle.

-
- GREENBERG, Jerrold S.; SULLIVAN, Rosa (1977), «The need for prenatal health education», *Health Education Journal*, 36(3), pp. 84-87.
- GREENE, Laurence; KREUTER, Marshall (1999), *Health promotion planning: an educational and ecological approach*, United State, Mac-Graw-Hill.
- GREENE, Laurence; KREUTER, Marshall; DEEDS, Sigrid; PARTRIDGE, Kay (1980), *Health Education Planning: a Diagnostic Approach*, Mayfield, Palo Alto.
- GREENE, Walter; SIMONS-MORTON, Bruce (1988), *Educación para la Salud*, México, Interamerica Mac-Graw-Hill.
- GUERRA, Isabel Carvalho (2006), *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo. Sentidos e formas de uso*, Estoril, Principia.
- GUILLEC, Gérard (1990), «La gestion de la santé», *Cahiers Internationaux de Sociologie*, LXXXIX, pp. 355-376.
- GUIMARÃES, Paula (2002), «Espaço, Tempo e Processo de Educação Informal numa Enfermaria», *Revista Portuguesa de Educação*, 15(001), Universidade do Minho, pp. 85-109.
- HABERMAS, Jürgen (1987), *Teoría de la acción comunicativa*, Madrid, Taurus.
- HAGUETTE, Teresa Maria Frota (2003), *Metodologias Qualitativas na Sociologia*, Petrópolis, Editora Vozes.
- HELMAN, Cecil G. (1994), *Cultura, Saúde e Doença*, Porto Alegre, Artes Médicas.
- HERZLICH, Claudine (1984), *Santé et maladie*, Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- HERZLICH, Claudine (1996), *Santé et maladie - analyse d' une représentation sociale*, Paris, Édition Mouton.
- HESBEEN, Walter (2001), *Qualidade em Enfermagem – Pensamento e Acção na perspectiva do Cuidar*, Loures, Lusociência.
- HESBEEN, Walter (2004), *Cuidar neste mundo*, Loures, Lusociência.
- HESPANHA, Maria José Ferros (1987), «O corpo, a Doença e o Médico», *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 23, pp. 195-210.
- HOFFMAN, Axel (2007), «Soins profanes, division du travail entre hommes et femmes»,

- Santé Conjuguée*, 42, pp. 82-84.
- HONORÉ, Bernard (2002), *A saúde em projecto*, Loures, Lusociência.
- HONORÉ, Bernard (2004), *Cuidar. Persistir em conjunto na existência*, Loures, Lusociência.
- HOUTAUD, Alphonse d' (2003), *L'image sociale de la Santé*, Paris, l'Harmattan.
- ITURRA, Raul (1990), *Fugirás à escola para trabalhar a terra*, Lisboa, Escher.
- JACKSON, Deborah (2000), *La sagesse des mères. Secrets traditionnels de la grossesse, de la naissance et de la maternité*, Singapour, Édition du Seuil.
- JACQUES, Béatrice (2000), «L'expérience de la maternité sous influence médicale», *Revue Face a Face*, 2, pp. 31-39.
- JACQUES, Béatrice (2004), «Le festin du fœtus: interdits alimentaires et rituels de protection pendant la grossesse», *Les Dossiers de l'Obstétrique, Se préparer à l'accouchement, à la naissance, à la parentalité*, Editions E.L.P.E.A., pp. 225-227..
- JACQUES, Béatrice (2007), *Sociologie de l'accouchement*, Paris, P.U.F..
- JOAQUIM, Teresa (1983), *Dar à luz, ensaio sobre as práticas e crenças na gravidez, parto e pós-parto em Portugal*, Lisboa, Publicações D. Quixote.
- JOAQUIM, Teresa (1992), «A questão da maternidade e o imaginário colectivo», in Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, *Maternidade: Mitos e Realidades*, Colecção Cadernos Condição Feminina, 36, Lisboa, pp. 47-52.
- JOAQUIM, Teresa (1999), «Panorama geral da situação das mulheres em Portugal nos últimos 25 anos», in Ministério da Saúde - Direcção Geral da Saúde, *A saúde da Mulher*, Lisboa, pp. 7-53.
- JOAQUIM, Teresa (2006), *Cuidar dos outros. Cuidar de si. Questões em torno da maternidade*, Lisboa, Livros Horizonte.
- JODELET, Denise (1999), *Les représentations sociales*, Paris, Presses Universitaires de France.
- JUÁREZ, Lorenzo Mariano; CHAMORRO, Beatriz Encinas (2003), «La Educación para la Salud. Un abordaje transcultural», *Index de Enfermería*, Ano XII, 42, pp. 24-29.
- KAUFMANN, Jean Claude (1996), *Faire ou faire-faire? Familles et services*, Rennes, PUR.
- KÉROUAC, Suzanne *et al.* (1994), *La pensée infirmière, conceptions et stratégies*, Québec,

Editions Études Vivantes.

KING, Imogene (1981), *A theory for nursing: systems, concepts, process*, New York, Wiley Medical Publications.

KITZINGER, Sheila (1996), *Mães. Um estudo antropológico da maternidade*, 2ª ed., Lisboa, Editorial Presença.

KNIBIEHLER, Yvonne (1997), *La révolution maternelle depuis 1945*, Paris, Perrin.

KNIBIEHLER, Yvonne (sous la direction) (2001), *Maternité, affaire privée, affaire publique*, Paris, Bayard Éditions.

KOFFMAN, Márcia Duarte; BONADIO Isabel Cristina (2005), «Pré-Natal em instituição filantrópica do município de São Paulo», *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*, 5, (supl. 1), pp. 523-531.

KOTLER, Philip (1991), *Marketing*, Editora Atlas, São Paulo.

KOTLER, Philip (2009), *Marketing para o século XXI*, Editorial Presença, Queluz de Baixo.

LALANDA, Piedade (2002), «Casar pelo civil ou na Igreja», *Sociologia, Problemas e Práticas*, 39, pp. 69-83.

LALANDA, Piedade (2006), «A população feminina e as transições familiares através da demografia», *Revista de Estudos Demográficos*, 38, pp. 5-28.

LAROCQUE, Sylvie; CAVEENE, Christine (1997), «Sages-femmes, un véritable partenariat», *Reflets: revue d'intervention sociale et communautaire*, 3(2), pp. 228-239.

LARREA, Cristina *et al* (1993), «Antropología y educación para la salud», *Revista Rol de Enfermería*, 179, pp.65-69.

LATIMER, Joanna (2005), *Investigação Qualitativa Avançada para a Enfermagem*, Lisboa, Instituto Piaget.

LAVERACK, Glenn (2008), *Promoção de Saúde. Poder e Empoderamento*, Loures, Lusodidacta.

LAZURE, Helène (1994), *Viver a relação de ajuda*, Lisboa, Lusodidacta.

LE BRETON, David (1990), *Anthropologie du corps et Modernité*, Paris, Presses Universitaires de France.

- LE GALL, Josiane (2002), «Le lien familial au coeur du quotidien transnational: les femmes shiites libanaises à Montréal», *Anthropologica*, 44(1), pp. 69-82.
- LE GALL, Josiane (2005), «Familles transnationales: bilan des recherches et nouvelles perspectives», *Diversité urbaine*, 5(1), pp. 29-42.
- LE GALL, Josiane; MONTGOMERY Catherine; CASSAN, Christelle (2009), «L'invisibilité de la participation des hommes immigrants dans les soins à leur famille», in M. E. Leandro, P. Nossa, V. Rodrigues, *Saúde e Sociedade. Os contributos (in)visíveis da família*, PsicoSoma, Viseu, pp. 73-92.
- LE PLAY (1989) [1879], *La Méthode Sociale*, Paris, Méridiens Klincksieck (apresentação de Antoine Savoye) (ed. fac-similar).
- LEAL, Isabel (1990), «Nota de abertura», *A análise psicológica*, 8(4), pp. 365-366.
- LEAL, Isabel (1997), «Transformações socioculturais da gravidez e da maternidade: Correspondente transformação psicológica», *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, Braga, 27 de Fevereiro a 1 de Março, pp. 201-213.
- LEANDRO, Maria Engrácia (1994), «Complexidade das estruturas familiares na sociedade moderna», *Revista Teológica*, 2ª série, 29(2), pp. 13-29.
- LEANDRO, Maria Engrácia (1995a), «Pluralidade de modelos familiares na sociedade contemporânea», *Família, Sociedade e Solidariedade*, Actas, II Semana Social promovida pela Conferencia Episcopal, Igreja Católica Portuguesa, pp. 79-100.
- LEANDRO, Maria Engrácia (1995b), *Familles portugaises projets et destins*, Paris, Éditions L'Harmattan.
- LEANDRO, Maria Engrácia (1995c), *Au-delà des apparences les portugais face à l'insertion sociale*, Paris, Éditions L'Harmattan.
- LEANDRO, Maria Engrácia (1997), «Le lien social dans la pensée sociologique», in J. Pavageau, Y. Gilbert, Y. Pedrazzini, *Le lien social et l'inachèvement de la modernité*, Paris, L'Harmattan, pp. 41-54.
- LEANDRO, Maria Engrácia (2001a), «A Saúde no Prisma dos valores da modernidade», *Revista de Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, 41(3-4), Sociedade de Antropologia e Etnologia, pp. 67-93.
- LEANDRO, Maria Engrácia (2001b), *Sociologia da Família nas Sociedades*

Contemporâneas, Lisboa, Universidade Aberta.

LEANDRO, Maria Engrácia (2006), «A complexa relação entre solidariedades familiares e solidariedades públicas. A saúde e os idosos no centro do debate», in M. Costa, M.E. Leandro (org.), *Participação, Saúde e Solidariedade*, Braga, ICS, pp. 137-150.

LEANDRO, Maria Engrácia; MACHADO, José C.; GOMES Ricardo (2007), «Promoção da saúde e prevenção da doença: realidades e miragens nas famílias portuguesas», in M.G. Pereira (coord.), *Psicologia da Saúde Familiar: aspectos teóricos e investigação*, Lisboa, Climepsi Editores, pp. 267-294.

LEANDRO, Maria Engrácia; MOREIRA, Rita (2006), «Modernidade e emergência de novos laços sociais», *Nova et Vetera*, 2, pp. 41-65.

LEANDRO, Maria Engrácia; RODRIGUES, Vítor (2007a), «Da migração dos pais à escolarização dos filhos. O caso dos portugueses em França», *Revista Portuguesa de Educação*, 20(1), pp. 99-128.

LEANDRO, Maria Engrácia; RODRIGUES, Vítor; LEANDRO, Ana Sofia (2006), «A família, um actor informal de saúde», in M. Costa, M.E. Leandro (org.), *Participação, Saúde e Solidariedade*, Braga, ICS, pp. 183-198.

LEANDRO, Maria Engrácia; SILVA, Manuel Carlos (2003), *Rede social de Braga. Pobreza e exclusão social no Concelho de Braga*, Relatório de Pré-diagnóstico, Universidade do Minho, Braga.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti (2004), *Promoção de Saúde: a negação da negação*, Rio de Janeiro, Vieira e Lent.

LEININGER, Madeleine (1978), *Transcultural Nursing*, New York, Wiley and Sons.

LEININGER, Madeleine (1984), *Care: the essence of nursing and health*, New York, Charles B. Slack.

LEININGER, Madeleine (1999), «Cuidados culturais: teoría de la diversidad y la universalidad», in A. Marriner, *Modelos y teorías en Enfermería*, 4ª ed., Madrid, Harcourt Brace, pp. 439-449.

LEITE DE VASCONCELOS, José (1980), *Etnografia Portuguesa*, vol. VII, Lisboa, Imprensa Nacional Casa da Moeda.

LEITE, Sofia (2007), «A união de facto em Portugal», *Revista de Estudos Demográficos*, 33,

I.N.E..

- LESSARD-HÉBERT, Michèle; GOYETTE Gabriel; BOUTIN, Gérald (2005), *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*, Lisboa, Instituto Piaget.
- LEVI-STRAUSS, Claude (1986), «Préface», in A. Burguière *et al.*, *Histoire de la famille*, 1, Paris, Armand Colin.
- LEWALLEN, Lynne Porter (2004), «Healthy Behaviours and Sources of Health Information among Low-Income Pregnant Women», *Public Health Nursing*, 21(3), pp. 200-206.
- LIMA, José da Silva (1994), *Deus não tenho nada contra*, Porto, Fundação Eng. António de Almeida.
- LISBOA, Adelaide (1994), «A maternidade motivo de discriminação no mundo laboral», in Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, *Actas do Seminário, Cadernos Condição Feminina*, 36, Lisboa, pp. 81-90.
- LOPES, Consuelo Helena Aires de Feitas; JORGE, Maria Salete Bessa (2005), «Interacionismo Simbólico e a possibilidade do cuidar interactivo em enfermagem», *Revista Escola de Enfermagem USP*, 39(1), pp. 103-108.
- LOPES, Manuel José (2006), *A relação enfermeiro doente como intervenção terapêutica*, Coimbra, Formasau.
- LOPES, Noémia Mendes (2001), *Recomposição Profissional da Enfermagem. Estudo sociológico em contexto hospitalar*, Coimbra, Quarteto.
- LUDKE, Menga *et al.* (1986), *Pesquisa em educação – abordagens qualitativas*, S. Paulo, EPU.
- MACEDO, Manuel Machado (2000), *História da Medicina Portuguesa no século XX*, CTT Correios de Portugal.
- MACHADO, Agostinho (1999), *A constante descoberta*, Edições Paulinas, Lisboa.
- MACHADO, Maria do Céu (2009), «Globalização, multiculturalidade e saúde», in J.C. Lopes *et al.* (2009), *Multiculturalidade Perspectivas de Enfermagem. Contributos para o Cuidar*, Loures, Lusociência, pp. 3-10.
- MAIA, Olga; LOPES Wilma (2000), «Articulação dos cuidados de Enfermagem ao nível da saúde Materna e Infantil», *Revista Informar*, 20, ano VI, pp. 28-32.
- MALDONADO, Maria Teresa (1989), *Maternidade e paternidade: situações especiais e de*

crise na família, Petrópolis, Vozes.

MANDU, Edir Nei Teixeira; SILVA, Graciette Borges (2000), «Recursos e estratégias em saúde: saberes e práticas de mulheres dos segmentos populares», *Revista Latino Enfermagem*, Ribeirão Preto, 8(4); pp. 15-21.

MANNHEIM, Karl (1971), *Libertad y Planificación Democrática*, México, Editorial Fondo de Cultura Económica.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria (1990), *Técnicas de Pesquisa*, São Paulo, Editora Atlas S.A..

MARTINS, Maria de Fátima Silva Vieira (2003b), *Um olhar sobre o Planeamento Familiar no Noroeste português*, no VIII Congresso da Asociación de Demografía Histórica (A.D.E.H.) que decorreu de 1 a 3 de Abril em Granada.

MARTINS, Maria de Fátima Silva Vieira (2004), «Um olhar sobre a saúde reprodutiva em Portugal: O passado, o presente, que futuro?», VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, *A questão Social no Novo Milénio*, Coimbra, 16 a 18 de Setembro.

MARTINS, Maria de Fátima Silva Vieira (2006), «A educação para a saúde: uma perspectiva de mudança», in M. Costa, M.E. Leandro, *Participação, Saúde e Solidariedade*, Braga, ICS, pp. 735-743.

MARTINS, Maria de Fátima Silva Vieira (2007), *Mitos e Crenças na Gravidez - Sabedoria e segredos tradicionais das mulheres de seis concelhos do distrito de Braga*, Lisboa, Edições Colibri.

MARTINS, Maria de Fátima Silva Vieira (2009), «Preparação para nascer: a família e o enfermeiro como suporte social na gravidez», in M. Leandro, P. Nossa, V. Rodrigues, *Saúde e Sociedade. Os contributos (in)visíveis da família*, Viseu, Psicosoma, pp. 251-263.

MÁRTIRES, Maria Alice Rodrigues (2006), «A organização do trabalho dos enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários», in M. Costa e M. Leandro (org.), *Participação, Saúde e Solidariedade*, Braga, Universidade do Minho, Instituto das Ciências Sociais, Associação Ibero-Americana de Sociologia das Organizações, Núcleo de estudos em Sociologia, pp. 539-552.

McCOURT, Christine; PERCIVAL, Patrícia (2004), «Le soutien social lors de la naissance»,

- in L. Page, *Le nouvel art de la sage femme*, Paris Elsevier, pp. 251-275.
- MEAD, George Herbert (1934), *Mind, Self and Society*, Chicago, the University of Chicago Press.
- MELEIS, Afaf Ibrahim (2007), *Theoretical Nursing. Development and progress*, U.S.A., The Point.
- MELEIS, Afaf Ibrahim; TRANGENSTEIN, Patrícia A. (1994), «Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission», *Nursing Outlook*, 42(6), pp. 255-259.
- MELIÇO, António (1991), «Tendências demográficas actuais relativas à procriação – Ensaio de interpretação», in Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, *Actas do Seminário, Cadernos Condição Feminina*, 36, Lisboa, pp. 101-127.
- MELO, Maria Cristina; FUGULIN, Fernanda; GAIDZINSKI, Raquel (2007), «O tempo no processo de trabalho em saúde: uma abordagem sociológica», *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(1), pp. 87-90.
- MELO, Maria da Luz (2005), *Comunicação com o doente. Certezas e Incógnitas*, Loures, Lusociência.
- MENDES, Felismina (2002), «Risco: um conceito do passado que colonizou o presente», *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 20(2), pp. 53-62.
- MENDES, Felismina (2007), *Futuros antecipados. Para uma sociologia do risco genético*, Porto, Edições Afrontamento.
- MENDES, Felismina (2009), «As vulnerabilidades da Educação para a Saúde», in M. Lopes, F. Mendes, A. Moreira (coord.), *Saúde, Educação e Representações Sociais. Exercícios de diálogos e convergência*, Coimbra, Formasau, pp. 163-172.
- MENDES, Margarete; COELHO, Elza; CALVO; Maria Cristina (2006), «O puerpério na atenção básica: as interfaces da assistência institucional e das práticas de cuidados de saúde», in E. Coelho, M.C. Calvo, C. Coelho (2006), *Saúde da mulher: um desafio em construção*, Florianópolis, Editora da UFSC, pp. 181-204.
- MENDES, Mário Luiz (1983), *Obstetrícia Essencial*, Coimbra, Gráfica de Coimbra.
- MESTRE, Sílvia Manuela Guerreiro (2006), «A promoção de saúde dos enfermeiros na prática hospitalar», *Servir*, 54(4), pp. 177-188.
- MILES, Mathieu; HUBERMAN, Michael (1984), «Drawing valid meaning from qualitative

-
- data: toward a shared craft», *Education Researcher*, pp. 20-30.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (2007), *O desafio do conhecimento, Pesquisa Qualitativa em Saúde*, São Paulo, Editora Hucitec.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu (2007), *Pesquisa Social*, Petrópolis, Editores Vozes.
- MONTEIRO, Rosa (2005), *O que dizem as mães*, Coimbra, Quarteto.
- MOORE, Stephen (2002), *Sociologia*, Mem Martins, Publicações Europa – América Lda..
- MORIN, Michel (2006), «Nouvelles définitions de la santé: un regard psychosocial», *Spirale*, 37, pp. 29-41.
- MOURA, Solange Maria Sobottka Rollim (2004), «A maternidade na história e a história dos cuidados maternos», *Psicologia, ciência e profissão*, 24(1), pp. 44-55.
- MUNARI, Denize; RODRIGUES Antónia (1997), *Enfermagem e grupos*, Goiânia, AB.
- NASCIMENTO, Maria João (2003), «Preparar o nascimento», *Análise Psicológica*, 1 (XXI), pp. 41-51.
- NETO, Félix (1986), *A migração portuguesa vivida e representada. Contribuição para o estudo dos projectos migratórios*, Porto, Secretaria de Estado das Comunidades Portuguesas, Centro de Estudos.
- NEVES, António Amaro (1994), «Vir à luz - práticas e crenças associadas ao nascimento», *Revista de Guimarães*, 104, pp. 51-81.
- NOGUEIRA, Helena; REMOALDO, Paula Cristina (2010), *Olhares Geográficos sobre a Saúde*, Lisboa, Edições Colibri.
- NOSSA, Paulo (2001), *Geografia da Saúde – o caso da Sida*, Oeiras, Celta Editora.
- NUNES, Berta (1997), *O saber médico do povo*, Lisboa, Fim de Século Edições Lda..
- NUNES, Berta (2002), «Promoção da Saúde Materna e Infantil», in L. Silva, *Promoção da Saúde*, Lisboa, Universidade Aberta, pp. 91-113.
- NUNES, Lucília (2003), *Um olhar sobre o ombro. Enfermagem em Portugal (1881-1998)*, Loures, Lusociência.
- NUNES, Lucília (2006), «A humanização na saúde: estratégia de marketing? A visão do enfermeiro», *Revista Brasileira de Bioética*, 2(3), pp. 313-327.

- NUNES, Lucília (2009), «Multiculturalidade – a perspectiva da Ordem dos Enfermeiros», in Lopes, José Carlos dos Reis *et al.*, *Multiculturalidade Perspectivas de Enfermagem. Contributos para o Cuidar*, Loures, Lusociência, pp. 47-64.
- NUNES, Rui; REGO, Guilhermina (2002), *Prioridades na Saúde*, Lisboa, McGraw-Hill.
- ODENT, Michel (2000), *A cientificação do amor*, São Paulo, Terceira Margem.
- OLIVEIRA, Clara Costa (2004), *Auto-Organização, Educação e Saúde*, Coimbra, Ariadne Editora.
- PAGE, Lesley Ann (coord.) (2004), *Le nouvel art de la sage-femme. Science et écoute mises en pratique*, Paris, Elsevier.
- PAIM, Jairnilson Silva (2005), «Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde», in D. Czeresnia, C. Freitas, *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- PAÚL, Constança; FONSECA, António M. (2001), *Psicossociologia da saúde*, Lisboa, Climepsi Editores.
- PAUL, Patrick (2005), «A dimensão ética na educação para a saúde», *Saúde e Sociedade*, 14(1), pp. 30-40.
- PAUMIER, Marie; RICHARDSON, Mary (2003), «Le mouvement pour la reconnaissance des sages-femmes en France et au Québec», in F. Saillant, M. Boulianne (sous la direction de), *Transformations sociales, genre et santé*, Paris, L'Harmattan pp. 247-262.
- PEDROSA, José Ivo (2003), «É preciso repensar a Educação em Saúde sob a perspectiva da participação social», *Comunicação em Saúde*, 13, pp. 24-25
- PEIXOTO, João (2002), «A imigração em Portugal», *Boletim da Associação Portuguesa de Demografia*, 3, pp. 1-4.
- PENA, Pilar Isla *et al.* (1995), «Publicidad, Salud y Educación Sanitaria», *Revista Rol de Enfermería*, 201, pp. 59-63.
- PENDER, Nola (1996), *Health Promotion in Nursing Practice*, New Jersey, Prentice Hall.
- PENHA, Maria Teresa (1992), «Estruturas de Apoio», in Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, *Actas do Seminário, Cadernos Condição Feminina*, 36, Lisboa, pp. 129-139.

-
- PEPLAU, Hildegard (1990), *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*, Barcelona, Masson-Salvat.
- PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo (2003), «As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde», *Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 19(5), pp. 1527-1534.
- PEREIRA, Ana Paula; SERVO, Maria Lúcia (2006), «A enfermeira e a Educação em Saúde: um estudo de uma realidade local», *Revista Baiana de Saúde Pública*, 30(1), pp. 7-18.
- PERNET-HAUSEY LEPLAT, Véronique (1994), «L'approche de la maternité dans les différentes cultures», *Revue des soins gynécologique, obstétrique e puériculture*, 154, pp. 40-44.
- PESTANA, Maria Teresa de Albuquerque Teixeira (1996), «A formação dos enfermeiros e a Educação para a Saúde num contexto multicultural», *Revista Portuguesa de Enfermagem*, Ano I, (1), Instituto de Formação em Enfermagem, Lda., pp. 183-297.
- PINA CABRAL, João (1989), *Filhos de Adão, Filhas de Eva: a Visão do Mundo Camponesa no Alto Minho*, Lisboa, Dom Quixote.
- PINTO, Conceição Alves (1995), *Sociologia da Escola*, Lousã, McGraw-Hill.
- PIRES, Rui Pena (2002), «Mudanças na imigração: Uma análise das estatísticas sobre a população estrangeira em Portugal, 1998-2001», *Sociologia, Problemas e Práticas*, 39, pp. 151-156.
- PISCO, Luís; BISCAIA, José Luís (2001), «Qualidade de Cuidados de Saúde Primários», Volume Temático, 2, pp. 43-51.
- POIRIER, Jean; CLAPIER-VALLADON, Simone; RAYBAUT, Paul (1999), *Histórias de vida. Teoria e Prática*, Oeiras, Celta Editora.
- POLETTI, Rosette (1980), *Cuidados de Enfermería. Tendencias y conceptos actuales*, Barcelona, Ediciones Rol S.A..
- POLIT, Denise; HUNGLER, Bernardette (1995), *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*, 3ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas.
- PORTUGAL, Luísa (1999), «Promoção da saúde e prevenção da doença», in Ministério da Saúde - Direcção Geral da Saúde (1999), *A saúde da Mulher*, Lisboa, pp. 107-127.
- PORTUGAL, Sílvia (1995), «As mãos que embalam o berço. Um estudo sobre redes

- informais de apoio à maternidade», *Revista Critica de Ciências Sociais*, 42, pp. 155-178.
- PORTUGAL, Sílvia (2007), «O que faz mover as redes sociais? Uma análise das normas e dos laços», *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 79, pp. 35-56
- POSTIC, Marcel (2007), *A relação pedagógica*, Lisboa, Padrões Culturais Editora.
- POURCHEZ, Laurence (2002), *Grossesse, naissance et petite enfance en société créole*, Paris, Editions Karthala.
- POURTOIS, Jean-Pierre; DESMET, Huguette (1999), *A Educação pós-moderna*, Lisboa, Instituto Piaget.
- PRECIOSO, José Alberto Gomes (1992), “Algumas estratégias de âmbito curricular e extra curricular. Para promover educar para a prática de uma alimentação racional”, *Revista Portuguesa de Educação*, Braga, pp. 111-113.
- PRECIOSO, José Alberto Gomes (1999), *Educação para a Saúde na Escola – Um estudo sobre a Prevenção do hábito de fumar*, Braga, Livraria Minho.
- PRONOVOST, Gilles (1996), *Sociologie du temps*, Bruxelles, De Boeck Université.
- QUARTILHO, Manuel João R. (2001), *Cultura, Medicina e Psiquiatria*, Coimbra, Quarteto.
- QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; JORGE, Maria Salette Bessa (2004), «Acções educativas no cuidado infantil e intervenções dos profissionais junto às famílias», *Acta Scientiarum, Health Sciences*, 26(1), pp. 71-81.
- QUÉNIART, Anne; HURTUBISE, Roch (1998), «Nouvelles familles, nouveaux défis pour la sociologie de la famille», *Sociologie et sociétés*, XXX(1), pp. 1-11.
- QUESADA, Rogelia Perea (2004), *Educación para la Salud (Reto de nuestro tempo)*, Ediciones Díaz de Santos, Madrid.
- QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van (1992), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa, Gradiva.
- RAMOS, Natália (2009), «Multiculturalidade e Comunicação em Saúde», in J.C. Lopes *et al.*, *Multiculturalidade Perspectivas de Enfermagem. Contributos para o Cuidar*, Loures, Lusociência, pp. 67-82.
- RAMOS, Vítor (1987), «O ressurgimento da Medicina Familiar», *Revista Critica de Ciências Sociais*, 23, pp. 157-167.

-
- RAZUREL, Chantal; HÉLIOT, Céliane; PERIER, Jacques; ANDREOLI, Nicole (2003), «Éducation des mères à la santé dans le post partum à la maternité de Genève», *Recherche en Soins Infirmiers*, 75, pp. 38-45.
- REDMAN, Barbara Klug (2003), *A prática da Educação para a Saúde*, Loures, Lusociência.
- REIS, Joaquim da Cruz (2005), *O que é a saúde? Significações pessoais, modelos científicos e educação para a saúde*, Lisboa, Veja.
- REMOALDO, Paula Cristina (2002a), *Desigualdades territoriais e sociais subjacentes à mortalidade infantil em Portugal*, Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- REMOALDO, Paula Cristina (2002b), «As questões mais importantes dos cuidados de saúde portugueses – reflexões de uma geógrafa e cidadã», *Cadernos de Estudos Municipais*, Braga, Arquivo Municipal, pp. 139-148.
- REMOALDO, Paula Cristina (2003), «A Saúde Materna e Infantil que ambicionamos para o século XXI – perspectivas de uma Geógrafa» *Revista da Faculdade de Letras Universidade do Porto*, I Série, vol. XIX, Porto, pp. 457-466.
- REMOALDO, Paula Cristina (2005), «Os desafios da saúde materno-infantil portuguesa nos inícios do século XXI», *Cuadernos Geográficos Universidade de Granada*, 36(1), pp. 553-561.
- REY Alain (dirigé par); ROBERT Paul (2001), *Le Grand Robert de la Langue Française* Paris, Dictionnaires le Robert – Vuf. Romb, Z.
- RIBEIRO, José Luís Pais (1999), «Escala de Satisfação com o Suporte Social», *Análise Psicológica*, XVII(3), pp. 547-558.
- RIBEIRO, Lisete Fradique (1995), *Cuidar e tratar. Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral*, Lisboa, Educa-Formação.
- RIBEIRO, Margarida (1990), *Temas de Etnologia - Maternidade*, Coimbra, Livros Horizonte.
- RIOS, Cláudia; VIEIRA, Neiva (2007), «Acções educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde», *Ciência e Saúde Colectiva*, 12(2), pp. 477-486.
- ROCHON, Alain (1991), *Educación para la Salud. Guía práctico para realizar un proyecto*, Barcelona, Masson.

- RODRIGUES, Manuel Alves; GOMES, Cristina; LOPES, Lúcia (2009), «Documento *ad usum et beneficium*. Fecundação, gravidez e parto», *Revista Referência*, II Série (9), pp. 79-84.
- RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, Anabela; BARROSO, Teresa (2005), *Educação para a Saúde. Formação Pedagógica de Educadores de Saúde*, Coimbra, Formasau.
- RODRIGUES, Natália Alves (2009), «Diversidade cultural na maternidade», in J. C. Lopes et al., *Multiculturalidade Perspectivas de Enfermagem. Contributos para o Cuidar*, Loures, Lusociência, pp. 165-180.
- RODRIGUES, Pedro; MENA, João; RIBEIRO, Rui; MARTINS, Susana (2006), «Tecnologia e saúde: a hegemonia do paradigma hospitalocêntrico», in M. Costa, M.E. Leandro (org.), *Participação, Saúde e Solidariedade*, Braga, ICS, pp. 529-537.
- ROGADO, Teresa; TEIXEIRA, José A. Carvalho (1997), «Intervenção psicológica na Educação para a Saúde no sistema de Cuidados de Saúde Primários», *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, Braga, pp. 169-177.
- ROMEIRA, Olga (1997), «Ensinar a grávida ou facilitar as aprendizagens do casal», *Enfermagem em foco*, SEP, Ano VII(26), pp. 31-32.
- ROSA, Maria João Valente; SEABRA, Hugo de; SANTOS, Tiago (2003), *Contributos dos “imigrantes” na demografia portuguesa*, Lisboa, A.C.I.M.E..
- ROUSSEL, Louis (1989), *La famille incertaine*, Paris, Odile Jacob.
- RUSSEL, Nancy (1996), *Manual de Educação para a Saúde*, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.
- SABÓIA, Vera Maria (2005), «A Enfermeira e a Prática Educativa em Saúde: a arte de talhar Pedras», *Revista Nursing*, 8(83), pp. 173-178.
- SAILLANT, Francine (1991), «Les soins en périls: entre la nécessité et l'exclusion», *Recherches féministes*, 4(1), pp. 11-30.
- SAILLANT, Francine (1992), «La part des femmes dans les soins de santé», *Revue Internationale d'Action Communautaire*, 28(66), pp. 95-106.
- SAILLANT, Francine (1997a), «Les pratiques thérapeutiques québécoises et leurs éléments rituels et symboliques», in G. Bouchard et M. Segalen (dir.), *Rites et symboles en France et au Québec*. Paris, La Découverte, pp. 73-90.

-
- SAILLANT, Francine (1997b), «Prévention: entre traditions et modernité», in A. Turmel (sous la direction), *Culture, institution et savoir. Culture française d'Amérique*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, pp. 107-129.
- SAILLANT, Francine (1999), «Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique», *Revue Anthropologie et Sociétés*, 23(2), pp. 15-39.
- SAILLANT, Francine (2000), «Soigner, ultimement. De la nécessité de la providence des savoirs», *Revue Erudit*, pp. 25-38.
- SANDRIN-BERTHON Brigitte (2006), «Promotion de la santé, education pour la santé en périnatalité», *Spirale*, 37, pp. 43-50.
- SANMARTÍ, Luis Salleras (1988), *Educación Sanitaria: principios, métodos, aplicaciones*, Madrid, Diaz de Santo S.A..
- SANTANA, Paula (2005), *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento: Evolução e tendências em Portugal*, Coimbra, Almedina.
- SANTANA, Paula; VAZ, Artur (1999), «Os serviços de saúde e as mulheres», in Ministério da Saúde - Direcção Geral da Saúde, *A saúde da Mulher*, Lisboa, pp. 131-165.
- SARACENO, Chiara (1997), *Sociologia da Família*, Lisboa, Editorial Estampa.
- SARACENO, Chiara; NALDINI, Manuela (2003), *Sociologia da Família*, 2ª ed., Lisboa, Editorial Estampa.
- SARMENTO, Francisco Martins (1999), *Antiqua, Tradições e Contos Populares*, Guimarães, Edição da Sociedade Martins Sarmiento.
- SARTI, Cynthia Anderson (1994), «A família como ordem moral», *Caderno Pesquisa*, São Paulo, 91, pp. 46-53.
- SARTI, Raffaella (2001), *Casa e família. Habitar, comer e vestir na Europa Moderna*, Lisboa, Editorial Estampa.
- SARTORI, Graziela Strada (2004), «Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos entre os participantes», *Revista electrónica de Enfermagem*, 6(2), pp. 153-165.
- SARTORI, Graziela; VAN DER SAND, Isabel (2004), «Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes», *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 6(2), pp. 153-165.
- SAVOIE-ZAJC, Lorraine (2003), «A entrevista – semi-dirigida», in B. Gauthier *Investigação*

- social. Da problemática à colheita de dados*, Loures, Lusociência, pp. 17-35.
- SCAVONE, Lucila (2001), «Maternidade: transformações na família e nas relações de género», *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, 5(8), pp. 47-60.
- SCHIER, Jordelina (2004), *Tecnologia da Educação em Saúde: o grupo aqui e agora*, Porto Alegre, Editora Sulina.
- SEGALEN, Martine (1987), *Sociologie de la famille*, Paris, Armand Collin.
- SEGALEN, Martine (1999), *Sociologia da família*, Lisboa, Terramar.
- SEGALEN, Martine (2007), «Preface», in B. Jacques, *Sociologie de l'accouchement*, Paris, P.U.F., pp. ix-xi.
- SETTON, Maria da Graça Jacinto (2002), «Família, escola e mídia», *Educação e Pesquisa*, São Paulo, 28(1), pp. 107-116.
- SILVA, Augusto Santos; PINTO, José Madureira (orgs.) (1999), *Metodologia das Ciências Sociais*, Porto, Edições Afrontamento.
- SILVA, Luísa Ferreira (2004), *Sócio-antropologia da Saúde. Sociedade, Cultura e Saúde/Doença*, Lisboa, Universidade Aberta.
- SILVA, Luísa Ferreira (2006), «A saúde e o saudável nas racionalidades leigas: o caso da alimentação», in G. Carapinheiro (Org.), *Sociologia da Saúde. Estudos e perspectivas*, Porto, Pé de Página Editores, pp. 165-195.
- SILVA, Luísa Ferreira *et al.* (2002), *Promoção de Saúde*, Lisboa, Universidade Aberta.
- SILVA, Luísa Ferreira; ALVES, Fátima (2002), «A saúde das mulheres em Portugal», in M.E. Leandro *et al.* (org.), *Saúde. As teias da discriminação social*, Instituto das Ciências Sociais, Braga, Artes Gráficas, pp. 165-179.
- SILVA, Luísa Ferreira; ALVES, Fátima (2003), *A saúde das mulheres em Portugal*, Porto, Edições Afrontamento.
- SILVA, Margarida (1995), *Nascer em Loures - Práticas e Crenças na gravidez, parto e pós-parto na região Saloia durante o Séc. XX*, Loures, Câmara Municipal de Loures.
- SILVA, Regina Tavares (1992), «Introdução ao Seminário», in Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, *Maternidade: Mitos e Realidades, Actas do Seminário*,

Colecção Cadernos Condição Feminina, 36, Lisboa, pp.15-19.

SILVEIRA, Isolda Pereira *et al.* (2005), «Acção educativa à gestante fundamentada na promoção da saúde: uma reflexão», *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 9(3), pp. 451-458.

SILVEIRA, Maria Lúcia (2000), «Família: conceitos sócio-antropológicos básicos para o trabalho em Saúde», *Família, Saúde, Desenvolvimento*, Curitiba, 2(2), pp58-64.

SIMÕES, Carlos (2002), «Da privação socioeconómica à falência dos conceitos de suporte social e desenvolvimento: Reflexões para uma praxis interventiva», *Análise psicológica*, XX(3), pp. 291-295.

SIMÕES, Jorge (2004), *Retrato político da Saúde*, Coimbra, Almedina.

SOULET, Marc-Henry (2006), «Confiança e capacidade de acção. Agir em contexto de inquietude», in C. Balsa (Org.), *Confiança e Laço Social*, Lisboa, Edições Colibri, pp. 25-47.

SOUSA, José Edmundo Xavier Furtado (2006), *Os imigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de Saúde*, Lisboa, Edições A.C.I.M.E..

SOUZA, Jaime Correia *et al.* (2001), «Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal», *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático, 2, pp. 63-74.

STEFANINI, Maria Lúcia (2004), «Editorial», *Boletim do Instituto de Saúde*, 34, pp. 3.

STOTZ, Eduardo Navarro; ARAUJO, José Wellington (2004), «Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso», *Saúde e sociedade*, 13(2), pp. 5-19.

TEIXEIRA, José A. Carvalho (2004), «Comunicação em Saúde. Relação Técnicos de Saúde-Utentes», *Análise Psicológica*, 22(3), pp. 615-620.

THEBAUD, Françoise (1986), *Quand nos grand-mères donnaient la vie. La maternité en France dans l'entre-deux-guerres*, Lyon, Presses Universitaires de Lyon.

THIVIERGE, Nicole; TREMBLAY, Marielle (2003), «Virage ambulatoire et transfert des soins à domicile: comment sortir les femmes aidantes de l'ombre?», in F. Saillant, M. Boulianne (coord.), *Transformations sociales, genre et santé*, Paris, L'Harmattan, pp. 121-141.

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile (2004), *Teóricas de Enfermagem e a sua*

- Obra*, Loures, Lusociência.
- TORRES, Anália Cardoso (2001), *Sociologia do casamento. A família e a Questão Feminina*, Oeiras, Celta Editora.
- TRIGO, Miguel (2000), «Modelos em Saúde: perspectiva crítica sobre as origens e a história», *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 18(2), pp. 5-22.
- TRINDADE, Zeidi Araújo; ENUMO Sónia Regina Fiorim (2001), «Representações sociais de infertilidade feminina entre mulheres casadas e solteiras», *Psicologia da Saúde e das Doenças*, 2(2), pp. 5-26.
- TURA, Luiz Fernando Rangel (2009), «Paradigmas da promoção e prevenção em saúde», in M. Lopes, F. Mendes, A. Moreira (coord.), *Saúde, Educação e Representações Sociais. Exercícios de diálogos e convergência*, Coimbra, Formasau, pp. 151-161.
- VALA, Jorge (1999), «A análise de conteúdo», in A. Silva, J. Pinto (orgs.), *Metodologia das ciências sociais*, Porto, Edições Afrontamento, pp. 101-128.
- VALA, Jorge et al. (2003), *Valores Sociais: mudanças e contrastes em Portugal e na Europa*, Lisboa, ICS.
- VALA, Jorge; TORRES Anália (org.) (2007), *Contextos e atitudes sociais na Europa*, Lisboa, ICS.
- VALENTINI, Helene (1987), «De quoi parle-t-on dans les rencontre prénatales?», in F. Saillant, M. O'Neill (dir.), *Accoucher Autrement. Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et accouchement au Québec*, Montreal, Les Éditions Saint-Martin, pp. 308-404.
- VAN PEVENAGE, Isabelle, sous la direction de Renée B. DANDURAND, Marianne KEMPENEERS et coll. (2009), *Pour agir : comprendre les solidarités familiales. La recherche : un outil indispensable. Fiches synthèses de transfert de connaissances*, Montréal, partenariat Familles en mouvance et dynamiques intergénérationnelles, INRS.
- VASQUEZ, Flávio A. Prado (2006), *Pré-natal um enfoque multiprofissional*, Rio de Janeiro, Editora Rubio Ltda.
- VEIGA, Manuel Alte (2001), *Vida – Violência – Escola – Família*, Braga, Edição da APPACDM.

-
- VICENTE, Paula; REIS, Elisabeth; FERRÃO, Fátima (2001), *Sondagens - A amostragem como factor decisivo de qualidade*, 2ª ed., Lisboa, Edições Sílabo Lda..
- VIDAL, Teresa Rasquinho; FIGUEIREDO, Amélia Simões (1996), «Cuidados de Saúde Primários. Valorização por docentes e alunos e repercussões na prestação de cuidados», *Revista Portuguesa de Enfermagem*, ano I, 1, pp. 121-182.
- VIEGAS, Susana de Matos (1991), «Ciclos de vida e ritos de passagem», in J. Pais de Brito (coord.), *Portugal Moderno: tradições*, Lisboa, Pomo, Edições Portugal Moderno.
- VIEIRA, Ricardo (2006), «Processo educativo e contextos culturais: notas para uma antropologia da educação», *Educação*, Porto Alegre, XXIX, 3(60), pp. 525–535.
- VONDERHEID, Susan C.; NORR, Kathleen F.; HANDLER, Arden S. (2007), «Prenatal Health Promotion Content and Health Behaviours», *Western Journal of Nursing Research*, 29(3), pp. 258-276.
- WALL, Karin (1998), *Famílias no campo. Passado e presente em duas freguesias do Baixo Minho*, Lisboa, Publicações Dom Quixote.
- WALL, Karin (2003), «Famílias no Censo 2001: Estruturas domésticas em Portugal», *Sociologia, Problemas e Práticas*, 43, pp. 9-11.
- WALL, Karin (org.) (2005), *Famílias em Portugal: percursos, interacções, redes sociais*, Lisboa, ICS.
- WALL, Karin; ABOIM, Sofia (2003), «Perfis regionais e mudança familiar: Síntese final», *Sociologia, Problemas e Práticas*, 43, pp. 97-100.
- WATSON, Jean (1989), *Nursing: human science and human care. A theory of nursing*, New York, National League for Nursing.
- WATSON, Jean (2002), *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*, Loures, Lusociência.
- WEBER, Max (1971), *Economie et société*, Paris, Plon.
- WEBER, Max (1979), *Sobre a Teoria das Ciências Sociais*, Lisboa, Editorial Presença.
- WEBER, Max (1983), *Fundamentos da Sociologia*, Porto, Rés Editora.
- WEBER, Max (1993), *Economía y Sociedad – Esbozo de sociología comprensiva*, Madrid, Fondo de Cultura Económica.

- WEBER, Max (1996), *A ética protestante e o espírito do capitalismo*, Lisboa, Editorial Presença.
- WEBER, Max (2000), *Economia e Sociedade*, 4ª ed., Vol. 1, Brasília, Editora UNB.
- WEBER, Max (2001), *Metodologia das Ciências Sociais*, São Paulo, Cortez.
- ZIEGEL, Erna E.; CRANLEY, Mecca S. (1985), *Enfermagem Obstétrica*, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

Dissertações e Teses consultadas

- ALVES, Vânia Sampaio (2004), *Educação em Saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no programa saúde da família*, Dissertação de Mestrado em Saúde Colectiva, Universidade Federal de Bahia, Salvador.
- AMENDOEIRA, José (2004), *Entre preparar Enfermeiros e Educar em Enfermagem - Uma Transição Inacabada - 1950-2003 - Um Contributo Sócio – Histórico*, Dissertação de Doutoramento em Sociologia da Educação, Faculdade das ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova, Lisboa.
- ARAÚJO, Isabel Maria Batista (2004), *Aprendem na doença, Educam para a Saúde*, Dissertação de Mestrado em Educação, Universidade do Minho, Braga.
- ASSIS, Mónica de (2004), *Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao idoso*, Tese de Doutoramento em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- BARBOSA, Regina Helena Simões (2001), *Mulheres, reprodução e aids: as tramas da ideologia na assistência à saúde de gestantes HIV+*, Tese de Doutoramento, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- BENTO, Maria da Conceição (1992), *Estudo sobre a frequência de cursos de preparação planificada para o parto e o stress/ansiedade na gravidez*, Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, Coimbra.
- BRANCO, Isaura (1995), *A prática Educativa dos Enfermeiros em cuidados de saúde diferenciados*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Porto.

-
- BRIENZA, Adriana Mafra (2005), *O processo de trabalho das Enfermeiras na assistência pré-natal da rede básica de saúde no Município de Ribeirão Preto*, Tese de Doutorado em Enfermagem de Saúde Pública, Universidade de Ribeirão Preto, São Paulo.
- CARVALHO, Amâncio (2007), *Promoção da saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de enfermagem e de outros cursos do ensino superior*, Tese de Doutorado em Educação para a Saúde, Universidade do Minho, Braga.
- CARVALHO, Dina Jesus Peixoto (2002), *Cuidar e Prevenir. Os saberes Familiares, Tradicionais e Medicinais acerca da Saúde e da Doença*, Dissertação de Mestrado em Sociologia da Saúde, Universidade do Minho, Braga.
- COUTO, António de Jesus (1994), *Crenças e representações da gravidez na Educação para a Saúde*, Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa.
- FORTIN, Sylvie (2002), *Trajectoires migratoires et espaces de sociabilité: stratégies de migrants de France à Montréal*, Thèse de Doctorat en Anthropologie, Université de Montréal.
- GOES, Ana Rita *et al.* (2004), *Projecto de Promoção da Saúde Mental e Prevenção das Toxicodependências na Gravidez e Primeira Infância: Diagnóstico de situação*, Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- KUHN, Eunice (2002), *Promoção da saúde bucal em bebés participantes de um programa educativo - preventivo na Cidade de Ponta Grossa*, Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- MARTINS, Maria de Fátima Silva Vieira (2003a), *Mitos e Crenças na gravidez - Sabedoria e segredos tradicionais das mulheres de seis concelhos do distrito de Braga*, Dissertação de Mestrado em Sociologia da Saúde, Universidade do Minho, Braga.
- MIRANDA, Maria Paula Barroso Vilas Boas (2004), *Amarras do mundo rural: implicações do isolamento social na saúde e nos projectos dos jovens*, Dissertação de Mestrado em Sociologia da Saúde, Universidade do Minho, Braga.
- PEREIRA, Érica Gomes (2005), *A participação da enfermagem no trabalho educativo em saúde colectivo: um estudo dos relatos de experiência produzidos por enfermeiros*

brasileiros no período 1988-2003, Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

RAMOS, Ana Lúcia Caeiro (2003), *Empowerment do cidadão, em saúde: Qual o papel do profissional de saúde? Qual a percepção do cidadão?*, Dissertação de Mestrado, Escola de Saúde Pública, Lisboa.

SANTIAGO, Maria da Conceição Fernandes (2009), *Percepções e comportamentos dos profissionais de saúde face à mulher na adaptação à maternidade em contexto migratório*, Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa.

SANTOS, Regina Veloso (2009), *Integralidade do cuidado à gestante, puérpera e recém-nascido: o olhar de usuárias*, Dissertação de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Organismos

ASSOCIATION SAGES-FEMMES ET RECHERCHES (2000), «Étude de l'impact de la preparation à la naissance sur la grossesse et accouchement», Les Dossiers de L'Obstétrique, *Se preparare à l'accouchement, à la naissance, à la parentalité*, Editions E.L.P.E.A., pp. 308-310.

CENTRO DE SAÚDE DE BRAGA (2006a), *A Saúde que temos*, Braga, Centro de Saúde de Braga.

CENTRO DE SAÚDE DE BRAGA (2006b), *Plano de Actividades do Centro de Saúde de Braga*, Braga, Centro de Saúde de Braga.

INSTITUTO DE GESTÃO DE INFORMÁTICA E FINANCEIRA DA SAÚDE (2004) *Estatística do Movimento Assistencial dos Centros de Saúde – 2004*, Lisboa, I.G.I.F..

INSTITUTO DE GESTÃO DE INFORMÁTICA E FINANCEIRA DA SAÚDE (2006) *Estatística do Movimento Assistencial dos Centros de Saúde em 2005*, Lisboa, Departamento de Consolidação e Controlo de Gestão.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2001a), *Estatísticas demográficas*, Lisboa, I.N.E..

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2001b), *Censos 2001*, Lisboa, I.N.E..

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2004), *Anuário Estatístico de 2003*, Lisboa, I.N.E..

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2005), *Anuário Estatístico de Portugal*, (1), Lisboa, I.N.E..

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2006a), *Indicadores sociais – 2005*, Lisboa, I.N.E..

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2006b), *Revista de Estudos Demográficos* n° 38, Lisboa, I.N.E..

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2007a), *Retrato territorial de Portugal 2005*, Lisboa, I.N.E..

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2007b), *Estatística do Emprego - 1º Trimestre 2007*, Lisboa, I.N.E..

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2007c), *4º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006*, Lisboa, I.N.E..

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2007d), *Estatísticas demográficas de 2005*, Lisboa.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2007e), *Revista de Estudos Demográficos* n°40, Lisboa, I.N.E..

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2007f), *Revista de Estudos Demográficos* n°41, Lisboa, I.N.E..

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA; DIRECÇÃO GERAL DO ORDENAMENTO DO TERRITÓRIO E DESENVOLVIMENTO URBANO (1999), *Indicadores Urbanos do continente*, Série de Estudos n° 80, Lisboa, I.N.E..

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICAS (2008b), *Estatísticas demográficas de 2006*, Lisboa, I.N.E..

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICAS (2009a), *Estatísticas demográficas de 2008*, Lisboa, I.N.E..

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICAS (2009b), *Anuário estatístico da Região Norte de 2008*, Lisboa, I.N.E..

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICAS (2010a), *Estatísticas do emprego 1º Trimestre*, Lisboa, I.N.E..
- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (1999), *International Code of Ethics for Midwives*, I.C.M..
- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2002), *Essential competencies for basic midwifery practice*, I.C.M..
- INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2005), *Definition of the Midwife*. International Confederation of Midwives Council meeting, Brisbane, Australia, I.C.M..
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (1989), *Vigilância Pré-natal e revisão de puerpério*, Orientações Técnicas, Lisboa, Núcleo de Saúde Materna e Planeamento Familiar, Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (1992), *Necessidades não satisfeitas em Saúde Materna e Planeamento Familiar: Relatório do estudo realizado em 1990/1991*, Lisboa, Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar, Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (1997), *A saúde dos portugueses*, Lisboa, D.G.S..
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (1999a), *A saúde da Mulher*, Lisboa, D.G.S..
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (1999b), *Saúde: um compromisso. A estratégia de saúde para o virar do século (1998-2002)*, Lisboa, D.G.S..
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2001), *Rede de Referenciação Materno-Infantil*, Lisboa, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes Saúde Materno-Infantil.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2002a), *Centros de Saúde da Terceira Geração. Manual para a Mudança*, Lisboa, D.G.S..
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2002b), *Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação: relatório do Director Geral e Alto-Comissário da*

Saúde, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2003), *A promoção de Saúde. A Carta de Ottawa*, Promoção da Saúde, Documentos de Referencia, Lisboa, D.G.S..

MINISTÉRIO DA SAÚDE – DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2004a), *Saúde XXI*, Lisboa, D.G.S..

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2004b), *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2005), *Estatística do Movimento Assistencial dos Centros de Saúde – 2004*, Lisboa, I.G.I.F..

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2006), *Circular Normativa Nº 02/DSMIA*, Lisboa, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2008), *Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar*, Orientações Técnicas, Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, Lisboa, Edição revista e actualizada, D.G.S..

NÚCLEO DE ESTATÍSTICA DA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE BRAGA (2002), *A Saúde que temos - Síntese de elementos estatísticos 2001*, Braga, S.R.S..

NÚCLEO DE ESTATÍSTICA DA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE BRAGA (2004), *A Saúde que temos - Síntese de elementos estatísticos 2003*, Braga, S.R.S..

NÚCLEO DE ESTATÍSTICA DA SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE BRAGA (2007), *A Saúde que temos - Síntese de elementos estatísticos 2006*, Braga, S.R.S..

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2003), *Saúde. Que rupturas? - Relatório da Primavera 2003*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2004), *Incertezas... Gestão da mudança na saúde*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2005), *Novo Serviço Público da Saúde. Novos desafios*, Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001), *Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual, enunciado descritivos*, Lisboa, Edição Ordem dos Enfermeiros.

- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002), *A cada família, o seu Enfermeiro*, Lisboa, Edição Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003a), *1º Congresso da Ordem dos Enfermeiros, Melhor Enfermagem Melhor Saúde*, Lisboa, Edição Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003b), *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*, Lisboa, Edição Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004a), *As condições de trabalho dos Enfermeiros Portugueses*, Relatório da Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas, Lisboa, Edição Ordem dos Enfermeiros.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2004b), «Rede de Cuidados de Saúde Primários», *Revista Ordem dos Enfermeiros*, Lisboa, Edição Ordem dos Enfermeiros, pp. 11-14.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007), *Proposta de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica*, Comissão de Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica e Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, aprovado em reunião ordinário da Comissão de Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica reunião de 5 de Novembro, Lisboa, O.E..
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010), *Dados Estatísticos 2000-2009*, Lisboa, Departamento de Informática, O.E..
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1997), *Le Dossier Mère- Enfant: Guide pour une maternité sans risque*, Genève, Bibliothèque O.M.S..
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2002), *Intégrer dans l'action des approches soucieuses d'équité entre les sexes Politique de l'OMS em matière de genre*, Genève, Bibliothèque O.M.S..
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (2003), *Soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période néonatale: Guide de pratiques essentielles*, Genève, Bibliothèque O.M.S..
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÈ (2007), *Rapport sur la Santé dans le monde 2007: un avenir plus sûr*, Genève, Bibiothèque O.M.S..
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1985), *As metas da Saúde para todos: metas da estratégia Regional Europeia da Saúde para Todos*, Lisboa, Ministério da Saúde,

Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1996), *Assistência no parto normal: um guia prático*, Genebra, O.M.S..

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1998), *Health Promotion Glossary – Division of Health Promotion, Education and Communications*, Geneva, Division of Health Promotion, Education and Communication e Health Education and Health Promotion Unit.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2005), *Relatório Mundial da Saúde 2005, para que todas as mães e crianças contem*, Genebra, O.M.S..

UNIÃO EUROPEIA, MINISTERIO DA SAÚDE (2005), «A essência dos Centros de Saúde», *Qualidade em Saúde*, Especial MoniQuOr 2004, pp. 20-25.

UNIDADE DE SAÚDE OPERATIVA DE SAÚDE PÚBLICA (2004), *Diagnóstico de Saúde do Concelho de Braga*, Braga, S.R.S..

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1998), *Health Promotion Glossary*, Geneva, Division of Health Promotion, Education and Communications.

Documentos em sites da Internet

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS OBSTETRAS (2010), *Maximizando os ganhos em saúde com práticas de qualidade...*, Contributo da APEO para o PNS 2011-2016, 7 de Junho, texto acedido a 12/12/2010, in <http://www.apeobstetras.org/docs/Contributo2PNS.pdf>.

BENTO XVI (2007), Carta Encíclica, *Spe Salvi*, texto acedido a 28/09/2008, in http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/encyclicals/documents/hf_ben-xvi_enc_20071130_spe-salvi_po.html.

CARTA DE OTTAWA (1986), texto acedido a 13/01/2009, in <http://www.dgs>, promoção e educação para a saúde, documentos de referência.

CARVALHO, Gisele *et al.* (2004), *Suporte Social*, texto acedido a 25/04/2008, in http://www.ensp.unl.pt/saboga/prosaude/eumahp/2004/Social_support_problem.pdf.

COSTA, Rui (1994), *Tendências evolutivas da piedade popular: estudo comparativo de dois*

- casos*, texto acedido a 12/12/ 2007, in <http://www.fcsh.unl.pt/chc/pdfs/estudo.pdf>.
- CÔTO, Rosário; LEITE, Lúcia; SARDO, Dolores (2007), *Proposta de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica*, aprovado em reunião da CEESMO em 5 de Novembro de 2007, texto acedido a 5/12/2007, in <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?Page=10&event=529#event529>.
- DECLARAÇÃO DE JACARTA (1997), *A declaração de Jacarta sobre a promoção de saúde no século XXI*, texto acedido em 12/12/2010, in http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_portuguese.pdf.
- DUFRESNE, Jacques (2005), «La famille choisie. De la famille choisie à la famille choyée», texto acedido a 14/11/2009, in http://agora.qc.ca/colloque/cfe2005.nsf/Conferences/L_engagement_paternel.
- DULLAC, Germain (2005), «L'engagement paternel», texto acedido em 14/11/2009, in http://agora.qc.ca/colloque/cfe2005.nsf/Conferences/L_engagement_paternel.
- GÉLIS, Jacques (2004), *Sur l'alimentation des accouchées*, texto acedido a 14/01/2010, in http://www.lemangeur-ocha.com/uploads/tx_smilecontenusocha/JLF_G_lis.pdf.
- GRAÇA, Luís (1999), *Higia e Panacea: da Arte de Curar a Doença à Arte de Conservar a Saúde*, texto acedido a 20/10/2006, in <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos2.html>.
- GRAÇA, Luís (2000), «História da Saúde no Trabalho: A Reforma da Saúde Pública no Virar do Século XIX», texto acedido a 20/10/2006, in <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos16.html>.
- GRAÇA, Luís; HENRIQUES, Isabel (2004), «Proto-história da Enfermagem em Portugal. I Parte», texto acedido em 20/10/2006, in <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos64.html>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTASTICA (2004), *Estatísticas demográficas*, texto acedido a 20/05/2009, in, <http://www.forumdafamilia.com/arquivo/Nov2005/ine281105.pdf>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTASTICA (2008a), *Taxa bruta de nupcialidade*, texto acedido a 20/05/2009, in http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=ine&xpgid=ine_indicadores&indocorrkod=0001294&seltab=tab2.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTASTICA (2010), *Tipologia das áreas urbanas. TIPAU 2009*, texto acedido a 11/11/2010, in http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_cont_inst&INST=6251013&xlang=pt.

-
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2010b), *Classificação Portuguesa de Profissões*, texto accedido a 11/11/2010, in http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_cont_inst&INST=6251013&xlang=pt.
- LE GALL, Josiane (2005), *Le lien familial en contexte migratoire*, texto accedido a 14/01/2010, in http://agora.qc.ca/colloque/cfe2005.nsf/Conferences/Le_lien_familial_en_contexte_migratoire_Josiane_Le_Gall.
- MASSÉ, Raymond (2001), «La santé publique comme projet politique et projet individuel», B. Hours (sous la direction de), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Les Éditions Karthala, 2, pp. 41-66, texto accedido a 3/02/2010, in http://classiques.uqac.ca/contemporains/masse_raymond/sante_publique_projet_pol/sante_publique_projet_pol.pdf.
- MUÑOZ, Maria Jesús Montes (2008), «Cuerpos gestantes y orden social: Discursos y prácticas en el embarazo», *Index Enfermería*, 1(17), texto accedido a 17/12/2009, in http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962008000100006&lng=en&nrm=iso.
- NEDELUCU, Mihaela (2009), *L'ère du migrant online*, texto accedido a 7/02/2010, in <http://www.terra-cognita.ch/15/nedelcu.pdf>.
- ORDEM ENFERMEIROS (2006), *A OE e os Cuidados de Saúde Primários. Algumas medidas distintivas para uma mudança dos Cuidados de Saúde Primários. Síntese das Propostas da Ordem dos Enfermeiros*, texto accedido a 13/01/2007, in <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=44&view=highlights:Print&id=178&print=1>.
- ORGANISATION MONDIALE SANTÉ (1999), *Rapport sur la Santé dans le Monde: Pour un réel changement*, texto accedido a 20/10/2006, in http://www.who.int/whr/1999/en/whr99_fr.pdf.
- ORGANISATION MONDIALE SANTÉ (2000), *Rapport sur la Santé dans le monde: Pour un système de santé plus performant*, Genève, O.M.S., texto accedido em 20/10/2006, in <http://www.who.int/whr/previous/fr/index.html>.
- ORGANISATION MONDIALE SANTÉ (2003), *Rapport dans le monde. Façonner la vie*, texto accedido a 20/10/2006, in http://www.who.int/whr/2003/media_centro/overview_fr.pdf.

- ORGANISATION MONDIAL SANTÉ (2004), *Rapport dans le monde. Changer le cours de l'histoire*, texto acedido a 20/10/2006, in http://www.who.int/whr/2004/media_centro/overview_fr.pdf.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2005), *Para que todas mães e crianças contem*, texto acedido a 20/10/2006, in http://www.who.int/whr/2005/media_centro/overview_pt.pdf.
- PAÚL, Constança (s.d.), *Envelhecimento activo e redes de suporte social*, texto acedido a 26/01/2010, in <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>.
- RIBEIRO, José Luís Pais (1994), *A importância da família como suporte social na saúde*, texto acedido a 26/01/2010, in <http://scholar.google.pt/scholar?q=importancia+suporte+social+familia&hl=ptPT&um=1&ie=UTF-8&oi=scholar>.
- TREMBLAY, Marc-Adelard (1973), «L'univers des besoins et des aspirations de la famille canadienne-française», in M.A. Tremblay et G.L. Gold (direction de), *Communautés et culture, Éléments pour une ethnologie du Canada français*, Montréal, Éditions HRW, Chapitre 5, pp. 112-128, texto acedido a 3/02/2010, in http://classiques.uqac.ca/contemporains/tremblay_marc_adelard/univers_besoins_asp_fam_cf/univers_besoins.html.
- VAGUET, Alain (2007), «La famille entre production de santé et consommation des soins», *Espace populations sociétés* [En ligne], texto acedido a 14/01/2010, in <http://eps.revues.org/index2056.html>.

Legislação

- Circular normativa nº 2/D.S.M.I.A. da Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes, da Direcção Geral de Saúde, de 16 de Março de 2006, revoga a Circular de 18 de Março de 1998.
- Decreto-Lei nº 156/99, de 10 de Maio - estabelece o regime dos Sistemas Locais de Saúde.
- Decreto-Lei nº 157/99, de 10 de Maio - estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos Centros de Saúde.
- Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro - regula o Exercício Profissional dos Enfermeiros.
- Decreto-Lei nº 254/82, de 29 de Junho - cria as Administrações Regionais de Cuidados de

Saúde.

Decreto-Lei nº 28/2008, de 22 de Fevereiro - cria os Agrupamentos de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde.

Decreto-Lei nº 32.651, de 2 de Fevereiro – cria o Instituto Maternal.

Decreto-Lei nº 413/71, de 27 de Setembro - reorganiza os Serviços do Ministério da Saúde e Assistência.

Decreto-Lei nº 414/71, de 27 de Setembro - estabelece o regime legal que vai permitir a estruturação progressiva e o funcionamento regular de carreiras profissionais.

Decreto-Lei nº 437/91, de 8 de Novembro - aprova o regime legal da carreira de Enfermagem.

Decreto-Lei nº 47884, 31 de Agosto de 1967 - cria nas Escolas de Enfermagem os cursos de especialização obstétrica para enfermeiras e auxiliares de enfermagem, substituindo os que anteriormente funcionavam no Instituto Maternal.

Decreto-Lei nº 60/2003, de 1 de Abril, revoga o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio - cria a rede de Cuidados de Saúde Primários.

Decreto-Lei nº 618/75, de 11 de Novembro – confere autonomia Administrativa e Financeira aos Hospitais Concelhios.

Decreto-Lei nº 704/74, de 7 de Dezembro – confere autonomia administrativa e Financeira aos Hospitais Centrais e Distritais.

Despacho nº 12917/98, de 27 de Junho (publicado no Diário da Republica, IIª Série, nº171, de 27 de Julho) – reestrutura as UCF.

Despacho nº 21929/2009, de 01 de Outubro – expõe a reestruturação das UCF's de Saúde Materna e Neonatal e da Saúde da Criança e do Adolescente.

Despacho nº 6/91, de 28 de Maio - cria as Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF), na área obstétrica e neonatal.

Despacho nº 7/96, de 6 de Fevereiro - reestrutura a Comissão Nacional de Saúde da Mulher e da Criança e revoga o Despacho de 31 de Maio de 1994 do Ministro da Saúde.

Despacho nº 8/89, de 17 de Março - cria a Comissão Nacional de Saúde da Mulher e da Criança e estabelece a sua composição.

Despacho normativo nº 97/83, de 22 de Abril - regulamenta os Centros de Saúde de 2ª Geração.

- Despacho sem nº, de 31 de Maio de 1994 (publicado no D.R. II Série Nº 154 de 6/07/1994) - cria a Comissão Nacional de Saúde da Mulher e da Criança e estabelece a sua composição. Revoga o Despacho n.º 8/89.
- Diário da República, 2.ª série - N.º 106, de 1 de Junho de 2010, Conselho Superior de Estatística, Deliberação n.º 967/2010, 14.ª - Deliberação da secção permanente de coordenação estatística – cria a classificação Portuguesa das profissões de 2010.
- Directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro - reconhece as qualificações profissionais.
- Directiva 80/154/CEE do Conselho, de 21 de Janeiro – elabora o reconhecimento mútuo dos diplomas, certificados e outros títulos de parteira e que inclui medidas destinadas a facilitar o exercício efectivo do direito de estabelecimento e da livre prestação de serviços.
- Directiva 80/155/CEE do Conselho de 21 de Janeiro - coordena das disposições legislativas, regulamentares e administrativas, relativas ao acesso às actividades de parteira e ao seu exercício.
- Lei nº 2011, de 2 de Abril de 1946 - estabelece a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde então existentes, lançando a base para uma rede hospitalar.
- Lei nº 4/84, de 5 de Abril – Adota as medidas de protecção da Maternidade e Paternidade.
- Lei nº 48/90, de 24 de Agosto – estabelece a Lei de Bases da Saúde.
- Lei nº 56/79, de 15 de Setembro – cria o Sistema Nacional de Saúde.
- Lei nº 7/2001, de 11 de Maio - adopta medidas de protecção das uniões de facto.
- Lei nº 7/2009, de 12 de Fevereiro - Aprova a revisão do Código do Trabalho.
- Lei nº 9/2009, de 4 de Março - transpõe para a ordem jurídica interna a Directiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento e do Conselho, de 7 de Setembro, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, e a Directiva nº 2006/100/CE, do Conselho, de 20 de Novembro, que adapta determinadas directivas no domínio da livre circulação de pessoas, em virtude da adesão da Bulgária e da Roménia.
- Regulamento nº 127/2011, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 35/2011, de 18 de Fevereiro – Regulamenta as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

ANEXOS

ANEXO I -

Legislação referente à formação de parteira em Portugal

Quadro 1 – Legislação referente à formação de parteira em Portugal

Fontes	Habilitações académicas ou profissionais	Designação do curso	Título	Instituições responsáveis pela formação
Decreto nº 295, de 10 de Dezembro de 1836	Saber ler e escrever	Curso de Partos	Parteira	Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa, Porto e Coimbra
Diário do Governo - nº 248 de 4 de Novembro de 1903	2º Grau de instrução primária	Curso de Partos	Parteira	Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa, Porto e da Universidade de Coimbra
	Extinção dos Cursos de Partos nas Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto em 1946			
Ministério do Interior, Diário do Governo, I Série, Decreto-Lei nº 1544, de 13 de Agosto de 1947	1º Ciclo dos Liceus ou equivalente e, independentemente das habilitações, as auxiliares de enfermagem (12 meses) com 3 anos de bom e efectivo serviço, que hajam revelado excepcionais aptidões para o exercício da profissão, atestadas pelo Director do Estabelecimento onde tenha prestado serviço	Curso de Enfermagem Especializada	Enfermeira Puericultora	Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal em Lisboa e Porto
Ministério do Interior, Diário do Governo, I Série, Portaria nº 15786, de 22 de Março de 1956	Curso Geral de Enfermagem (3 anos) Curso de Auxiliar de Enfermagem (18 meses)	Curso de Enfermeira Parteira Puericultora Curso de Parteira Puericultora	Enfermeira Parteira Puericultora Parteira Puericultora	Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal de Lisboa, Porto e Coimbra
Ministério do Interior, Diário do Governo, I Série, Portaria nº 16023, de 05 de Novembro de 1956	Curso Geral de Enfermagem (3 anos) Curso de Auxiliar de Enfermagem (18 meses)	Curso de Enfermeira Parteira Puericultora Curso de Parteira Puericultora Curso de Auxiliares de Enfermagem-parteiros	Enfermeira Puericultora Enfermeira Parteira Puericultora Auxiliar de Enfermagem-Parteira	Escolas de Enfermagem do Instituto Maternal em Lisboa, Porto e Coimbra
Ministério do Interior, Diário do Governo, I Série, Decreto nº 45818, de 15 de Julho de 1964	Curso Geral de Enfermagem (3 anos) Curso de Auxiliar de Enfermagem (18 meses)	Curso de Especialização Obstétrica para enfermeiras Curso de Especialização Obstétrica para auxiliares de enfermagem	Enfermeira Parteira Puericultora Auxiliar de Enfermagem-Parteira Puericultora	Escolas Técnicas dos serviços de saúde e assistência de Ultramar
Ministério do Interior, Diário do Governo, I Série, Decreto-Lei nº 47884, de 31 de Agosto de 1967	Curso Geral de Enfermagem (3 anos, mas com 2º ciclo liceal) Curso de Auxiliar de Enfermagem (18 meses)	Curso de Especialização Obstétrica para enfermeiras Curso de Especialização Obstétrica para auxiliares de enfermagem	Enfermeira Parteira Auxiliar de Enfermagem-Parteira	Escolas de Enfermagem oficiais
Ministério do Interior, Diário do Governo, I Série, Decreto-Lei nº 49173, de 05 de Agosto de 1969	Regula as condições exigidas para prestar provas de Exame de Estado para o exercício de enfermagem (correspondente ao grau equiparado daquele que possuem) indivíduos nacionais ou estrangeiros que satisfaçam uma das seguintes condições: a) serem diplomados por escolas ou cursos nacionais oficiais ou particulares não referidos nos artigos 1º e 2º do Decreto-Lei nº 38884, de 28 de Agosto de 1952; b) serem diplomados por escola estrangeira oficialmente reconhecida no respectivo país Revoga o artigo 33º do Decreto-Lei nº 38884, de 28 de Agosto de 1952		Auxiliar de Enfermagem-Parteira	

Fonte: Elaboração própria

Quadro 2 – Legislação referente à formação de parteira em Portugal (continuação)

Fontes	Habilitações académicas ou profissionais	Designação do curso	Título	Instuições responsáveis pela formação
Ministério da Saúde, Diário da República, II Série, Despacho, de 21 de Abril de 1982	Substituição de diplomas do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica para Auxiliares de Enfermagem por um que mencione que concluíram o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica			
Ministério dos Assuntos Sociais, Diário da República, I Série, Decreto-Lei n.º 15/82, 20 de Janeiro	Cursos de enfermagem especializada têm a duração de 1 ano lectivo a 18 meses, sendo a duração de cada curso fixada por portaria do ministro dos Assuntos Sociais			
Ministério da Educação e dos Assuntos Sociais, Diário da República, I Série, Decreto-Lei n.º 94/82, 03 de Agosto	Revoga o artigo 10.º do Decreto-Lei n.º 38884, de 28 de Agosto de 1952			
Ministério dos Assuntos Sociais, Diário da República, I Série, Portaria n.º 777/82, de 14 de Agosto	Extinção do Curso de Partos da faculdade de Medicina de Coimbra, criado em 1836			
Ministério da Saúde, Diário da República, I Série, Portaria n.º 1144/82, de 13 de Dezembro	Curso Geral de Enfermagem (3 anos, mas com 3.º ciclo liceal) ou equivalente legal e 2 anos de exercício profissional após conclusão do Curso Geral de Enfermagem ou equivalente legal	Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Obstétrica	Escolas de Enfermagem
Ministério da Saúde, Diário da República, II Série, Despacho, de 17 de Maio de 1983	Possibilidade de enfermeiros titulares de diplomas de Cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica para auxiliares de enfermagem de requerer equiparação ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica	Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Obstétrica	Escolas de Enfermagem
Ministério das Finanças e do Plano dos Assuntos Sociais e da Reforma Administrativa, Diário da República, I Série, Decreto-Lei n.º 265/83, de 16 de Junho		Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	Escola Pós-Básica de Lisboa Escola Pós-Básica do Porto Escola Pós-Básica de Coimbra
Ministério da Saúde, Diário da República, II Série, Despacho n.º 13/85, de 28 de Junho	Possibilita a equivalência ao Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica às enfermeiras que para além do Curso Geral de Enfermagem ou equivalente legal se encontrem habilitadas com o Curso de Partos das Faculdades de Medicina de Lisboa, do Porto e de Coimbra, mediante avaliação curricular.			
Ministério da Saúde, Diário da República, I Série, Decreto-Lei n.º 322/87, de 28 de Agosto	Diploma certificado ou outro título de enfermeiro responsável por cuidados gerais	Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Obstétrica	Escolas Enfermagem com os planos de estudos e programas aprovados por despacho do Ministro da Saúde

Fonte: Elaboração própria

Quadro 3 – Legislação referente à formação de parteira em Portugal (conclusão)

Fontes	Habilitações académicas ou profissionais	Designação do curso	Título	Instituições responsáveis pela formação
Ministério da Saúde, Diário da República, I Série, Portaria nº 34/88, de 15 de Janeiro	Curso Geral de Enfermagem (3 anos com 3º ciclo liceal) ou equivalente +2 anos de exercício profissional após conclusão do Curso Geral ou equivalente legal	Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	
Ministério da Saúde, Diário da República, I Série-A, Decreto-Lei nº 15/92, de 04 de Fevereiro	Com base na directiva comunitária nº89/594/CEE. Altera o ponto 3 do artigo 3º do Decreto-Lei nº 333/87 e o ponto 2 do 1º artigo do Decreto-Lei nº 322/87	Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	
Ministério da Saúde, Diário da República, I Série-A, Decreto-Lei nº 186/93, de 22 de Maio	Com base nas Directivas Comunitárias nº89/594/CEE e nº89/595/CEE e 77/453/CEE Revoga o nº 2 da alínea a) do anexo ao do Decreto-Lei nº 327/87 e o ponto 3 do 3º artigo do Decreto-Lei nº 327/87, alterado pelo Decreto-Lei nº 333/87, alterado pelo Decreto-Lei nº 15/92 Revoga o 2º parágrafo da alínea a) do anexo II do Decreto-Lei 333/87 e Altera o ponto 4 do artigo 3º do Decreto-Lei nº 15/92			
Ministério Educação e da Saúde, Diário da República, I Série-B, Portaria nº 239/94, de 16 de Abril	Grau de Bacharel em Enfermagem 2 anos de experiência profissional de enfermagem, comprovada por entidade idónea	Curso de Estudos Superiores Especializados na área de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica	Escolas Superiores de Enfermagem
Ministério da Educação, Diário da República, I Série-B, Decreto-Lei nº 353/99, de 03 de Setembro	Cessação dos Cursos Pós básicos até 1996			
	Licenciatura em Enfermagem (4 anos) ou equivalente legal e ter 2 anos de experiência profissional como enfermeiro	Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem que confere o direito a um diploma de Especialização em Enfermagem		Escolas Superiores de Enfermagem ou Escolas Superiores de Saúde, públicas particulares
	Cessação dos Cursos de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem/Início dos Cursos de Complemento de Formação em Enfermagem			
Ministério da Educação, Diário da República, I Série-B, Portaria nº 268/2002, de 13 de Março	Licenciatura em Enfermagem ou equivalente legal e ter pelo menos 2 anos de experiência profissional como enfermeiro	Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia	Enfermeiro ESMO	Unidades orgânicas da área da saúde, de Institutos Politécnicos ou Universidades, em estabelecimentos de Ensino Superior Politécnico não integrados na área da saúde, onde se encontre em funcionamento o curso de Licenciatura em Enfermagem

Fonte: Elaboração própria.

ANEXO II

Guião de entrevista às enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica

GUIÃO DE ENTREVISTA ÀS ENFERMEIRAS ESPECIALISTAS

OBJECTIVOS:

1. Caracterizar sócio-profissionalmente as enfermeiras especialistas entrevistadas;
2. Caracterizar as práticas educativas desenvolvidas pelas Enfermeiras, no âmbito da Consulta de Vigilância Pré-Natal, nos Cuidados de Saúde Primários;
3. Conhecer as estratégias utilizadas no desenvolvimento das práticas educativas;
4. Identificar a importância atribuída por estas aos saberes familiares sobre a gravidez, o parto e a maternidade;
5. Determinar os factores que dificultam a integração dos saberes familiares nas práticas educativas das enfermeiras.

No âmbito da Dissertação de Doutoramento em Sociologia que nos encontramos a frequentar na Universidade do Minho, enquadra-se um trabalho de investigação sobre o tema *Educação para a Saúde e Vigilância Pré-Natal*. Para uma dimensão científica deste estudo importa auscultar a opinião avalizada das enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica. A presente entrevista destina-se a colher a opinião dos profissionais de enfermagem que, no âmbito das consultas pré-natais, têm oportunidade de se relacionar com utentes grávidas e que, por força disso, se tornam interlocutores privilegiados na abordagem do tema em estudo. É por isso, que a sua colaboração se mostra imprescindível para a realização deste trabalho. Agradecemos, desde já, a colaboração e a atenção dispensadas.

Vou começar por lhe colocar algumas perguntas de carácter profissional.

A - Caracterização socioprofissional.

1. Qual é o seu local de trabalho?
2. Quais são as suas habilitações académicas?
3. Qual é a sua categoria profissional?
4. Qual é o seu tempo de serviço?
5. Há quanto tempo desempenha funções nesta Unidade de Saúde?
6. Há quanto tempo desempenha funções no âmbito da Vigilância Pré-Natal?
7. Quanto tempo demora em média para realizar uma consulta de Vigilância Pré-Natal?
8. Quer me descrever uma consulta de Enfermagem de Saúde Materna?
9. O que é que valoriza mais na Consulta?

Como lhe disse há pouco, a forma como os colegas abordam a Educação para a Saúde na Vigilância Pré-Natal é importante para o nosso estudo. Gostaria então agora de lhe fazer algumas perguntas relativas às práticas educativas desenvolvidas por si nesta consulta.

B – Caracterização das práticas educativas das enfermeiras.

1. O que significa para si realizar Educação para a Saúde?
2. O que pensa da Educação para a Saúde na Consulta de Vigilância Pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários?
3. Efectua Educação para a Saúde individual ou em grupo? Porquê?
4. Que estratégias usa para diagnosticar as actividades educativas?
5. Que estratégias usa para planear as actividades educativas?
6. Que estratégias usa para executar as actividades educativas?
7. Que estratégias usa para avaliar as actividades educativas?
8. Quais são os temas que aborda durante a consulta? Porquê?
9. Quando é que aborda estes temas?
10. Existe troca de opiniões entre os diferentes elementos da equipa multidisciplinar? Se sim, como é que se processa? Se não, porquê?
11. Que importância atribui aos saberes da grávida sobre a gravidez, parto e preparação para a maternidade?
12. Como é feita a articulação entre os saberes familiares da grávida e os conhecimentos científicos?
13. Como é que procura envolver a família nos cuidados à grávida a partir da Educação para a Saúde?
14. Quais são os factores que influenciam as suas práticas educativas?

-
15. Qual é a sua expectativa e o grau de satisfação em desempenhar funções na consulta de vigilância pré-natal?

Gostaria, ainda, de lhe colocar três questões de carácter mais geral.

C – Variáveis de carácter geral.

1. Que idade tem?
2. Qual é o seu Estado Civil?
3. Gostaria de me perguntar alguma coisa ou de referir algum aspecto que considera importante e não tenha sido abordado?

D - Agradecimentos

E – Observações

Estas perguntas constituem somente um ponto de partida para a entrevista. Procuraremos formular questões de forma a permitir a livre expressão das ideias do entrevistado, sem esquecer os objectivos principais do estudo.

ANEXO III

Guião de entrevista às mulheres grávidas no Centro de Saúde

GUIÃO DE ENTREVISTA ÀS MULHERES

Nº1

OBJECTIVOS:

- 1- Dar a conhecer os objectivos da investigação e obter a colaboração da mulher grávida;
- 2- Caracterizar socioeconomicamente as utentes grávidas entrevistadas e a história da sua gravidez;
- 3- Obter elementos que permitam conhecer as representações da gravidez, parto e maternidade para as utentes;
- 4- Conhecer a percepção das mulheres relativamente às práticas educativas desenvolvidas pelas enfermeiras durante a gravidez.

Exma. Senhora

A Entrevista que vamos solicitar que participe, enquadra-se no âmbito da Dissertação de Doutoramento em Sociologia que nos encontramos a realizar na Universidade do Minho, que servirá de suporte a um trabalho de investigação sobre o tema “Educação para a Saúde e Vigilância pré-natal”. Para uma dimensão científica deste estudo e uma vez que vive a gravidez é para nós muito importante auscultar a sua opinião sobre as práticas educativas desenvolvidas pelas enfermeiras, durante a gravidez, bem como gostávamos de saber se estas práticas influenciaram de alguma forma o seu comportamento durante o trabalho de parto e parto. A presente entrevista tem carácter confidencial e será gravada.

Agradecemos desde já a sua preciosa colaboração.

ENTREVISTA N.º _____

Data de realização: ____/____/____

I FASE: 3º Trimestre de gestação (36ª semana de gestação) no Centro de Saúde:

Vamos conversar, agora um pouco, sobre os seus ideais de constituir família.

A – Saúde Reprodutiva, Maternidade e Família.

1. Onde passou a sua infância?
2. Com quem passou a sua infância?
3. Com quem viveu?
4. Pensando na sua infância, que recordações lhe deixou essa fase da sua vida?
5. Antes de constituir a sua própria família como é que imaginava (ou sonhava) essa família?
6. O seu sonho era diferente da experiência de família que viveu na sua infância?
7. Na sua opinião é importante para uma mulher ser mãe? Porquê?
8. Sempre sonhou ter filhos? Porquê?
9. Que pessoas ou experiências (ou outros aspectos) poderão ter influenciado a sua imagem (ideia) sobre a maternidade?
10. Antes de engravidar pela primeira vez tinha algum número ideal de filhos?
11. Pensa ser importante planear as gravidezes? Se Sim, antes de engravidar efectuou alguma consulta para planear a gravidez? Se Não, porquê?
12. O seu marido/companheiro vai às consultas consigo? Porquê?
13. Desde que está grávida a sua vida mudou?
14. Alguma vez foi a uma consulta de planeamento familiar, falou sobre as questões de saúde reprodutiva (saúde materna e planeamento)? O que é aprendeu nessas consultas?
15. Se foi porquê?
16. Se não, porque não o fez?
17. Usava algum método contraceptivo antes de engravidar? Quando o deixou de o tomar?

Vou agora fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua gravidez.

B - Caracterização da Gravidez e Vigilância Pré-Natal.

1. Quanta vez esteve grávida? Quantos filhos têm?
2. A sua gravidez foi planeada? Por quem?
3. A sua gravidez foi bem aceite, por si?
4. A sua gravidez foi bem aceite pelo seu marido?
5. A sua gravidez foi bem aceite pela sua família?
6. Foi vigiada por um profissional de saúde durante a gravidez?
7. Se sim, quem a acompanhou nesta vigilância?
8. Onde foi feita a vigilância da sua gravidez?
9. Foi a algum Especialista? Senão porquê?
10. Com quantas semanas de gravidez foi pela primeira vez à consulta?
11. Se a primeira consulta ocorreu após a 12ª semana, qual foi a razão porque o fez tão tarde? (Confirmar no Boletim de Saúde da Grávida).
12. Até à presente data, quantas vezes foi à consulta? (Confirmar no Boletim de Saúde da Grávida).
13. Teve algumas complicações durante a gravidez? (Confirmar no Boletim de Saúde da Grávida).
14. Se espondeu sim, associa estas complicações a algum comportamento que teve durante a gravidez?

C – Conhecimentos e gravidez.

1. Como foi para si o período de gravidez?
2. O que é que a preocupou mais durante este período?
3. Quando é que adquiriu os primeiros conhecimentos sobre gravidez?
4. Quem lhe transmitiu esses conhecimentos?
5. Quem lhe transmitiu os conhecimentos que tem hoje sobre a gravidez?
6. Durante as consultas, as enfermeiras transmitiram-lhe informações sobre a gravidez? Se Sim, Quais?...e Quando?
7. Os seus familiares transmitiram alguns saberes sobre a gravidez? Se sim, quais?
8. Quais foram mais importantes para si, os conhecimentos transmitidos pelas enfermeiras, outros profissionais de saúde (médicos...) ou pelos seus familiares? Porquê?

D - Posicionamento da grávida sobre as práticas educativas

1. As consultas pré-natais têm uma parte educativa e formativa. Como é que considera o papel da enfermeira desenvolvida neste contexto?
2. Quais os temas que foram focados nas consultas? De que lhe falaram nessa consulta?
3. Aprendeu coisas novas em cada consulta? Especifique?
4. Durante as consultas de vigilância pré-natal, o que foi mais importante para si relativamente à actuação dos diferentes profissionais de saúde?
5. Na sua opinião, quem deve realizar falar sobre os cuidados a ter durante a gravidez, o parto e depois durante a maternidade? Porquê?
6. Quando tinha dúvidas a quem recorreu? Porquê?

7. Nas consultas com a Enfermeira, esta perguntava o que sabia sobre a gravidez?
8. Durante essas consultas, procurava esclarecer duvidas, alguns receios e medos acerca de como evolui a gravidez?
9. Além dos profissionais de saúde procurou esclarecer dúvidas ou ficar mais informada sobre a preparação para ser mãe junto de quem?
10. Participou em sessões de informação, esclarecimentos durante a gravidez? Quando? Fale-me um pouco destas sessões.
11. As informações recebidas permitiram-lhe viver a sua gravidez de uma forma mais saudável e sem receios?
12. Os seus comportamentos mudaram após a realização destas sessões? Porquê?
13. Foram lhe fornecido durante as consultas alguns panfletos ou brochuras?
14. Se sim, a informação dada sobre a forma de panfletos, brochuras ajudou-a a estar mais informada?
15. As informações que lhe foram transmitidas iam de encontro às suas expectativas, ou seja, ao que estava à espera e as suas necessidades?
16. Sente-se satisfeita com as orientações (esclarecimentos) que lhe foram dados pela enfermeira ao longo da gravidez?
17. O que gostaria que lhe falassem durante as consultas para aumentar os seus conhecimentos?
18. Quer me contar como é que foi a ultima consulta de saúde materna?

Se me permitir, vou começar por lhe fazer algumas perguntas de carácter geral relativamente a si e também algumas questões sobre o pai do bebé.

E - Caracterização sócio-económica da entrevistada.

1. Que idade tem?
2. Qual é o seu Estado Civil?
3. Onde residia a sua mãe quando a Sra. Nasceu? (Freguesia e concelho)
4. Qual é o seu local de residência? (Freguesia e concelho)
5. Onde viveu a maior parte da sua vida? (Freguesia e concelho)
6. Com quem vive?
7. Que estudos tem?
8. Qual é a sua profissão?

F – Caracterização do pai da criança.

1. Que idade tem?
2. Qual o local de nascimento? (Freguesia e concelho)
3. Qual é o seu local de residência (só para o caso de não viver com a inquirida)?
4. Onde é que ele viveu a maior parte da vida? (Freguesia e concelho)
5. Que estudos tem?
6. Qual é a sua profissão?

G – Caracterização Geral.

1. Professa alguma religião? Se sim, qual?
2. Com que frequência assiste a serviços religiosos?
3. Se fosse enfermeira parteira ou obstetra como actuaria junto da grávida?
4. Gostaria de referir algum assunto que lhe pareça de interesse para o presente estudo e que não foi abordado no decorrer desta conversa?

Muito obrigada pela sua colaboração

ANEXO IV

Guião de entrevista às mulheres após o parto

GUIÃO DE ENTREVISTA ÀS MULHERES

Nº 2

OBJECTIVOS:

- 1- Obter dados para caracterizar o parto;
- 2- Conhecer a percepção das mulheres relativamente às práticas educativas desenvolvidas pelos enfermeiros durante a gravidez;
- 3- Conhecer a opinião das utentes relativamente ao contributo destas práticas para uma melhor participação no parto e adaptação à maternidade.

Exma. Senhora

Como sabe, esta é a segunda fase da entrevista que se enquadra no âmbito da Dissertação de Doutoramento em Sociologia que nos encontramos a realizar na Universidade do Minho, que servirá de suporte a um trabalho de investigação sobre o tema “Educação para a Saúde e Vigilância pré-natal”. A presente entrevista continua a ter carácter confidencial e se estiver de acordo será gravada. Agradecemos desde já a sua preciosa colaboração.

ENTREVISTA N.º _____

Data de realização: ____/____/____

II FASE: 48 h APÓS O PARTO

Vou colocar-lhe algumas perguntas relativamente ao seu parto.

A - Caracterização do parto. (Nas Questões 1, 2 e 4, consultar o processo clínico da inquirida para confirmar dados)

1. Como é que foi o seu parto?
2. Que tipo de parto teve?
3. Qual é o sexo do seu filho?
4. Qual foi o seu peso ao nascer?
5. Alguns dos receios/medos que viveu durante a gravidez acabaram por se verificar aquando do nascimento do bebé? Se sim, quais?
6. O que simbolizou para si o parto?

B – Posicionamento da puérpera perante as práticas realizadas.

1. O que foi para si a vigilância de saúde pré-natal?
2. As consultas pré-natais têm uma parte educativa e formativa. Como é que considera o papel da enfermeira desenvolvido neste contexto?
3. Sente-se satisfeita com as orientações (esclarecimentos) que lhe foram dados pela enfermeira ao longo da gravidez?
4. Nas consultas que fez durante a gravidez, quando a enfermeira realizava as sessões de esclarecimentos, como é que se sentiu?
5. Os conhecimentos que tem e que foram transmitidos pelos seus familiares eram tidos em conta pelas enfermeiras na gravidez?
6. Os conhecimentos que adquiriu durante a gravidez ajudaram-na no trabalho de parto?
7. Como é que pôs em prática no parto o que aprendeu durante a gravidez?
8. Conseguiu implementar os cuidados ao seu filho aprendidos durante as consultas na gravidez?
9. Teve dificuldades? Quais? Porquê?
10. Aprendeu algo de novo aqui na maternidade? O quê?
11. Ficou satisfeita com que aprendeu?
12. Agora que vai ter alta, sente-se preparada para desempenhar o seu papel de mãe? Se Sim, porquê? Se não o que é que ainda lhe falta?
13. *Gostaria de referir algum assunto que lhe pareça de interesse para o presente estudo e que não foi abordado no decorrer desta entrevista?*

Muito obrigada pela sua colaboração

ANEXO V

Guião de entrevista às mulheres puérperas seis semanas após o parto

GUIÃO DE ENTREVISTA ÀS MULHERES

Nº3

OBJECTIVOS:

- 1- Obter dados para caracterizar o primeiro mês de vida em casa com o filho;
- 2- Conhecer a percepção das mulheres relativamente às práticas educativas desenvolvidas pelos enfermeiros durante a gravidez;
- 3- Conhecer a opinião das utentes relativamente ao contributo destas práticas para uma melhor adaptação à maternidade.

Exma. Senhora

Como sabe, esta é a terceira fase da entrevista que se enquadra no âmbito da Dissertação de Doutoramento em Sociologia que nos encontramos a realizar na Universidade do Minho, que servirá de suporte a um trabalho de investigação sobre o tema “Educação para a Saúde e Vigilância pré-natal”. A presente entrevista continua a ter carácter confidencial e se estiver de acordo será gravada. Agradecemos desde já a sua preciosa colaboração.

ENTREVISTA N.º _____ Data de realização: ____/____/____

III FASE: SEIS SEMANAS APÓS O NASCIMENTO NO DOMICILIO

Caracterização do primeiro mês pós-parto

Vou colocar-lhe algumas perguntas relativamente a este primeiro mês com o seu filho.

1. Desde que o seu filho nasceu, a sua vida mudou?
2. Como foi este primeiro mês com o seu filho?
3. Que dificuldades sentiu ao cuidar dele?
4. A quem recorreu para obter ajuda? Porquê?
5. Relativamente ao seu auto cuidado, sentiu algumas dificuldades? Se sim quais?
6. Os conhecimentos que adquiriu durante a gravidez ajudaram-na neste primeiro mês?
7. Teve necessidade de recorrer a uma consulta particular? Porquê?
8. Sentiu necessidade de mais ensinamentos?
9. Teve a visita domiciliária da Enfermeira que a seguiu durante a gravidez? Se Sim, foi útil esta visita? Se não, gostaria de ter a sua ajuda?
10. De uma forma geral considera que os enfermeiros permitiram que a senhora expusesse os seus problemas e ajudaram a ultrapassá-los?
11. Na sua opinião, como classifica o apoio social e psicológico dado por estes profissionais?
12. Numa próxima gravidez, continuaria a recorrer ao C.S.P. para a vigilância da sua gravidez? Porquê?
13. Gostaria de referir algum assunto que lhe pareça de interesse para o presente estudo e que não foi abordado no decorrer desta conversa?

Muito obrigada pela sua colaboração