

Repositório ISCTE-IUL

Deposited in *Repositório ISCTE-IUL*:

2018-11-05

Deposited version:

Post-print

Peer-review status of attached file:

Peer-reviewed

Citation for published item:

Martins, A. S. G. D. S. & Moleiro, C. (2012). Crenças e comportamentos de saúde na gravidez de mulheres de descendência africana em Portugal. *Transcultural*. 4 (1), 29-46

Further information on publisher's website:

--

Publisher's copyright statement:

This is the peer reviewed version of the following article: Martins, A. S. G. D. S. & Moleiro, C. (2012). Crenças e comportamentos de saúde na gravidez de mulheres de descendência africana em Portugal. *Transcultural*. 4 (1), 29-46. This article may be used for non-commercial purposes in accordance with the Publisher's Terms and Conditions for self-archiving.

Use policy

Creative Commons CC BY 4.0

The full-text may be used and/or reproduced, and given to third parties in any format or medium, without prior permission or charge, for personal research or study, educational, or not-for-profit purposes provided that:

- a full bibliographic reference is made to the original source
- a link is made to the metadata record in the Repository
- the full-text is not changed in any way

The full-text must not be sold in any format or medium without the formal permission of the copyright holders.

RUNNING HEAD: Crenças e Comportamentos de Saúde na Gravidez

**Crenças e Comportamentos de Saúde na Gravidez e Pós-Parto
de Mulheres de descendência Africana em Portugal**

Ana Sofia G. de Sousa Martins ¹

Hospital Garcia de Orta

Carla Moleiro

Instituto Universitário de Lisboa – ISCTE-IUL; CIS-IUL; Lisboa, Portugal

Novembro 2012

¹ O presente trabalho foi desenvolvido pela primeira autora no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Social e das Organizações em 2008, no Departamento de Psicologia Social e das Organizações, no Instituto Universitário de Lisboa ISCTE-IUL, orientada pela segunda autora.

Resumo

Os Modelos de Psicologia de Saúde salientam o papel das crenças de saúde e o seu impacto na forma como os indivíduos experienciam o seu bem-estar e o seu estado de saúde. As crenças de saúde podem contribuir para a adopção de comportamentos de protecção de saúde, assim como para a redução de comportamentos de risco - ou para o inverso. Vários factores influem na elaboração destas crenças, entre eles a cultura. O objectivo do presente estudo consistiu em conhecer quais as crenças de saúde presentes no período da gravidez e pós-parto de mulheres de descendência Africana em Portugal (maioritariamente Cabo-verdianas) e de que modo estas influenciam os seus comportamentos de saúde. Participaram catorze mulheres e três peritos culturais neste estudo exploratório, de carácter qualitativo. As metodologias utilizadas envolveram grupos focais e entrevistas individuais semi-estruturadas. Verificou-se a existência de crenças culturais específicas nesta população que influenciam os comportamentos de saúde no período da gravidez e pós-parto. Foi ainda possível identificar necessidades culturais reportadas pelas mulheres e peritos (e.g. uso de intérpretes e informação em língua específica). É sugerida a necessidade de promoção de serviços de saúde mais sensíveis à diversidade cultural na população em Portugal.

Palavras-Chave: Crenças de Saúde; Comportamentos de Saúde; Multiculturalidade; Gravidez; Serviços sensíveis à cultura

Abstract

Health Psychology models emphasize the role of health beliefs and their impact on the way individuals experience their well-being and health state. Health beliefs may contribute to the adoption of health protecting behaviors, as well as to the decrease of health risk behaviors - or to the contrary. Several factors influence the development of health beliefs, and culture is among them. The goal of the present study was to explore the health beliefs of Cape Verde-descent women living in Portugal present during pregnancy and post-delivery, and their impact on their health behaviors. Fourteen women and three cultural experts participated in this exploratory study, following a qualitative approach. Focus groups and individual semi-structured interviews were utilised. Specific health beliefs were found among these populations which influence health behaviors during the pregnancy and post-delivery. We also were able to identify specific needs reported by both the women and the experts (e.g. use of interpreters and language-adequate information). Suggestions are discussed toward the promotion of culturally-sensitive in Portugal.

Key-words: Health beliefs; Health behaviors; Multiculturalism; Pregnancy; Culturally-sensitive services

Introdução

Na psicologia da saúde, o Modelo Biopsicossocial postula que cada pessoa tem um papel próprio nos seus estados de saúde e de doença, numa combinação entre as suas dimensões biológica, psicológica e social (Straub, 2007). Assim sendo, tanto os processos que ocorrem a um “nível macro” (e.g. existência de suporte social quando na presença de doença), como aqueles que ocorrem a um “nível micro” (e.g. desequilíbrios no sistema imunitário), interagem no sentido de criar um estado de saúde ou doença. Deste modo, o Modelo Biopsicossocial conceptualiza a interdependência do corpo e mente no que diz respeito à saúde, entendida como um estado físico, psicológico e social positivos, influenciando no estado de bem-estar global do indivíduo (Taylor, 1990, 1995). Inclusivamente, e numa visão mais holística e ecológica do indivíduo, esta abordagem inclui também a forma como a sociedade e a cultura interagem neste processo (Gurung, 2006). Com efeito, a cultura influencia em grande medida a forma como o mundo é conceptualizado, os modelos explicativos da saúde e da doença, e as formas como se procura atingir um sentimento global de bem-estar, físico e psicológico.

Com o objectivo de promover e prevenir comportamentos de saúde (padrões de comportamento, acções e hábitos que cumprem o objectivo de manter, reabilitar e melhorar a saúde do indivíduo; Matarazzo, 1980), vários modelos teóricos têm sido desenvolvidos. Estes procuram analisar e operacionalizar os factores que podem contribuir para a previsão de determinados comportamentos de saúde e reduzir os comportamentos de risco (Conner & Norman, 2005; Ogden, 1999). Cada modelo conceptualiza diferentes variáveis cognitivas, emocionais, motivacionais e sociais que dizem respeito a crenças, atitudes e conhecimentos que se relacionam com o sentido que os indivíduos dão às situações por si vividas.

Um desses modelos - o Modelo de Auto-Regulação do Comportamento de Doença (Leventhal & Diffenbach, 1991) – encontra-se entre os primeiros a dar relevância às representações ou significados subjectivos que cada indivíduo constrói acerca das alterações

percebidas no seu estado de saúde. É um modelo que procura estabelecer o equilíbrio entre cognição e emoção (Moniz & Barros, 2005) partindo de duas proposições básicas: (1) os indivíduos procuram e processam, de forma activa, informação sobre processos de saúde e doença, construindo representações sobre os mesmos; (2) as representações construídas assumem um papel importante nas emoções, atitudes e comportamentos do indivíduo (Reis, 1998). Neste âmbito, naturalmente a cultura dará forma ao sentido e aos modelos explicativos de uma pessoa acerca do seu corpo e do seu bem/mal-estar.

Nas últimas décadas tem-se verificado um interesse crescente nas noções de saúde e doença de várias comunidades e no estudo do papel da cultura nestes processos, incluindo de imigrantes e minorias étnicas, e no modo como as crenças de saúde afectam os cuidados de saúde (ver Gervais & Jovchelovitch, 1998; crenças da comunidade imigrante Chinesa no Reino Unido). Estudos realizados em Portugal (Conceição, 2001) demonstraram que existe uma forte influência dos aspectos culturais no modo como os serviços de saúde são utilizados pela população imigrante. Conceição (2001) salientou que, em grupos minoritários onde a medicina tradicional tem um forte peso no tratamento e cura, os comportamentos de saúde adoptados dependem muitas vezes das normas e valores do seu grupo de pertença. Assim, os factores culturais parecem influenciar a forma e a frequência com que estes grupos recorrem ao Sistema Nacional de Saúde (SNS), podendo constituir-se como uma barreira ao acesso.

Em sociedades multiculturais, onde comunidades étnicas diferentes coabitam, os valores culturais de origem destas comunidades e suas representações de saúde e doença emergem. Alguns autores e associações (e.g. Bhugra, Gupta, Bhui, et al., 2011; International Organization for Migration, 2009) defendem que estes devem constituir-se como factores essenciais na elaboração de um plano de prestação de cuidados de saúde. Para tal, será importante considerar a sabedoria cultural e tradicional, pois é ela que modela a forma de

pensar e sentir dos indivíduos, e o modo como são percebidos e representados os estados de saúde e doença (Gervais & Jovchelovitch, 1998).

Assim, e considerando que a maioria das decisões relacionadas com a saúde ocorrem num contexto não técnico ou profissional, mas sim num contexto mais social, permitir uma participação mais activa por parte dos elementos das comunidades imigrantes e minorias étnicas nas decisões que são tomadas pode revelar-se uma mais-valia para a mudança, por exemplo para os próprios dos serviços de saúde (Minas, 2007). A participação activa das pessoas e comunidades, com as suas diferentes competências e recursos, nas soluções, torna-se fundamental para o seu crescimento, enquanto experiência comunitária orientada para a intervenção social (Ornelas, 2008). Assim, a recolha de opiniões e crenças na comunidade possibilita um maior conhecimento das suas características culturais específicas, facilitando a sua participação no processo de mudança e desenvolvendo a sua consciência crítica acerca da sociedade (Ornelas, 2008). Esta perspectiva foi assumida em alguns estudos realizados com grávidas, nomeadamente no que diz respeito às suas representações relativamente ao parto (Couto, 2003), e crenças e representações da gravidez na educação para a saúde (Couto, 1994), que recorreram a relatos de mulheres grávidas para a recolha de dados. A utilização de uma metodologia qualitativa nestes estudos facilitou uma participação activa destas mulheres, o que se revelou crucial na sua aplicação prática.

Particularizado sobre os significados sobre a gravidez, salientamos que ser mãe constitui-se como uma experiência que é vivida de diferentes formas em diferentes contextos culturais. Pode ser uma experiência sagrada, ansiogénica, dolorosa, satisfatória, sinal de fecundidade, de impureza, de herança, entre muitas outras, de acordo com as características individuais e culturais de cada mulher. Assim, não se encontra um comportamento universal e prescritivo por parte da mãe, mas sim uma grande variabilidade na sua expressão, que decorre

das suas experiências, da sua cultura, das suas ambições, dos seus projectos e do seu funcionamento afectivo-emocional (Correia, 1998).

Na gravidez e maternidade, uma maior exigência é feita à mulher relativamente aos cuidados de saúde a ter e, consoante as diferentes realidades sociais e culturais, vários factores morais, culturais, sociais, económicos e religiosos podem influir nos comportamentos de saúde adoptados (Conceição, 2001). Nomeadamente, para alguns grupos étnicos, a gravidez é um estado natural sem necessidade de cuidados especiais de saúde (Calado, Silva & Guerreiro, 1997; Luck, Ferreira, Patrício, et al., 1999). Esse dado é consistente com um estudo feito com famílias imigrantes em Portugal (Machado, Santana, Carreiro, et al., 2007), onde se verificou que existe um início de vigilância da gravidez mais tardio no grupo de imigrantes em comparação às mulheres Portuguesas.

No que diz respeito às crenças e representações da gravidez, Couto (1994) realizou um estudo a partir do qual verificou que existe ainda uma forte influência de um conjunto de “crenças leigas” nos comportamentos das grávidas. Estas crenças são veiculadas de geração em geração, e embora não verbalizadas no momento da consulta, determinam comportamentos da grávida, e podem gerar um conjunto de emoções, desde a tranquilidade à angústia/medo. Inclusivamente, estas crenças podem não ser facilmente integradas ou compatíveis com as “crenças de técnicos” e prescrições médicas, originando uma maior tensão interna entre os dois sistemas de crenças (Jovchelovitch, 2007). Em termos de serviços de saúde, Couto (1994) concluiu que parece não existir ainda um reconhecimento da importância de integrar os saberes leigos, sociais e culturais das utentes desses serviços na educação para a saúde das grávidas.

Assim, o presente estudo teve o intuito de estudar de que modo as crenças de saúde podem influenciar os comportamentos promotores de saúde e comportamentos de risco no período da gravidez e pós-parto em mulheres de descendência Africana em Portugal

(maioritariamente Cabo-verdianas). Ulteriormente, pretende-se contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados às populações imigrantes, adequando as medidas e intervenções à sua especificidade cultural, bem como promover o desenvolvimento de estratégias de possam conduzir ao aumento da adopção de comportamentos protectores de saúde de minorias (em particular, mulheres Africanas), eficazes e sensíveis à cultura, no que se refere ao planeamento e acompanhamento da gravidez.

Método

O estudo foi desenvolvido em campo (Bairro do Alto da Cova da Moura – Associação Cultural Moinho da Juventude), tendo sido utilizada uma abordagem exploratória, de natureza qualitativa do ponto de vista metodológico. Para a sua realização, o estudo foi subdividido em duas componentes: 1) realização de grupos focais com mulheres africanas, maioritariamente Cabo-verdianas; 2) e entrevistas semi-estruturadas com peritos de grupos culturais da comunidade Cabo-verdiana em Portugal (*experts* culturais).

Participantes. Foram constituídos três grupos focais com mulheres e realizadas três entrevistas individuais a peritos de *experts* culturais da comunidade Cabo-verdiana em Portugal, perfazendo um total de dezassete participantes.

Dos grupos focais realizados, dois foram compostos por cinco mulheres, e um composto por quatro mulheres. Todas estas mulheres eram de origem Cabo-verdiana (n=10), S. Tomense (n=3) e Angolana (n=1), todas elas mães (com entre 1 e 7 filhos). Em termos idade, encontravam-se distribuídas numa faixa etária entre os 23 aos 46 anos de idade (M=32; DP~ 5.7). Em relação à qualificação profissional, apresentavam graus escolares entre o 2º ano e o 12º ano, tendo apenas uma delas a frequência do 1º ano do ensino superior. A maioria destas mulheres nasceu ou viveu desde a infância em Portugal.

No que diz respeito aos peritos culturais, estiveram envolvidos no estudo três participantes (um do sexo masculino e dois do sexo feminino), com idades compreendidas

entre os 39 e os 64 anos. Estes *experts* culturais foram seleccionados por serem líderes associativos e/ou representantes da comunidade imigrante Cabo-verdiana em Portugal.

Instrumentos

Grupos Focais

O estudo utilizou uma abordagem qualitativa, realizando-se um total de 3 grupos de discussão focalizada ou grupos focais (Krueger & Casey, 2000). Foi desenvolvido um plano de entrevista semi-estruturado e específico com base nos objectivos do estudo, composto por oito questões e abordando os seguintes temas: a) Concepções sobre a gravidez e a maternidade (e.g. *“Como pensam que é vivida a gravidez e maternidade na vossa comunidade?”*); b) Comportamentos de saúde no período de gravidez e pós-parto/maternidade (e.g. *“Quando estiveram grávidas, que cuidados tiveram?”*); c) Diferenças na experiência da gravidez e maternidade entre a cultura do país de acolhimento (Portugal) e o país de origem (e.g. *“Gostaríamos que falassem um pouco acerca das possíveis diferenças entre ser mãe no vosso país de origem e ser mãe em Portugal?”*); d) Percepção dos cuidados de saúde prestados pelo SNS (e.g. pontos fortes e pontos fracos no apoio prestado às grávidas e mães). As questões elaboradas para os grupos focais foram redigidas de um modo sequencial, facilmente perceptível para as participantes. Foram colocadas perguntas na sua maioria de resposta aberta, tornando-se estas mais específicas no decorrer da sessão.

A escolha desta metodologia prendeu-se com diversas razões. De um modo geral, os grupos de discussão focalizada constituem uma forma de recolha de dados qualitativos com bastante riqueza em termos de conteúdo (Krueger & Casey, 2000), permitindo um acesso directo aos conceitos e à linguagem utilizados pelos participantes para estruturarem a sua experiência e discutirem determinado tópico, tendo sido utilizado em particular com grupos de imigrantes e minorias étnicas (Hughes & DuMont, 1993). Os grupos focais permitem ainda

a criação de um ambiente seguro para a partilha e a construção de ideias, com base das dos outros elementos do grupo (Whealin & Ruzek, 2008).

Entrevistas Semi-Estruturadas Individuais aos *Experts* Culturais

Utilizou-se a entrevista semi-estruturada para a recolha de dados junto dos *experts* culturais. O método escolhido permitia à entrevistadora assumir um papel activo, adaptando as questões aos entrevistados, através de uma flexibilidade na exploração das questões e da introdução de novas questões (Colognese & Mélo, 1998). Para estas entrevistas individuais foi também elaborado um guião, composto por questões que procuraram abordar os mesmos temas que eram propostos nos grupos focais e que constituíam o objecto do estudo, adaptados ao contexto de entrevista individual a peritos sobre a comunidade Cabo-verdiana em Portugal.

Procedimento

Numa fase inicial do estudo, foi efectuado o recrutamento da amostra. Esta foi recolhida na sua totalidade – grupos focais e entrevistas individuais - no Bairro do Alto da Cova da Moura. As participantes dos grupos focais foram seleccionadas por amostragem de conveniência e convidadas a participar no estudo na Associação Moinho da Juventude. Em caso afirmativo, deram consentimento informado para o seu envolvimento e para a gravação áudio da entrevista de grupo, de acordo com códigos éticos e deontológicos em Psicologia.

Os grupos focais decorreram na Associação Cultural Moinho da Juventude, uma vez que a maioria das suas participantes eram mães de crianças que frequentavam algumas das valências desta Associação. As entrevistas individuais aos *experts* culturais foram realizadas no local de trabalho de cada participante. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio com autorização prévia dos entrevistados, tendo sido posteriormente transcritas.

Após transcrição de todas as entrevistas, procedeu-se à sua análise com base no programa de análise qualitativa Atlas-ti (versão 5.2). Os dados foram codificados através de uma metodologia aberta mista (codificação/categorização com base nos próprios dados e na

literatura), informada pela *Grounded Theory* (Strauss & Corbin, 1990). Esta metodologia permitiu conduzir o estudo com base numa interpretação que é feita dos significados e conceitos elaborados pelos próprios participantes (actores sociais) no seu contexto real.

A informação foi organizada em categorias e subcategorias. A análise final dos dados foi feita de acordo com o estabelecimento de padrões e temas entre os casos através da sua frequência, seguindo os procedimentos de Neufeldt et al. (2006): a) Geral, no caso de uma subcategoria estar presente na totalidade dos participantes; b) Típica, para subcategorias presentes em pelo menos metade dos participantes; e c) Variante, para as subcategorias presentes em menos de metade dos participantes (ver Hill, Thompson & Williams, 1997; Hill et al., 2005).

Resultados

Grupos Focais

Na análise dos Grupos Focais realizados definiram-se um total de cinco temas e doze categorias, encontrando-se estas divididas em subcategorias (dados resumidos na Tabela 1).

Inserir tabela 1

No que se refere ao tema “percepção de gravidez e maternidade na comunidade Africana”, salientam-se as categorias que revelam uma maior concordância entre as participantes. Assim, todas as participantes referiram a importância da maternidade como forma de transmissão da sua cultura de origem entre gerações, como forma de a preservar e continuar os seus costumes. Verificou-se ainda que é dada grande importância à maternidade e família (“*comem aqui dois, podem comer três e se é para comer quarto comem quatro*” ou “*na nossa cultura já é muita tendência para ter muitos filhos (...) então é uma alegria quando se tem filhos*”). Na sua maioria, as participantes referiram a importância de uma maior

vivência em comunidade. Ainda, a maior parte atribuiu como característica importante “*aguentar até à última*”, conceito relacionado com força e resistência físicas e mentais.

Os relatos das participantes revelaram que existe um sentimento negativo face à interrupção voluntária de gravidez, assim como face à gravidez em adolescentes entre os 13 e os 14 anos de idade (“*mas eu acho que não é muito bem aceite quando acontece numa idade... não aconselhável...*”). Na opinião das participantes, as participantes referiram também que muitas vezes as jovens engravidam por falta de informação e disponibilidade da família para discutir temáticas que se prendem com a sua sexualidade. As raparigas acabam, assim, por esconder uma vida sexualmente activa, não adoptando comportamentos de saúde mais preventivos.

Em termos de comportamentos de saúde, as participantes reportaram que é na população mais jovem que se verifica uma maior adopção destes comportamentos, sendo exemplo o recurso ao médico, e ao Hospital ou Centro de Saúde em caso de doença ou Urgência Médica. Mais ainda, foi referido que mulheres de uma geração mais nova adoptam rotinas de acompanhamento médico da gravidez, ao contrário de mulheres mais velhas que tenham passado este período em África.

Em termos de “cuidados adquiridos no período da gravidez e maternidade”, as participantes referiram que, mesmo socorrendo-se de terapêuticas “ocidentais”, existe ainda uma forte prevalência do uso de práticas tradicionais Africanas, sendo a estas que recorrem num período inicial pós-parto. Estas são práticas transmitidas e aprendidas no seio da comunidade e da família, e que incidem no período da gravidez, em termos de cuidados de alimentação, e no pós-parto, em termos de recuperação física da parturiente (e.g. banhos com ervas; vapores com ervas, entre outras).

Em menor número, algumas das participantes mencionaram que acreditam que a medicação caseira é mais eficaz em termos de convalescença física da mulher. Reportaram

ainda que acreditam que as crianças em África se desenvolvem mais rapidamente do que é verificado em Portugal (“(...) *uma criança que cresceu, nasceu e cresceu em África, já é um bocadinho mais acima no desenvolvimento*”).

Para o tema “diferenças culturais na gravidez e maternidade entre Portugal e Cabo Verde” definiram-se 3 categorias: 1) “estilos de educação”; 2) “estilos de vida”; e 3) “outros”. Para estas categorias, várias variáveis foram referidas, sendo que as mais importantes para as participantes dizem respeito à disponibilidade de tempo que os pais apresentam para estar com os seus filhos. Foram sentidas pelas participantes mais dificuldades neste aspecto em Portugal, uma vez que existe uma maior necessidade de exercer uma profissão, ao contrário do que pode acontecer nos seus países de origem, onde a dedicação exclusiva à família é mais frequente. Segundo as entrevistadas, esta actividade permite estar mais tempo com os seus filhos, e desse modo participar mais na sua educação (“*na África a maior parte das mulheres são domésticas, em geral são poucas as mães que vão trabalhar fora (...) aqui pelos vistos temos de trabalhar (...)*”).

O emprego (i.e. trabalho fora de casa) parece, então, ser visto por estas mulheres como um constrangimento a uma melhor qualidade de vida, juntamente com factores como o *stress* e a prestação de cuidados a outros familiares além dos filhos. Muitas das participantes associaram o comportamento mais instável das crianças em Portugal a estes factores, assim como a um maior recurso a amas particulares e à indisponibilidade de tempo.

Para melhor compreender de que modo se pode contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados às populações imigrantes, explorou-se a percepção das participantes em relação ao SNS. Esta análise consistiu numa divisão em pontos fortes e pontos fracos, obtendo-se uma opinião geral das participantes de que, ao nível dos técnicos de saúde, existe ainda algum preconceito face à mulher Africana (“*eles acham que estamos a fazer um colecção de filhos*”). Inclusivamente, algumas mulheres referiram que, muitas vezes,

técnicos de saúde desvalorizam o estado de saúde das grávidas/ puérperas com base na crença de “aguentar até à última” (“*você é de raça negra, na raça negra isso não se faz, levanta da cama e põe-se a andar*”). Contudo, e em termos de pontos fortes assinalizados, foi referida a importância e o fácil acesso à informação que diz respeito ao planeamento familiar e acompanhamento na gravidez. Comparativamente ao Sistema de Saúde existente em Cabo Verde, caracterizado por uma das participantes como tendo ainda poucos meios (“*(...) mas sendo em Cabo Verde, lá não tem os meios todos*”), existe um sentimento positivo face às práticas de acompanhamento pré-natal e na gravidez (e.g. realização de exames de rotina - ecografia) existentes em Portugal.

Entrevistas Individuais a Experts Culturais

Da análise realizada às entrevistas individuais a *experts* culturais, obteve-se um total de catorze categorias, estando estas divididas em subcategorias (dados resumidos na Tabela 2).

Inserir Tabela 2

Tal como nos grupos focais, foram referidas as crenças relativas a “*ser corajoso*” e “*aguentar até à última*” no que diz respeito à utilização de serviços de saúde. Em termos de comportamentos de saúde, os entrevistados indicaram que parece ser a população mais velha quem adopta mais comportamentos de risco, recorrendo com maior frequência a medicação caseira e menos a terapêuticas biomédicas (“*(...) os mais antigos já são mais pelo remédio, de que eles dizem, o remédio de terra, que é caseiro*”). Contudo, embora a população mais jovem adira mais facilmente às rotinas médicas, nomeadamente, no período de gravidez e maternidade, os peritos culturais apontaram para uma forte utilização de práticas tradicionais Africanas, já identificado nos grupos focais. Das práticas tradicionais vulgarmente utilizadas, verificou-se que é dada uma forte importância à alimentação e à recuperação física da

parturiente. Ainda, a alimentação foi referida como primordial no desenvolvimento saudável das crianças, em especial a comida tradicional Africana, e.g. papas de milho.

Os peritos referiram ainda que, embora a população mais jovem recorra mais facilmente ao médico e ao SNS em caso de urgência ou doença, em termos sociais é alvo de maiores preocupações. Foram referidos os programas de formação profissional para jovens e o apoio que é dado às adolescentes grávidas (“(...) *actualmente em Portugal já dá bastante formação (...) já dão um ordenado para a pessoa se formar (...) tem havido portanto projectos neste campo e tem havido um apoio bastante significativo a estas miúdas (...) muito novas ainda têm passado por esse campo da gravidez precoce*”). Os *experts* defenderam que as adolescentes grávidas são um grupo pouco aceite por parte da comunidade Africana, incorrendo muitas vezes em comportamentos de risco, verificados pelo facto de não recorrerem ao acompanhamento médico, mesmo com apoios sociais.

No que diz respeito a dificuldades de acesso aos serviços de saúde, diversos factores foram identificados pelos peritos culturais. A língua materna (crioulo) foi referida como um factor importante na transmissão da cultura de origem, embora por vezes se possa constituir como barreira na comunicação. O processo de legalização constituiu-se como o factor mais valorizado pelos participantes enquanto barreira de integração social, incluindo nos cuidados de saúde (“(...) *não ser legal, as pessoas também têm um impedimento para poder trabalhar, e depois a parte da integração (...) é muito demorada. Tem de ter um contrato de serviço, eles aproveitam qualquer trabalho (...)*”).

No que diz respeito ao SNS, parece existir, por parte dos peritos entrevistados, uma opinião geral favorável, tal como as opiniões recolhidas nos grupos focais. Deste modo, revelaram uma apreciação positiva face às práticas médicas no período de gravidez e maternidade no que diz respeito às técnicas de diagnóstico e ao acompanhamento que é realizado. Os pontos fracos apontados ao SNS prenderam-se maioritariamente com as

barreiras à acessibilidade linguística decorrentes da língua materna e com o desconhecimento das especificidades culturais dos utentes que recorrem aos serviços médicos, que muitas vezes podem ser a causa de divergências entre os mesmos e os técnicos (“(...) *que cada povo tem os seus costumes, a sua maneira de estar, a sua maneira de interpretar o apoio que considera essencial para ela (...) intérpretes dentro do SNS apropriados (...)*).

Discussão

A partir dos objectivos definidos para o presente estudo, a análise de dados permitiu-nos identificar algumas crenças específicas das mulheres Africanas sobre os comportamentos de saúde na gravidez e perceber qual o papel dessas crenças nos seus comportamentos de saúde. Mediante uma análise da informação recolhida caracterizou-se a comunidade Africana em termos da importância que é dada à transmissão da sua cultura (e.g. ensino da língua materna e práticas culturais) e à estrutura familiar (i.e. famílias numerosas). Na sua maioria, os imigrantes de descendência Africana mantêm muitas das suas tradições e práticas no país de acolhimento. Estas tradições prendem-se com uma maior vivência em comunidade e com a transmissão dos valores e normas da cultura de origem, sendo esta feita através da língua materna (e.g. crioulo). Mediante o valor que a família tem no seio desta comunidade, a gravidez é aceite de forma positiva, mas não numa fase considerada mais precoce (entre os 13 e os 14 anos de idade). Ainda, a interrupção voluntária de gravidez não se constitui como uma opção culturalmente aceite.

Em termos de comportamentos de saúde foi possível perceber que, mesmo conhecendo as práticas do SNS, existe um recurso recorrente a práticas tradicionais pelas mulheres Africanas. Estas práticas relacionam-se com crenças que são transmitidas de geração em geração e estão ligadas a cuidados no período do pós-parto, sendo elas crenças leigas maioritariamente de restrição e prescrição alimentar. Estes dados são consistentes com o estudo de Couto (1994) sobre crenças de saúde na gravidez. Existem muitas crenças ligadas

a alimentos específicos e acções específicas (e.g. não tomar banho; não sair à rua) que influenciam os comportamentos destas mulheres, principalmente no período pós-parto. Mesmo aderindo a terapêuticas médicas, não deixam de recorrer às práticas tradicionais e aos “remédios de terra” (i.e. medicamento caseiro).

Em termos de comportamentos de risco para a saúde, verificou-se que é a população mais velha que recorre ao Hospital mais tardiamente, recorrendo primeiramente a terapêuticas tradicionais e caseiras. A crença de “*aguentar até à última*” representa um símbolo de resistência física e mental presente na cultura estudada, surgindo como uma possível barreira a uma utilização dos serviços de saúde mais precocemente, no sentido do planeamento, acompanhamento de rotina ou prevenção de problemas de saúde.

A importância que é dada às práticas tradicionais e a ausência de comportamentos de saúde mais preventivos parecem ser também influenciadas pela percepção negativa que existe do SNS e do comportamento dos técnicos de saúde. As utentes percebem alguns comportamentos desadequados (e.g. preconceito) nos serviços de saúde e os seus técnicos, referindo que estes estão pouco atentos às necessidades culturais específicas destas mulheres quando estão grávidas ou no puerpério. Emerge, portanto, a necessidade de promover competências multiculturais (Arredondo et al., 1996) destes técnicos de saúde, como tem sido defendido por diversos autores (Moleiro & Gonçalves, 2010). A competência dos técnicos de saúde, de educação e de aconselhamento para trabalhar com clientes culturalmente diferentes de si tem sido sustentada num modelo tri-dimensional (Sue, Arredondo & McDavis, 1992) em outros países: (1) consciência – das próprias atitudes, comportamentos, crenças, valores e preconceitos; (2) conhecimento – acerca dos grupos minoritários, a sua história, valores, práticas, processos de discriminação e estigmatização, bem como dos modelos de aculturação e/ou desenvolvimento da identidade; e (3) competências específicas – para avaliar e intervir ética e eficazmente com clientes minoritários. Contudo, esta formação é ainda insuficiente em

Portugal, sendo experienciadas pelos imigrantes algumas lacunas a este nível (Moleiro et al., 2009; Moleiro, Freire & Tomsic, submetido).

O maior reconhecimento da importância do treino de competências multiculturais dos técnicos de saúde nas últimas décadas (Pope-Davis et al., 2003) tem conduzido à sua inclusão nos códigos deontológicos internacionais das práticas profissionais (APA, 1993, 2003), bem como contribuído para a definição de intervenções mais sensíveis à diversidade cultural. Isso envolve a compreensão dos processos de ajuda clínica (médica, psicológica, de aconselhamento) enquanto aqueles que são facilitadores do bem-estar global, físico e psicológico, dos indivíduos no seu contexto, o que pode ter significados distintos para cada comunidade. Para desenvolver tais intervenções e serviços mais sensíveis à cultura, o envolvimento e *empowerment* das comunidades específicas para as quais esses programas são destinados parece-nos essencial (Ornelas, 2008), devendo reflectir o contexto ecológico e as necessidades específicas individuais e das famílias, centrando-se na resiliência e factores de protecção das mesmas, como as redes de família alargada e redes comunitárias de suporte social (e.g. Lynch & Hanson, 2004).

Embora existam várias limitações inerentes ao estudo apresentado, nomeadamente no que diz respeito à generalização dos resultados, de certo modo impossibilitada pela dimensão e representatividade da amostra, consideramos premente a replicação destes resultados com outras amostras e metodologias distintas.

Em termos de implicações, pensamos que a crescente globalização e aumento dos fluxos migratórios (na Europa e no mundo) implicam um maior trabalho nesta área, em particular na formação de técnicos de saúde e outros profissionais no âmbito das intervenções sensíveis à cultura. Como exemplo tomamos o estudo realizado por Gervais e Jovchelovitch (1998) acerca das crenças de saúde na comunidade Chinesa no Reino Unido. Tanto as implicações referidas para o presente estudo, como aquelas presentes no estudo referenciado,

poderão constituir-se importantes no trabalho que pode ser realizado a nível da intervenção comunitária com os variados grupos etnicamente minoritários em Portugal, tendo como condição base a participação activa dos indivíduos.

Referências

- American Psychological Association (1993). Guidelines for providers of psychological services to ethnic, linguistic, and culturally diverse populations. *American Psychologist*, 48, 45-48.
- American Psychological Association (2003). Guidelines Multicultural Education, Training, Research, Practice, and Organizational Change for Psychologists. *American Psychologist*, 58, 5, 377–402.
- Arredondo, P., Toporak, R., Brown, S. P., Jones, J., Locke., D. C., Sanchez, J. & Stadler, H. (1996). Operationalization of the multicultural counseling competencies. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 24, 42–78.
- Bhugra, D., Gupta, S., Bhui, K., Craig, T., Dogra, N., Ingleby, D., Kirkbride, J., Moussaoui, D., Nazroo, J., Qureshi, A., Stompe, T. & Tribe, R. (2011). WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry*, 10, 2-10.
- Calado, B., Silva, L., & Guerreiro, D. (1997). Barreiras e incentivos à vigilância pré-natal, identificação das barreiras – resultados parcelares. *Saúde em Números*, 12 (4), 29-31.
- Colognese, S. A., & Mélo, J.L.B. (1998). A Técnica de Entrevista na Pesquisa Social. *Cadernos de Sociologia*, 9 (4), 143-160
- Conceição, A. (2001). *Acesso das Grávidas aos Cuidados de Saúde. O caso das mulheres oriundas dos PALOP'S e das mulheres portuguesas no Concelho de Águeda*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Coimbra.
- Conner, M. & Norman, P. (2005). *Predicting Health Behaviour* (2nd Ed.). London: Open University Press.
- Correia, M. (1998). Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*, 3 (XVI), 365-371.

- Couto, A. (1994). *Crenças e Representações da Gravidez na Educação para a Saúde*. Tese de Mestrado em Ciências da Educação/ Pedagogia da Saúde, Lisboa, Universidade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Couto, G. (2003). *Preparação para o Parto. Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência.
- Gervais, M., & Jovchelovitch, S. (1998). *The Health Beliefs of the Chinese Community in England*. A qualitative study. London: Health Education Authority.
- Gurung, R. (2006). *Health Psychology: A Cultural Approach*. USA: Thomson Wadsworth.
- Hill, C., Knox, S., Thompson, B.J., Williams, E.N., Hess, S.A. & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196–205.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *Psychotherapy Psychologist*, 25, 517–572.
- Hughes, D. & DuMont, K. (1993). Using focus groups to facilitate culturally anchored research. *American Journal of Community Psychology*, 21, 775-806.
- International Organization for Migration (2009). *Developing a Public Health Workforce to Address Migrant Health Needs in Europe*. Brussels: IOM.
- Jovchelovitch, S. (2007). *Knowledge in context: representations, community and culture*. London: Routledge.
- Krueger, R., & Casey, M. (2000). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research* (3rd ed.). London: Sage Publications.
- Leventhal, H. & Dieffenbach, M. (1991). The active side of illness cognition. In J. Skelton & R. Croyle (eds). *Mental Representation in Health and Illness*. New York: Springer-Verlag.

- Lynch, E. W. & Hanson, M. J. (2004). *Developing Cross-Cultural Competence: A guide for working with children and their families*. Baltimore: Brookes.
- Luck, M., Ferreira, R., Patrício, A., Simões, G., Horta, R., & Magalhães, E. (1999). Vigilância da gravidez numa comunidade imigrante africana. Necessidades elevadas, baixa utilização. *Saúde em Números*, 14 (1), 1-4.
- Krueger, R., & Casey, M. (2000). *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research* (3rd ed.). CA, USA: Sage Publications.
- Machado, M., Santana, P., Carreiro, H., Nogueira, H., Barroso, R., & Dias, A. (2007). Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes. *Revista Migrações*, 1, 103-127.
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35 (9), 807-817.
- Minas, H. (2007). Developing mental-health services for multicultural societies. In D. Bhugra & K. Bhui, *Textbook of Cultural Psychiatry* (pp.388-401). Cambridge: Cambridge University Press.
- Moleiro, C., Freire, J. & Tomsic, M. (submetido). Immigrants' Perspectives on Clinician Cultural Diversity Competencies: A qualitative study with immigrants in Portugal. *Health & Social Care in the Community*.
- Moleiro, C. & Gonçalves, M. (2010). Saúde na Diversidade: Desenvolvimento de serviços de saúde mental sensíveis à cultura. *Análise Psicológica*, 28 (3), 505-515.
- Moleiro, C., Silva, A., Rodrigues, R. & Borges, V. (2009). Health and Mental Health Needs and Experiences of Minority Clients in Portugal. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 5(1), 15-24.

- Moniz, J., & Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde. Desenvolvimento e Intervenção – Guia metodológico dirigido a psicólogos, enfermeiros e outros técnicos de saúde*. Porto: Edições ASA.
- Neufeldt, S. A., Pinteris, E. J., Moleiro, C., Lee, T. E., Yang, P. H., Brodie, R. E., & Orless, M. J. (2006). How do graduate student therapists incorporate diversity factors in case conceptualization? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* (Special issue: Culture, Race, and Ethnicity in Psychotherapy), 43(4), 464-479.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.
- Pope-Davis, D., Coleman, H., Lin, W., Toporek, R. (2003). *Handbook of Multicultural Competences in Counseling & Psychology*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Reis, J. (1998). *O Sorriso de Hipócrates. A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Veja.
- Straub, R. (2007). *Health Psychology – a biopsychosocial approach* (2nd Edition). New York: Worth Publishers.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1997). *Grounded Theory in Practice*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Sue, D. W., Arredondo, P., & McDavis, R. J. (1992). Multicultural counseling competencies: A Call to the profession. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 20, 64-88.
- Taylor, S. (1990). Health psychology: The science and the field. *American Psychologist*, 45(1), 40-50.
- Taylor, S. (1995). *Health Psychology* (3rd Edition). New York: McGraw-Hill, Inc.

Whealin, J. M. & Ruzek, J. (2008). Program evaluation for organizational cultural competence in mental health practices. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39 (3), 320–328.

Tabela 1: Categorias Principais resultantes da análise dos Grupos Focais

Tema: Percepção da gravidez e maternidade				
Categoria	Sub-categoria	Geral	Típica	Variante
Crenças gerais de saúde	“Aguentar até à última”		x	
Comportamentos de saúde	Recurso ao SNS em situações de mal-estar	x		
Comportamentos de risco	Falta de rotinas médicas na gravidez	x		

Tema: Cuidados de saúde no período da gravidez e maternidade				
Categoria	Sub-categoria	Geral	Típica	Variante
Práticas de saúde tradicionais	Água quente e vapores na recuperação física pós-parto	x		
Crenças de saúde	Não tomar banho após o parto			x

Tema: Diferenças culturais na gravidez e maternidade entre Portugal e Cabo Verde				
Categoria	Sub-categoria	Geral	Típica	Variante
Estilos de educação	Maior liberdade de acção na educação em África	x		
Estilos de vida	Menor disponibilidade dos pais em Portugal			x
Outros	Discriminação social face às mulheres Africanas	x		

Tema: Percepção do SNS (pontos fortes e pontos fracos)				
Categoria	Sub-categoria	Geral	Típica	Variante
Pontos fortes	Acompanhamento médico da gravidez	x		
Pontos fracos	Discriminação social			x

Tabela 2: Categorias Principais resultantes da análise das Entrevistas Individuais

Tema: Percepção do estado de saúde da população Cabo-verdiana				
Categoria	Sub-categoria	Geral	Típica	Variante
Comportamentos de saúde	Maior recurso ao médico na população mais jovem			
	Recurso ao médico mais tardio na população mais velha	x		
Comportamentos de risco	Alimentação insuficiente			x
Cuidados na gravidez e maternidade com base nas práticas tradicionais	Papas de milho e dieta alimentar tradicional			x

Tema: Percepção do SNS (pontos fortes e pontos fracos)				
Categoria	Sub-categoria	Geral	Típica	Variante
Pontos fortes	Facilidade de diagnóstico e realização de exames médicos			x
Pontos fracos	Barreiras no acesso à assistência médica			x
Comparação entre o em Cabo Verde	Rotinas de planeamento familiar		x	