

Departamento de Psicologia Social e das Organizações

**Conceitos, Estratégias De Acção E Necessidades De Informação  
– Formação: Estudo Exploratório com Utentes Grávidas**

Susana Isabel Semião Ramos Cordeiro Dias

Trabalho de projecto submetido como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia Comunitária e Protecção de Menores

Orientadora:  
Professora Doutora Marta Gonçalves  
ISCTE-IUL

Janeiro de 2011

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todas as participantes e colaborantes neste estudo, particularmente às futuras mães e desejar-lhes tudo de muito bom porque para mim, isso é maternidade.

Aos profissionais de saúde pela sua disponibilidade e credibilidade especialmente à enfermeira Fátima Esteves com quem entrei neste *mundo* da saúde da grávida.

À minha orientadora, Dr.<sup>a</sup> Marta Gonçalves por ir acreditando e ter continuado até ao fim.

À Eva Diniz pela sua disponibilidade e sugestões.

E por último, mas num lugar muito particular do meu coração, um obrigado às pessoas da minha vida por toda a paciência, compreensão carinho e acima de tudo muito amor.

Aos meus pais pelo apoio que me deram sempre.

À minha avó pelas suas palavras e ombro sempre que dele necessitei.

Aos meus irmãos pelas suas colaborações e contínua preocupação.

Um saudade imensa aos meus avós que partiram, um Obrigado por tudo o que sou.

Avô, tem razão...

À minha nova família, ao meu Francisco que também nesta jornada me incentivou, estimulou e apoiou, sempre. Um beijo muito especial ao meu Guilherme todos os dias pelas suas gargalhadas, as suas birras e o nosso amor.

Aos meus amigos pelo que são e por sempre estarem.

## RESUMO

A presente investigação tem como objectivo compreender quais as necessidades de informação/formação sentidas por utentes grávidas assistidas em Cuidados de saúde primários.

A vivência de uma gravidez acompanhada pelos serviços de saúde é fundamental para a estruturação da identidade materna e envolvimento emocional mãe-filho. Em Portugal, a resposta psicossocial que tem sido dada pelos serviços de saúde é contudo ainda negligenciada. Este estudo pretendeu compreender como se pode colmatar essa lacuna nesta unidade. Procedeu-se então a um estudo exploratório sobre o conceito de gravidez e maternidade, estratégias primárias de acção e necessidades de informação – formação associadas. Foi utilizada uma perspectiva multi-informante entre profissionais de saúde e utentes, em que se pretendeu contribuir para a melhoria dos cuidados em saúde materna. Neste estudo, foram conduzidas seis entrevistas individuais a utentes grávidas e foi realizado um grupo focal com duas utentes grávidas acompanhadas na unidade, e cinco entrevistas a profissionais de saúde, que exerciam a sua actividade em saúde materna no âmbito dos cuidados de saúde primários.

Os resultados obtidos revelaram que de facto existe a necessidade de informação e formação durante o período da gravidez, quer para as utentes grávidas, quer para os profissionais de Saúde e identificaram os temas pertinentes para possíveis sessões formativas na matéria.

**Palavras-chave:** Gravidez, intervenção psicossocial, conceitos, estratégias de acção, necessidades de informação-formação

## ABSTRACT

The following investigation aims to understand informative/formative needs felt by pregnant women looked after by primary health care.

Support from health services when living through pregnancy is essential to guarantee the structural foundation of maternal identity and deepen emotional involvement between mother and offspring. However, the psychosocial response given by national healthcare in Portugal remains a gaping hole. This case study aims to understand how to bridge this gap, using a particular health institution as an example.

To guide the research set out above, an exploratory study on the concept of pregnancy and motherhood was undertaken and primary action strategies and associated informative/formative needs were conceived. Through a multi-informative, professional and patient perspective, this study aims to contribute to the improvement of motherly health care. For this purpose, six women were interviewed and a focus group was conducted with two pregnant women currently accompanied by this institution. Five health professionals currently working in maternal care were also interviewed in regards to primary health care.

The resulting data revealed the need for information/formation is felt by professionals and pregnant patients alike and identifies possible topics for formative sessions on the subject matter.

Keywords: Pregnancy, psychosocial intervention, concepts, strategies, information needs and trainin

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS .....	i
RESUMO .....	ii
ABSTRACT .....	iii
ÍNDICE .....	i
INTRODUÇÃO .....	1
Capítulo I.....	3
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1.1 A gravidez e a maternidade.....	3
1.2 Perspectiva ecológica desenvolvimentista da gravidez .....	7
1.3 Depressão, ansiedade e parto .....	9
1.4 Educação para a saúde .....	10
1.4.1 Psicologia da saúde e Psicologia positiva nos cuidados de saúde primários..	13
1.4.2 Educação para a saúde em Portugal .....	15
1.4.3 Educação pré-natal no contexto de saúde.....	18
1.5 Definição do problema e objetivos do estudo.....	22
1.5.1 Caracterização do local da amostra .....	22
Capítulo II .....	24
2 MÉTODO.....	24
2.1 Definição da amostra .....	24
2.1.1 Caracterização das utentes grávidas .....	24
2.1.2 Caracterização dos profissionais de saúde.....	26
2.2 Instrumento .....	27
2.3 Procedimento .....	28
Capítulo III.....	31
3 RESULTADOS.....	31
3.1 Resultados da entrevista com as utentes grávidas.....	31
3.2 Resultados da entrevista com profissionais de saúde entrevistados .....	38
3.3 Entrevista a profissionais de saúde que desenvolvem na sua Unidade de Saúde Funcional, formações na preparação para o parto.....	44
3.4 Discussão de resultados .....	45
3.5 Limitações do estudo .....	48
3.6 Linhas orientadoras para a elaboração de um programa de preparação psicossocial pré-natal.....	48
Capítulo IV.....	51
4 CONCLUSÃO .....	51
REFERÊNCIAS .....	53
Anexo A . Consentimento informado .....	60

Anexo B. Questionário – Caracterização sócio-demográfica da amostra de utentes grávidas	61
Anexo C. Questionário – Caracterização sócio-demográfica da amostra de Profissionais de saúde.....	64
Anexo D. Instrumento de Recolha de Dados – Guião de entrevista a utentes grávidas .....	65
Anexo E Instrumento de Recolha de Dados – Guião de entrevista a Profissionais de saúde ..	66
Anexo F. Instrumento de Recolha de Dados – Guião de entrevista a Profissionais de saúde com projecto desenvolvido.....	67

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - <i>Tarefas Desenvolvimentais da Gravidez e Puerpério</i> .....	4
Tabela 2 – <i>Caracterização da Amostra de Utentes Grávidas</i> .....	25
Tabela 3 - <i>Caracterização da Amostra de Profissionais de Saúde</i> .....	27
Tabela 4 - <i>Apresentações de Subcategorias Resultantes da Resposta de Utentes Grávidas à Questão - Primeiro Pensamento quando soube que estava Grávida?</i> .....	32
Tabela 5 - <i>Apresentações de Subcategorias Resultantes da Resposta de Utentes Grávidas à Questão - O que significa para si ser mãe?</i> .....	33
Tabela 6 - <i>Apresentações de Subcategorias Resultantes da Resposta de Utentes Grávidas à Questão - Com que dúvidas se confrontam durante o tempo de gravidez?</i> .....	34
Tabela 7- <i>Apresentações de Subcategorias Resultantes da Resposta de Utentes Grávidas à Questão - Que estratégias adoptam para lidar com essas dúvidas?</i> .....	35
Tabela 8- <i>Apresentações de Subcategorias Resultantes da Resposta de Utentes Grávidas à Questão - Temas sugeridos para acções de formação durante a gravidez?</i> .....	36
Tabela 9 - <i>Apresentações de Subcategorias Resultantes da Resposta de Profissionais de Saúde à Questão – O significado que as utentes atribuem à maternidade?</i> .....	39
Tabela 10 - <i>Apresentações de Subcategorias Resultantes da Resposta de Profissionais de Saúde à Questão - Dúvidas mais percebidas que a grávida tem durante o tempo de gravidez</i> .....	40
Tabela 11- <i>Apresentações de Subcategorias Resultantes da Resposta de Profissionais de Saúde à Questão -Estratégias que percebem que as utentes adoptam para lidar com as suas dúvidas</i> .....	42
Tabela 12- <i>Apresentações de Subcategorias Resultantes da Resposta de Profissionais de Saúde à Questão -Temas sugeridos para a realização de acção de formação durante a gravidez</i> .....	43

## INTRODUÇÃO

A gravidez é um período complexo, atravessado por inúmeras alterações biológicas psicológicas e sociais, uma fase de reestruturação do papel da mulher tanto na família como na sociedade. Sendo por isso uma fase de pré-adaptação ao acontecimento que se segue (Colman, 1994).

Embora a gravidez seja uma etapa transitória que faz parte do curso normal do desenvolvimento humano, toda a sua vivência é única, dependendo dos vários factores que a acompanham.

Durante a gravidez, a mulher é atendida nos cuidados de saúde primários em consultas específicas que visam um seguimento clínico permitindo a assistência tanto à grávida como ao seu bebé, vigiando a sua evolução e desenvolvimento com procedimentos de rotina. Contudo, segundo a literatura, a gravidez e puerpério são os períodos em que mais se relatam transtornos psíquicos nas mulheres. A intensidade e incidência destas alterações psicológicas poderá ser prevenida através da actuação de profissionais, técnicos de saúde de diversas áreas, que em conjunto procurem assistir a mulher nas suas dúvidas e necessidades prementes informando-a para que esta atravesse a gravidez de forma tranquila, mantendo o bem-estar psicológico, evitando o desencadear de disfunções e problemas com repercussões nefastas para a sua saúde física e psicológica bem como para a do seu bebé.

Existem, de facto, estudos que aprofundam os aspectos psicológicos da gravidez, bem como trabalhos mais recentes que procuram compreender a posição do profissional de saúde relativamente às necessidades da grávida, estes tendem no entanto, a excluir a percepção da própria mulher sobre a sua gravidez, bem como as suas necessidades prementes, não apenas biológicas mas também psicossociais. Esta investigação pretende então contribuir para o aumento de conhecimento e compreensão da mulher grávida para que a unidade de saúde que a assiste possa desenvolver posteriormente um programa de intervenção psicossocial destinado a estas utentes.

Partindo do objectivo geral – contribuir para o aumento de conhecimento das necessidades sentidas pela mulher no seu período de gravidez, visando a melhoria dos cuidados em saúde materna e obstétrica. Foram delineados dois objectivos específicos. Primariamente, explorar, junto de utentes grávidas, os conceitos, estratégias de acção durante a gravidez, avaliar as possíveis necessidades de informação/formação sentidas pelas utentes grávidas sobre a gravidez e a maternidade; e em segundo lugar, conhecer a perspectiva dos

profissionais de saúde da área de saúde materna, relativamente à mesma temática – conceitos, estratégias de acção e necessidades de informação – formação da utente grávida durante a gravidez.

Este trabalho está deste modo organizado em duas partes. No enquadramento teórico é apresentada a revisão bibliográfica do presente estudo de investigação. Este é dedicado à exploração dos conceitos gravidez e maternidade e às alterações bipsicossociais ocorridas nestes períodos.

A educação para a Saúde procura definir o próprio conceito, sua evolução e situação actual em contexto nacional procurando seguidamente fundamentar a necessidade de formação/informação para utentes grávidas.

A segunda parte deste trabalho apresenta os objectivos gerais, em seguida o método utilizado nesta investigação, bem como o seu instrumento.

Posteriormente são apresentados os resultados obtidos e a sua discussão, procurando definir uma proposta orientadora para o desenvolvimento de um programa de intervenção psicossocial baseado nas necessidades de formação sentidas pelas mulheres, utentes de uma unidade de cuidados de saúde primários, no seu período de gravidez bem como pelos profissionais de saúde.

Apresentadas as limitações do estudo, é finalizando este trabalho com uma breve conclusão.

## Capítulo I

### 1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

#### 1.1 A gravidez e a maternidade

Poder-se-á dizer que a gravidez é o período que decorre entre a concepção e o nascimento da criança, a qual dura, no ser humano, cerca de 280 dias (três trimestres)? Parece que não. Tanto a gravidez como a maternidade são processos dinâmicos que transcendem a concepção e o nascimento de um bebé (Canavarro, 2001). Enquanto estado e sentimento, a gravidez, revela-se segundo a vivência pessoal de cada mulher a vários níveis. Colman e Colman (1994, 15) afirmam que *"...cada mulher vive a sua gravidez tanto física e psicologicamente, como social e culturalmente, na medida em que se verificam mudanças na sua imagem corporal, alterações hormonais, confusão de apoios em mudança e expectativas culturais que se vão reflectir na sua vida mental; também as mudanças na identidade acompanham as mudanças corporais e os papéis sociais, pelo que, sem dúvida que o processo quer seja mais suave ou mais violento, quer lhe transmita confiança ou seja assustador, quer seja feliz ou triste, é com certeza, indubitavelmente fonte de mudança"*.

A história de uma gravidez começa realmente antes da fecundação, com o encontro do casal, a história de cada um (Szejer & Ztewart, 1997) e as suas histórias pessoais que permitiram esse encontro (Prado, 2004). Assim sendo, a gravidez é um período de grande complexidade, carregado de emoções e ansiedades, em que a mulher lida de forma intensa e única com várias questões de ordem pessoal familiar e social (Canavarro, 2004), constituindo uma tarefa normativa do ciclo vital. Esta fase coloca à mulher exigências de reestruturações e reajustamentos a vários níveis (Gomes & Cortesão, 1986), de entre os quais se destaca o psicológico (Figueiredo, 2000). A mulher passa por uma fase de imaginação mesmo antes de estar grávida, imaginando como será o filho, o que representará na sua vida, se realmente é o momento de o ter e como será enquanto mãe. Sendo isso inconsciente, começa a exigir muito de si, para não cometer nenhum erro e ter um filho perfeito. É a partir dessa percepção consciente e inconsciente que se estabelece a vivência real da gravidez, que se manifestará durante toda a gestação e no pós-parto, como a ambivalência afectiva de desejar ou não aquele filho (Soifer, 1992 citado por Klein, 2008).

Progressivamente, ao longo da gravidez, a mulher elabora uma representação de si enquanto mãe, paralelamente à representação que elabora do bebé, a partir da relação que estabeleceu com a sua própria mãe, agora reavaliada, no sentido de criar o espaço de acção necessário aos cuidados e interacção adequada com a criança (Ammaniti, 1991; Stern,

1995,1998, citado por Figueiredo, 2005). A gravidez e a maternidade são por isso tarefas desenvolvimentais que supõem a redefinição da identidade em torno das tarefas de construção da identidade materna e da construção da relação mãe – bebê (Costa, 2003).

A gravidez envolve todos os membros da família, dado que a concepção é, não só, um feto em crescimento, como o início de um novo formato familiar, com mais um elemento e com as relações em mudança que tal acarreta. Por conseguinte, vai ser um processo de adaptação, também, para cada membro da família que irá interpretar o seu sentido, à luz das suas próprias necessidades (Grossman, Eichler, Wincoff, 1980, citado por Lowdermilk, 2006).

Ao longo dos tempos a gravidez assumiu diversas caracterizações, simultaneamente com o papel da mulher na sociedade. Apesar da inserção feminina no mercado de trabalho na segunda metade do século XX (Kuschnir, 2008), a gravidez e a maternidade podem também servir como um dos eventos socializadores da mulher, pois desencadeiam o estabelecimento de novas relações com as figuras parentais, amigos e familiares (Eiras, 1983; Kahhale, 1997).

Canavarro (2001) clarifica que a relação entre o tempo cronológico e a tarefa desenvolvimental não é linear. Apresenta por isso, um quadro ilustrativo, das tarefas desenvolvimentais da gravidez e puerpério (Tabela 1). O puerpério pode ser entendido como “o período depois da gravidez, durante o qual, a fisiologia e anatomia regressam ao normal” (O’Reilly, 2005: 367)

Tabela 1  
*Tarefas Desenvolvimentais da Gravidez e Puerpério*

Tarefas desenvolvimentais da gravidez e puerpério			
Tarefas do desenvolvimento			
Gravidez	1º trimestre	<b>Tarefa 1:</b> Aceitar a gravidez	Reavaliar e estruturar:  <b>Tarefa 3:</b> a relação com os próprios pais <b>Tarefa 4:</b> a relação com o companheiro <b>Tarefa 6:</b> a sua própria identidade (para incorporar a identidade materna) <b>Tarefa 7:</b> na relação com o (s) filho (s)
	2º trimestre	<b>Tarefa 2:</b> Aceitar a realidade do feto	
	3º trimestre	<b>Tarefa 5:</b> Aceitar o bebé como pessoa separada	
Puerpério	Seis semanas após o parto (Aprox.)		

Fonte: Canavarro, 2001

Na primeira tarefa – aceitar a gravidez – parte-se do pressuposto que tal não é garantido, mesmo sendo uma gravidez planeada, existindo por isso muitas vezes uma ambivalência entre o desejo e o medo de estar grávida, no qual o apoio e a aceitação da família são essenciais para a sua superação.

Aceitar a realidade do feto é a segunda tarefa ilustrada por Canavarro, nela a mulher deve começar a compreender o feto, não como parte do seu corpo, mas como um ser separado. Nesta fase, os movimentos fetais e as ecografias contribuem não só para a percepção desta realidade, como também para a idealização do futuro bebé.

Nas tarefas seguintes, principalmente na terceira e na quarta, a mulher vai reavaliar e estruturar as suas relações, vai pensar muito na sua infância e reflectir sobre o relacionamento com os seus pais, principalmente com a sua mãe, abrindo também um novo espaço para a sua relação com o companheiro, que terá de dar lugar a uma nova aliança parental.

O terceiro trimestre dá lugar à quinta tarefa, que será já uma preparação para a separação física que ocorrerá com o parto. Esta etapa corresponde, normalmente, a um aumento de ansiedade e ambivalência entre a vontade de ver o filho e a vontade de prolongar a gravidez.

As últimas tarefas, a sexta e a sétima, são já a integração de novos papéis e expectativas, ou a integração da identidade materna na sua própria identidade, no sentido de estabelecer um comportamento materno adequado na presença do bebé. Uma clara e correcta definição do papel materno, minimiza as dificuldades que podem ocorrer na adaptação às exigências, a que obriga cuidar de um recém-nascido (Coleman & Coleman, 1994; Gottesman, 1992, citados por Figueiredo; 2005).

Existindo ainda, nesta última etapa, a ansiedade daquelas que não vão ser mães pela primeira vez mas que têm receio de não serem capazes de cuidar ou amar com igual intensidade duas (ou mais) crianças ao mesmo tempo, bem como, a preocupação com a reacção do filho mais velho.

Segundo Fleming, Rubble, Kriger e Wong (Figueiredo, 2003), as mudanças hormonais que acompanham a gravidez e o pós-parto se, por um lado, têm a vantagem de estimular o comportamento materno e a ligação emocional da mãe ao bebé são, por outro lado, um elemento a considerar na etiologia das perturbações psicopatológicas que ocorrem neste período, aumentando a vulnerabilidade da mulher para o desequilíbrio emocional e comportamental.

Para que a mulher se adapte à gravidez, é necessário que aceite a ideia e assimile o seu novo estado. A facilidade ou dificuldade neste processo dependerá do equilíbrio percebido

entre as exigências associadas à transição e os recursos pessoais. Ou seja, de acordo com Lazarus e Folkman (1984), no que respeita ao tipo de transição, a adaptação é um processo dependente do contexto anterior e posterior à transição, e da percepção de competência, bem-estar e saúde individual. O apoio social e a relação com a mãe têm sido factores constantemente associados à forma como decorre esta adaptação (Canavarro, 2001).

A gravidez e maternidade, são então dois processos dinâmicos, de construção, desenvolvimento e continuidade, que, embora apresentem semelhanças representam duas realidades distintas. Deste modo, a gravidez e as tarefas que a rodeiam são um acontecimento biológico e a maternidade apresenta-se como um processo de vida e um investimento experiencial e formativo. Um “projecto a longo prazo (...) requer iniciativas, actuações e responsabilizações (Leal, 1999: 365).

Segundo Fidalgo (2003), a maternidade é um fenómeno predominantemente social perante a influência dos processos biosociais, onde se incluem as noções de sexualidade, de reprodução, da organização doméstica e de poder. Neste sentido, as características físicas, anatómicas e funcionais são pré-requisitos importantes a ter em linha de conta para a ocorrência de uma gravidez não sendo, no entanto, condições suficientes para uma maternidade adaptativa (Canavarro, 2001).

Inserindo-se numa perspectiva interaccionista, Monteiro (2005) defende a maternidade também como um processo no qual, se confundem representações e práticas de ordem pessoal, familiar e social. Ou seja, ter um filho é um acontecimento diferente em diferentes civilizações, por isso, a forma de o viver também difere não só pelas características individuais da mãe, mas também pelas características do meio cultural em que ocorre.

Acompanhando a corrente de pensamento de Correia (2005), embora a maternidade seja sem dúvida um plano pessoal, o seu significado é múltiplo e socialmente construído.

Tanto o processo de gravidez como o de maternidade exigem que a mulher desenvolva na sua essência comportamental novas respostas cognitivas, emocionais e até comportamentais, que visam cumprir com sucesso as exigências da gravidez obrigando a uma reorganização intrapsíquica, relacional e social da mulher, que implicam a resolução de um conjunto de tarefas desenvolvimentais, já acima mencionadas (Canavarro, 2001).

Esta vivência e a transição para a maternidade/parentalidade surge assim como uma oportunidade para o crescimento e mudança individual (Goldberg, 1988), bem como um risco, uma vez que implica sempre a adaptação a uma nova situação.

Nesta fase, a relação com a própria mãe poderá impulsionar certos conflitos emocionais (Gomes e col., 1986), que, de certa forma, poderão colocar a mulher num período

de crise (Rato, 1998), de maior susceptibilidade a situações angustiantes porém e, simultaneamente, num período crucial e de transformação essencial ao seu crescimento e integração maturativa. Existem, contudo, variações individuais na vivência desta crise de acordo com a estrutura da personalidade, grau pessoal de ajustamento no início da gravidez e constelação e enquadramento familiar (Colman e Colman, 1994, citado em Rato, 1998). Estas mudanças vão influenciar a identidade da grávida e podem levar a perda ou confusão do sentido do self, explicando a imprevisibilidade emocional presente na vivência da maternidade (Gruen, 1990).

De acordo com Glover e Kammerer (2004), quando a família é nuclear ou seja, formada por uma só unidade conjugal (marido, mulher, com ou sem filhos) (Demartis, 1999: 138) o modo como um membro do mesmo atravessa a transição para a parentalidade influencia o modo como o outro atravessa essa mesma transição (citado em Figueiredo, 2005). Assim sendo, não é apenas para a mãe que a gestação vai funcionar como um período de preparação para os novos papéis a assumir frente ao bebé e a tudo que ele irá exigir. O casal tem que assumir estes papéis em conjunto. A mãe possui o papel de cuidadora primária e o pai, o de satisfação das necessidades materiais da família, apoiando indirectamente a díade mãe-bebé (Martini, 1999; Levy-Shiff & Israelashvili, 1988, citado por Piccini, 2004) ou seja, o suporte emocional à mulher grávida é também uma importante função atribuída ao pai (Klaus & Kennell, 1992). Por isso, alguns estudos mostram que é particularmente determinante para a saúde mental da grávida a qualidade da sua relação com o companheiro (Matthey *et al.*, 2000; Pajulo, Savonlahti, Sourander, Heleniu & Piha, 2001; Pajulo, Savonlahti, Sourander, Piha, & Heleniu, 2001, citado por Figueiredo, 2005), e a aceitação do bebé pelo companheiro é um factor crucial para o desenvolvimento da relação materna ao bebé.

De acordo com a literatura, a qualidade da relação da mãe com o bebé, é influenciada quer pela percepção da mãe em relação ao seu bebé quer pela percepção da sua capacidade de cuidados para com o bebé (Bastos et al., 2004). Ao tornar-se mãe a mulher adulta tem que passar da rotina bem estabelecida para um contexto imprevisível criado pela criança (Mercer, 1981, citado por Lowdermilk, 2006).

## **1.2 Perspectiva ecológica desenvolvimentista da gravidez**

Pelo exposto, e reportando às tarefas desenvolvimentais da gravidez e puerpério, é essencial uma abordagem desenvolvimental-ecológica da gravidez, pois, se por um lado, esta constitui um período de desenvolvimento para a mulher, a quem é exigido que enfrente

mudanças a diversos níveis; por outro, a qualidade da resolução desta transição desenvolvimental depende de um conjunto de factores a diferentes níveis do seu ecossistema.

Bronfenbrenner e Morris (1998) defendem a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, proposta e actualizada por Bronfenbrenner e Evans (2000). Esta relaciona o desenvolvimento da pessoa a partir dos processos de interacção que estabelece com outras pessoas, objectos e símbolos em diferentes contextos ecológicos, através do tempo, considerando, o desenvolvimento humano através das mudanças e da estabilidade produzida nas características biopsicológicas da pessoa, ao longo da sua vida. Essa concepção vai permitir uma análise da pessoa como um ser activo e dinâmico, que interage com o contexto que vivência, influenciando e sendo influenciada por ele. Segundo esta teoria, a gravidez deve, por isso, ser compreendida através da interacção de quatro núcleos interrelacionados: o processo, a pessoa, o contexto e o tempo.

Para avaliar o ambiente ecológico, Bronfenbrenner e Morris (1998) sugerem a análise de quatro níveis ambientais, denominados como microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema. O microssistema é caracterizado como um contexto no qual são estabelecidas relações e actividades face-a-face e onde operam os processos próximos que produzem, sustentam o desenvolvimento e no qual se assume um papel social. Neste caso, seria constituído pela grávida e respectiva rede directa de apoio, como o companheiro, os pais. Ao longo do ciclo de vida da pessoa, as suas relações ficam mais complexas e outros microssistemas podem fazer parte do ambiente ecológico como os profissionais do centro de saúde que acompanham as grávidas. Esse conjunto de microssistemas forma o mesossistema. O exossistema envolve os ambientes em que a pessoa não participa activamente, mas que desempenham uma influência indirecta sobre o seu desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1979/1996), como, por exemplo, a Direcção Geral da Saúde (DGS), que dita as regras de funcionamento dos centros de saúde. O macrossistema é composto pelo padrão global de ideologias, crenças, valores, religiões, formas de governo, culturas e subculturas presentes no dia-a-dia que influenciam o seu desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1979, 1996).

Nesta óptica, este modelo teórico-metodológico, existe a necessidade de compreender a pessoa, ou seja, a grávida, a sua própria interpretação da realidade e as interacções estabelecidas com o seu ambiente ecológico.

### 1.3 Depressão, ansiedade e parto

Tipicamente, as mulheres expressam preocupações em relação à saúde e desenvolvimento do bebé, mas igualmente em relação ao parto e à própria imagem corporal. Segundo Kitzinger (1996:92), "o trabalho de parto em si não é apenas um acto biológico, mas também um processo social". Por isso, pela emergente evolução tecnológica, importa trabalhar uma maior e melhor compreensão da mulher grávida. Para isso, é necessário saber o que consideram as grávidas sobre o parto e os aspectos culturais que o envolvem para que se possa desmistificar, enquanto um acto natural, contudo, de ansiedade, angústia e dor. Ou seja, o modo como a grávida concebe o parto é também uma dimensão muito importante do seu bem-estar e comportamento em relação a esta experiência, nomeadamente, os seus medos e receios, assim como o tipo de preparação que irá realizar, o local que irá escolher, o recurso ou não a métodos e técnicas de controlo da dor, as pessoas que irá ou não desejar ter presentes, entre outros aspectos. Dado que muito do comportamento da mulher durante o parto é determinado pelo modo como previamente concebe esta experiência, a antecipação da dor e o medo associado ao parto são reconhecidos como algumas das causas que justificam o estado de maior ansiedade que é vulgarmente descrito na grávida (Astbury, 1980, citado por Pacheco, Figueiredo, Costa, Pais, 2005; Cox, 1978, Figueiredo et al., 1982; Kumar & Robson, 1978; Zajidek & Wolking, 1978,)

Neste sentido, a presença de uma rede de apoio efectiva e a qualidade das relações significativas são fundamentais para uma adaptação adequada. (e.g., Ritter e col, 2000; Rubertsson, Waldenstroem, & Wickberg, 2003, citado por Figueiredo, 2005).

Paralelamente a uma ansiedade pré-parto, é frequente surgirem sentimentos de depressão que, poderão ocorrer ainda no período de gravidez ou pós-parto.

A gravidez, como explanado anteriormente, é um dos acontecimentos mais sensíveis e vulneráveis na vida da mulher e do homem, que introduz transformações profundas (emocionais, relacionais, sociais e económicas).

Deste modo, pode dizer-se que a *“concepção e a gravidez desencadeiam na futura mãe uma autêntica “revolução” psicossomática: tanto o seu corpo como o seu funcionamento psíquico sofrem profundas modificações e adaptações, todas elas necessárias para receber o bebé e promover o seu desenvolvimento. Quando nasce um bebé, nascem também uma mãe e um pai.”* (DGS, 2006).

Enquanto período crítico a gravidez pode despoletar, determinados, factores e/ou comportamentos de risco, nomeadamente vivências infantis traumáticas, depressão materna,

violência doméstica, consumo excessivo de álcool, toxicodependência, entre outros, o que poderá comprometer as capacidades parentais e o desenvolvimento da criança. Neste contexto, a promoção da saúde mental é cientificamente comprovada como fundamental no período da gravidez e nos primeiros tempos de vida da criança. Há que por isso, informar os pais sobre a importância do bem-estar da criança e desenvolver estratégias que dêem suporte a competências parentais, que facilitem as relações entre os pais e a criança (Brito, 2009).

*“A consistência e a constância dos cuidados parentais à criança, a adequada interação pais-criança e a vinculação segura da criança aos pais são factores cruciais para o desenvolvimento psíquico e social da criança, com repercussões ao longo de todo o seu ciclo de vida.”* (DGS, 2006)

Neste contexto, a actuação dos profissionais de saúde na promoção da saúde mental implica que sejam desenvolvidos meios de intervenção e acompanhamento mais efectivo e abrangente, designadamente psíquicos e sociais, nos períodos pré e pós-natal não só de forma a promover capacidades como a prevenir comportamentos.

#### **1.4 Educação para a saúde**

Em 1948, quando fundada a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”. Não alterada desde então, esta concepção tem vindo a introduzir novos desenvolvimentos nesta área.

Desde modo, e inalterável é a certeza de que a saúde é um conceito positivo, que visa a preservação da saúde individual e colectiva e a prevenção da doença.

Posteriormente, em 1986, na conferência de Ottawa, a Organização Mundial de Saúde define a promoção da saúde como um processo que permite às populações, exercerem um controlo muito maior sobre a sua saúde e melhorá-la (OMS, 1986).

Este conceito, transversal a cinco áreas primordiais da sociedade vem possibilitar uma visão mais ampla e definir uma articulação mais eficaz para a sua intervenção:

***Governamental:*** prevendo decisões políticas, bem como a legislação;

***Ambiental:*** implicando abordagem sócio – ecológica da saúde através do estudo da inter-relação entre a população e o seu meio;

***Comunitário:*** salientando o ***empowerment***, capacitando e reforçando o poder das comunidades desenvolvendo os seus recursos, implicando a auto-ajuda e suporte social, com

o objectivo da resolução de problemas. Permitindo o acesso continuo à informação bem como de oportunidade aprendizagem sobre a saúde;

**Competências pessoais:** capacitando as pessoas para aprenderem ao longo de toda a vida, partindo do desenvolvimento pessoal e social mediante melhor informação, educação para a saúde e reforço de competências, o que poderá ter lugar, entre outros, na escola e se realizará por diversos organismos, nomeadamente educacionais;

**Reorientação dos serviços:** pressupondo a partilha entre indivíduos, grupos comunitários e profissionais, instituições e governo, bem como a investigação em saúde e introdução de alterações na educação e na formação de profissionais.

Neste contexto, a educação para a saúde surge mais tarde como um instrumento de promoção para a saúde, que é frequentemente associado ao meio escolar visando a sensibilização da população mais jovem para a alteração de comportamentos e adopção de estilos de vida saudáveis.

Contudo, a mudança a que se tem vindo a assistir nos cuidados de saúde primários tem incentivado a introdução da educação para a saúde nos cuidados ao utente, no sentido de uma maior responsabilização do indivíduo pela sua própria saúde.

Pressupondo que, a promoção da saúde melhora tanto a habilidade das pessoas para agir como a capacidade de grupos, organizações e/ ou comunidades para influenciar os determinantes de saúde (estilos de vida, ambiente e sistema de saúde), proporcionando, ainda, vantagens a vários níveis, quer para os indivíduos que beneficiam com uma melhor qualidade de saúde, quer para a comunidade que assim poupa recursos quer humanos quer financeiros, nomeadamente no tratamento de doenças, muitas delas evitáveis, se adoptados comportamentos saudáveis (Oliveira, 2004).

A educação para a saúde é por isso, uma área em expansão e evolução compreendida agora, como parte essencial para alcançar resultados adequados em saúde.

Educação para a saúde pode então ser entendida como “ toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença (...) produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar, pode influenciar ou clarificar valores, pode, proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências e pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e estilos de vida” (Tones & Tilford, 1994).

Nesta área de prevenção, promoção e educação para a saúde a intervenção carece da colaboração de vários profissionais de saúde, frequentemente constituída por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e terapeutas da fala, entre

outros. Para que no âmbito dos conhecimentos, métodos e técnicas específicas, intervenham numa perspectiva holística.

No que concerne à educação para a saúde na gravidez e à assistência pré-natal existente, esta é diferente de país para país, mesmo na União Europeia, de acordo com a cultura, políticas e necessidades detectadas. No entanto, um formato comum a vários países é o de preparação para o parto definido por Ankrett (1992) como um “ (...) programa de sessões educacionais para a mulher grávida e seus companheiros, que encoraja a participação activa no processo de parto.” Esta preparação poder-se-ia iniciar no segundo ou terceiro trimestres, incluindo, ou não sessões teóricas e práticas em grupos de grávidas ou individualmente. Designa-se por preparação psicoprofiláctica para o parto é conhecida como parto sem dor, ou seja, parto preparado e controlado através de ginástica e exercícios para o parto (citado por Ribeiro, 1995) e ministradas por enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica.

Todavia e referido por Bobak e colaboradores (1999) os cuidados obstétricos mudaram drasticamente. As aulas pré – natais tornaram-se uma situação comum e até mesmo uma necessidade.

Actualmente e tendo em conta a sua presença é encorajada a participação do pai da criança na preparação para o parto, e no momento do parto, simultaneamente, as necessidades da mulher inicialmente focadas na promoção do parto natural, evoluem agora para temas mais relacionados com os hábitos de vida, redução da ansiedade, e aspectos relacionados com o auto-cuidado, as acções que cada puérpera tem para cuidar de si mesma durante o período pós-parto; os conhecimentos e as capacidades para assumir os cuidados ao filho (Enkin, 2000 citado por Walker, 2008). Esta nova tendência nos cuidados de saúde assume por isso uma posição diferente, oferecendo aos pacientes a oportunidade de participarem em consultas de saúde focadas num tema comum e partilhada com outros pacientes (Bronson, 2005 citado em Walker, 2008).

Um estudo realizado na Índia relata que as mulheres que receberam cuidados pré-natal eram cerca de quatro vezes mais propensos a participar na assistência ao parto em comparação às mulheres que receberam os baixos níveis dos mesmos cuidados. Embora este estudo divulgue uma realidade cultural diferente da europeia, é importante salientar as condições económicas e sociais que impedem as mulheres de exercerem o seu direito de utilizarem os serviços existentes. Quando as mulheres têm conhecimento sobre os diferentes modos de tratamento têm maior facilidade em insistir nos seus direitos e suas escolhas (Kabakian-Khasholian, 2000.)

### **1.4.1 Psicologia da saúde e Psicologia positiva nos cuidados de saúde primários**

No âmbito da sua intervenção em educação para a saúde e tendo esta cada vez mais uma visão lata e positiva, emerge a Psicologia da saúde que vem definir-se como o agregado de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da psicologia à promoção e à manutenção da saúde, à prevenção e ao tratamento da doença, à identificação de correlatos etiológicos e diagnósticos da saúde e da doença e respectivas disfunções visando ainda a análise e o progresso do sistema de assistência à saúde e o desenvolvimento da política sanitária (Matarazzo, 1980 citado por Marco M.(2003). Ou seja, é o resultado de contribuições específicas de diversas áreas do conhecimento psicológico (psicologia clínica, psicologia comunitária, psicologia social, psicobiologia) tanto para a promoção e manutenção da saúde como para a prevenção e tratamento das doenças (Simon, 1993, citado por Teixeira, 2004: 441).

O seu principal objectivo vai ao encontro da própria definição de saúde em que o fundamental é contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das comunidades utilizando práticas educativas no sentido de capacitação da comunidade para actuar junto dos seus semelhantes, participando também em actividades de humanização dos serviços e através de intervenções psicológicas, trabalhando os factores psicológicos que fortalecem a saúde e que reduzem o risco de adoecer. Podendo, também, contribuir para a redução de internamentos hospitalares, diminuição da utilização de medicamentos e utilização mais adequada dos serviços e recursos de saúde (APA, 2004 a citado por Teixeira, 2004: 442).

Nos cuidados de saúde primários, a psicologia da saúde para além de outras actividades distingue-se em projectos de promoção da saúde e prevenção das doenças em diferentes fases do ciclo de vida, colaborando em actividades de informação e educação para a saúde e d desenvolvimento comunitário promovendo uma abordagem psicológica dos problemas de saúde da comunidade e dos diferentes grupos sociais.

Recentemente os aspectos psicológicos positivos têm sido estudados frente ao processo saúde – doença pelas áreas da psicologia da saúde e também da psicologia positiva (Teixeira, 2004).

A psicologia positiva é então um dos ramos da psicologia que salienta as emoções positivas, forças e virtudes humanas. Dedicase a investigar os estados afectivos positivos como felicidade, bem-estar, contentamento, optimismo, esperança, qualidade de vida, entre outros (Marujo, 2007). O objectivo desta será o de catalisar a mudança de foco da Psicologia:

de uma perspectiva de remediação dos aspectos negativos da vida para uma perspectiva preventiva e promocional, centrada na construção de qualidades positivas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000, citado por Marujo, 2007).

No que respeita às suas contribuições para a psicologia clínica, há que salientar aspectos relacionados com a resiliência devido ao seu envolvimento em processos que procuram compreender a superação de adversidades (Yunes, 2003), bem como às forças no desenvolvimento humano: sabedoria e conhecimento, coragem, amor, justiça e transcendência. Seligman e Peterson (2003) destacam, por exemplo, a atenção à conotação otimista como forma de prevenir a depressão e a ansiedade.

Concretamente no domínio da educação para a saúde e considerando melhorar a qualidade de vida de um grupo específico da comunidade, neste caso grávidas, aborda-se o conceito de qualidade de vida, apesar das suas inúmeras definições.

Segundo Pais Ribeiro (2002; 2004) a “boa qualidade da vida humana” é discutida em muitos contextos (médicos, ciências sociais, filosofia, etc.). E, contextos diferentes tendem a adoptar a expressão qualidade de vida para diferentes propósitos, recorrendo a diferentes formas de avaliação.

Neste caso, e reportando à saúde, esta é também entendida como um sinónimo de qualidade de vida ou seja, segundo Veenhoven, (2000, citado por Pais, 2009), saúde, a par com outros conceitos, alude a “boa vida”.

A multidimensionalidade do conceito era já considerada aquando da definição de Saúde fundadora da OMS. Em 1978 a conferência de Alma-Ata reafirma com firmeza que a saúde, tal como é definida pela OMS, é um direito humano fundamental. A definição coloca também a saúde num contexto alargado de bem-estar humano em geral. É uma definição positiva e, tal como a psicologia positiva, vem expressar uma orientação para os aspectos positivos para substituir a anterior orientação para os aspectos negativos.

Neste contexto e uma vez que a qualidade de vida se baseia em percepções, expectativas, crenças, reacções emocionais, (Ribeiro, 2009), compreende-se a importância de apoio psicológico que desenvolva nas pessoas competências no domínio das variáveis psicológicas associadas à qualidade de vida de modo a promovê-la.

Estudos demonstram que as mulheres optimistas, concebem bebés com peso adequados e saudáveis, enquanto as pessimistas tinham bebés prematuros e de baixo peso (Lobel, et al. (2000). citado por DiPietro, 2002)

Na mesma linha de pensamento, Grande (1982:228) afirma que a qualidade dos cuidados começa na "*...melhoria da qualidade de vida*", sendo que esta melhoria deve começar desde a promoção dos cuidados sob o ponto de vista social.

Bastos e col. (2004) realizaram um estudo sobre o conhecimento do desenvolvimento infantil em mães primíparas de diferentes centros urbanos do Brasil, e verificaram que a escolaridade materna influenciava significativamente o conhecimento que estas mães possuíam sobre o desenvolvimento infantil com repercussão nas práticas parentais e conseqüentemente no desenvolvimento infantil (Courtney et al., 2005; Courtney e Piliavin, 1998; Cook, 1994 citados por Budd et al., 2006).

#### **1.4.2 Educação para a saúde em Portugal**

Em Portugal, a rede de cuidados de saúde primários existente está preparada para acolher a mulher nos períodos da sua gravidez bem como nos primeiros tempos da vida da criança. O acompanhamento é baseado no tipo de consulta. Quando a gravidez é planeada a mulher recorre à unidade funcional de saúde para consultas de planeamento familiar, que depois de engravidar, continuam a ser acompanhadas mas por consultas de saúde materna. Nestas, será feito todo o acompanhamento e vigilância pré-natal adequada, até altura da mulher ser referenciada ao hospital de apoio Perinatal, normalmente, entre as 32 e as 36 semanas, excepto casos de gravidez de risco em que as mulheres são referenciadas logo no início da gravidez para terem uma vigilância maior.

É recomendada a realização de uma consulta mensal até às 32 semanas (DGS, 2005).

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 preconiza cuidados centrados na família e no ciclo de vida, enfatiza a necessidade de fornecer informação aos cidadãos para que possam fazer escolhas esclarecidas, prevê continuar a reforçar a saúde sexual e reprodutiva e a promoção de comportamentos saudáveis durante a gravidez (Ministério da Saúde, 2004).

A própria Lei de Bases da Saúde n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002 de 8 de Novembro, coloca o cidadão com um papel fundamental na promoção da saúde e no desenvolvimento do sistema de saúde que o serve. Sendo a razão de ser de todo o sistema de Saúde, desempenhando cada vez mais um papel activo e influente na melhoria das condições de saúde e da qualidade dos cuidados que lhe são prestados.

O capítulo III, Base XXIV descreve nas suas alíneas as características do SNS, apresentando-se como:

- a. Ser universal quanto à população abrangida;
- b. Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;
- c. Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;
- d. Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados;
- e. Ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.

Partindo deste pressuposto e reforçando a alínea d), é necessário, criar as condições e os mecanismos que potenciem a equidade no acesso e a participação plena em prol da saúde e do desenvolvimento adequado dos serviços.

Presentemente, o Serviço Nacional de Saúde vem, com o Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de Abril, reestruturar a organização dos serviços operativos de saúde pública a nível regional e local, articulando com a organização das administrações regionais de saúde e dos agrupamentos de centros de saúde. Segundo o Decreto, “vem reforçar a capacidade de actuação dos serviços de saúde pública, reforço com reflexos inerentes na sua organização e funcionamento, de modo que a sua intervenção seja mais adaptada a responder aos desafios de uma realidade diferente, mais eficiente no consumo de recursos que são sistematicamente escassos e norteada por critérios de qualidade que permitam satisfazer as necessidades de uma população que se tornou mais informada e exigente (Decreto-Lei n.º 81/2009) ”

A OMS procura assim centralizar a saúde no indivíduo, tomando-o como protagonista nas concepções e promoções de saúde levando em consideração os pontos inerentes a este.

Concretamente no que diz respeito à utente grávida e referindo a protecção social, o Decreto de lei n.º. 194/96 De 16 de Outubro defende a educação para a saúde na gravidez, instituindo que a grávida tem direito a dispensa de trabalho sem perda de direitos nem regalias para consultas pré-natal e preparação para o parto (equiparada a consulta pré-natal) sempre que estas consultas não possam ser frequentadas em horário pós-laboral.

Os cursos de preparação para o parto são sustentados na lei 4/84 de 5 de Abril que alega que estes devem ser parte integrante dos cuidados de saúde. Contudo, só recentemente

se começam a implementar estes cursos nas unidades de saúde e hospitais para que todas as grávidas e eventualmente os seus companheiros possam ter acesso aos mesmos.

Actualmente, os modelos instituídos seguem os estabelecidos a nível europeu, utilizado o método psicoprofiláctico que pretende que a gravidez seja encarada como um processo fisiológico natural dominado por duas vertentes: a vertente psicológica que procura que a mulher grávida adquira conhecimento sobre o mecanismo do controlo da dor. É a profilática, que fornece as informações essenciais para que a mulher enfrente melhor o parto.

São constituídos por aulas de preparação para o parto e devem ser ministrados por enfermeiras especialistas em saúde materna e obstétrica, não dispensando as consultas de rotina de vigilância de gravidez nas Unidades de Saúde.

Muitos autores defendem que se a educação para a saúde começasse antes da concepção, se prolongasse durante a gravidez e continuasse no pós-parto, muitos mais benefícios poderiam advir para o casal.

A educação para a saúde na gravidez surgiu da necessidade dos casais obterem informações sobre como agir durante a gravidez.

Antigamente as mulheres tinham nas outras mulheres os seus referenciais de saber e preparavam-se para o parto com rezas, óleos e promessas cumprindo rituais e tradições, acontecimento que, ainda hoje em algumas culturas se mantém (Bobak et al., 1999).

Assiste-se igualmente a uma tendência de alteração da designação de “preparação para o parto” para a nova terminologia: “preparação para a parentalidade” e a alteração da designação de “cursos” para “programas” (de modo a abarcarem todas as mudanças e ainda a preparação para a maternidade e paternidade.) Assim sendo, “ (...) a parentalidade (do latim *parentâle*) é um processo maturativo que leva a uma reestruturação psico-afectiva permitindo a dois adultos de se tornarem pais, isto é de responder às necessidades físicas, afectivas e psíquicas do (s) seu (s) filho (s).”

É importante que os profissionais de cuidados de saúde acolham de forma empática tanto a grávida como o seu cônjuge, que ouçam as suas dúvidas e receios, lhes reconheçam e valorizem as competências, ao longo da gravidez e primeiros tempos de vida da criança, mantendo sempre acompanhamento contínuo, pois este será dos suportes mais importantes para a família e futuro filho uma vez que assim, salvaguarda o seu desenvolvimento psico-afectivo (Brito, 2009).

O conceito de Saúde Reprodutiva, segundo o Programa de Acção da Conferência Internacional sobre População (Cairo, 1994) implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e que tenham a capacidade de se reproduzir e a liberdade para

decidir como e quando o querem fazer. Considerando-se o direito que homens e mulheres têm de serem informados e terem acesso a métodos de planeamento familiar seguros, eficazes, aceitáveis e exequíveis à sua escolha, bem como acesso a serviços e cuidados de saúde apropriados que capacitem as mulheres para a gravidez e parto e que proporcionem aos casais a melhor maneira de terem filhos saudáveis.

“A evidência científica tem mostrado que a intervenção nos períodos de gravidez e dos primeiros tempos de vida da criança é efectiva para o desenvolvimento psíquico e social da criança, com repercussão na sua saúde mental ao longo de todo o seu ciclo de vida” (DGS, 2005; 23).

As mulheres tendem a seguir melhor os conselhos dados por fontes seguras, como os técnicos de saúde do que a seguir campanhas com as mesmas mensagens. Deste modo, a assistência à mulher em fase pré-natal e ao parto é fundamental à saúde materno-infantil.

É então urgente promover o desenvolvimento de factores protectores de modo a que a intervenção precoce seja possível e assim previna situações problemáticas. Dar à luz um filho continua a ser um dos riscos de saúde mais sérios enfrentados pelas mulheres (United Nations Children’s Fund (UNICEF), 2008).

Neste sentido é essencial acompanhar e trabalhar com as futuras mãe e pais para prevenir uma gravidez sem complicações e garantir uma maternidade tranquila e planeada, bem como, intervenções de suporte às funções parentais.

Os serviços de saúde podem dar um contributo importante para melhorar as condições de saúde dos cidadãos, nomeadamente dos grupos desfavorecidos (The World Bank, 2005).

### **1.4.3 Educação pré-natal no contexto de saúde**

Numa revisão de literatura cujo objectivo era identificar e descrever os últimos estudos empíricos sobre educação para o parto de modo a definir áreas para um estudo mais aprofundado (2002) os autores apontam para algumas deficiências nomeadamente no estudo e avanço de conhecimentos neste campo (Hallgren et al., 1995; Handfield & Bell, 1995; Hart, 1995; Jackson, 1995; Robledo Johnston, 1998). Tal, poder-se-á dever aos diferentes sistemas de cuidados de saúde entre os países e continentes, e as características da estrutura de classes (...). Esta revisão considera que a pesquisa nesta área tem implicações para a investigação dos serviços de saúde em geral.

É importante revelar que até meados dos anos 80 a “educação para o parto” era mais focada no método do parto natural (Bradley, 1965; Dick-Read, 1944; Lamaze, 1970). Por volta

dos anos 90, a literatura é reveladora da procura das mulheres por informação acerca, não só do parto como, do nascimento (Koehn, 1992); bem como de cuidados de enfermagem, a respiração, medicamentos, apoio Slaninka, Galbraith, Strzelecki, & Cockroft, 1996; Stamler, 1998); alimentação, crescimento fetal, desenvolvimento, cuidados com o bebé, (Beger & Beaman, 1996). E desde então os cuidados de saúde primários têm vindo a acompanhar a mudança dos tempos, com a tecnologia a aumentar, e pais expectantes e motivados para assistirem a aulas de educação para o parto (Martell, 2006 citado por Koehn, 2008).

Se o objectivo da educação para o pré-natal é a saúde, então essa é uma área importante de pesquisa para não só promover o valor da educação para a saúde, mas também, profissionais de saúde como educadores para a saúde (Koehn, 2002).

Um outro estudo, publicado, intitulado a *educação pré-natal na percepção de profissionais da saúde*, procura, como o nome indica, descrever e compreender a percepção da mulher contemporânea sobre o papel da educação pré-natal. Estabelecendo que a educação para o parto ajuda a concluir uma etapa importante do desenvolvimento. Contudo, muito pouco é ainda sabido sobre a percepção das mulheres sobre as aulas de educação para o parto (Koehn, 2008).

Segundo Consonni, (2002) um programa multidisciplinar de preparação pode controlar a ansiedade materna e favorecer o parto. A mulher tem que estar preparada para viver a maternidade de uma forma tranquila e equilibrada. O acompanhamento pré-natal e as acções desenvolvidas com o objectivo de promover a saúde materno-infantil desenvolvidas nos serviços de saúde são de extrema importância para a segurança da futura mãe e início do processo educativo na comunidade. Estas aulas têm um papel muito importante para estas mulheres, uma vez que nelas, ganham confiança nas suas capacidades (Koehn, 2008).

Já aqui ficou esclarecido que o modo como a sociedade e o Estado encaram a maternidade, é de extrema importância, debruçamo-nos agora sobre a protecção na parentalidade. Compete ao Estado e à sociedade em geral contribuir decisivamente no processo de crescimento e desenvolvimento dos seus cidadãos, desta forma cabe-lhe igualmente a cooperação efectiva na criação de condições, aos futuros pais e às mães, que lhes permita usufruir do direito à sua realização pessoal.

No nosso país são ainda escassos os recursos e respostas nesta área. Muito embora existam sessões baseadas no método psicoprofiláctico e a ser desenvolvido em algumas unidades de saúde existem também, embora insuficientes, programas grupais de aconselhamento constituídos por acções de acompanhamento e formação comunitária a mães e pais, realizados em instituições educativas, nomeadamente envolvendo mães (pais também,

mas com menos frequência) de crianças provenientes de estabelecimentos educativos (creches, infantários, escolas do ensino básico) de zonas degradadas de Lisboa (Marujo, 1997; 2007), que pretendem valorizar as futuras mães, conferindo-lhes competências no seu futuro papel, onde além da aprendizagem de exercícios facilitadores do parto, são também abordados temas relacionados com a gravidez e a maternidade.

No que concerne a modelos de intervenção, Callias (1994 *citado por* Iwaniec, 1997) salienta que o formato de grupo é o mais utilizado e o mais desenvolvido.

O poder transformador do grupo – como catalisador de mudança – poder-se-á atribuir a uma diversidade de factores, designadamente a normalização da experiência de ansiedade na relação educativa com as crianças, a redução da culpabilidade que daí resulta e a abertura a novas possibilidades, permitidas por uma eventual diminuição do mal-estar. O grupo pode, assim, operar de forma a reduzir a resistência dos pais, além de ser uma importante fonte de suporte social (Sarason, Sarason & Pierce, 1990).

Se a intervenção é feita junto de uma população de nível socioeconómico carenciado, é importante respeitar as suas circunstâncias de vida (nomeadamente, acesso restrito a recursos e apoios, baixa escolaridade, horários inconsistentes, frequentes situações de monoparentalidade). Thompson et al. (1993) refere que a combinação dos formatos individual e de grupo poderá ser positivo, na medida em que as sessões de grupo encorajam o contacto social com outros pais e ajudam a “normalizar” as dúvidas vivenciadas. Por outro lado, as sessões individuais ajudam os pais a desenvolverem as suas interrogações.

Sistematizando as ideias apontadas sobre os formatos de intervenção, podemos concluir que o formato de grupo apresenta algumas vantagens, nomeadamente: revelasse mais eficaz a nível de custos; proporciona maiores possibilidades de apoio social, mediante a partilha de conselhos e ideias; permite aprender com a experiência dos outros; promove a resolução mútua de problemas. Porém, deve ressaltar-se que este formato não é isento de limitações, uma vez que implica um grande dispêndio de tempo na organização e preparação dos materiais e do equipamento necessários; por outro lado, pode tornar mais difícil a disponibilização de uma atenção individualizada, adequada às necessidades dos vários membros do grupo, para assim manter a motivação para a participação na intervenção (Iwaniec, 1995; Wolfe, 1991 *citados por* Iwaniec, 1997).

Segundo Bronson (2005), num atendimento em grupo de 90 minutos, todos estão lá por um motivo comum, resultando de uma utilização mais eficiente do tempo e tema a ser discutido. Existindo mais disponibilidade o que, conseqüentemente aumenta os benefícios para o paciente, bem como a satisfação do profissional (citado em Walker, 2008). Ou seja, a

sensibilização e formação dos profissionais directamente envolvidos no nascimento da criança (nos momentos pré e pós - nascimento), é essencial para que se possam identificar como figuras que promovam a vinculação precoce dos pais com o recém-nascido e proporcionem o apoio de que os progenitores necessitam, tendo em conta as mudanças ocorridas no sistema familiar.

Por fim, é importante salientar um último aspecto que também diz respeito às abordagens metodológicas na intervenção, e que tem a ver com a inclusão da figura paterna na mesma. Desde há já alguns anos que têm surgido inúmeros trabalhos científicos que enfatizam a importância da figura do pai no desenvolvimento da criança (e.g. Lamb, 1976; Parke, 1981/1982). Como já abordado anteriormente.

Conclui-se então que preparação para o ser mãe emerge como suporte fulcral que visa o equilíbrio não só da mulher como protagonista da gravidez e do parto como o próprio profissional de saúde, enquanto meio utilizado pela comunidade para atingir um determinado objectivo: viver uma gravidez saudável e harmoniosa, culminando num parto participado, informado, controlado e exultante por parte da mulher e da sua família.

## **1.5 Definição do problema e objetivos do estudo**

Esta investigação surge então na sequência de uma observação e constatação da necessidade que as mulheres grávidas têm de suporte social, nomeadamente técnico. Não só pelo período vulnerável em que se encontram mas também pelas situações de risco reportadas ao serviço social. Foi então em colaboração com o serviço de Saúde Materna desta unidade que o trabalho foi desenvolvido, visto que esta é a actividade que se destina também ao acompanhamento de grávidas.

No sentido de apoiar e acompanhar a utente grávida a nível psicossocial surge a necessidade de realizar uma avaliação de necessidades, quer das utentes em período de gestação quer dos profissionais de saúde que desempenham funções nos cuidados de saúde primários na área de saúde materna. Basto (1998:23) diz-nos que se "*faz investigação para melhor compreender a realidade ou seja, para aumentar o conhecimento sobre determinado fenómeno*".

O presente estudo tem então como objectivo identificar as necessidades de utentes grávidas numa unidade de cuidados de saúde personalizados relativamente à sua gravidez. Avaliando-se também, a percepção dos profissionais de saúde sobre as necessidades das suas utentes grávidas para que futuramente seja possível a elaboração de um programa de intervenção psicossocial que vá de encontro às necessidades dos beneficiários e colmate as dificuldades dos profissionais para assim contribuir para a melhoria dos cuidados em saúde materna.

### **1.5.1 Caracterização do local da amostra**

Este estudo decorreu principalmente na Unidade de Saúde Cuidados Personalizados de Santo Condestável do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) III- Lisboa Central, onde a autora exerce funções como Assistente Social desde Março de 2008. Sendo esta uma unidade básica do Serviço Nacional de Saúde (SNS) para atendimento e prestação de cuidados primários de saúde à população, esta unidade abrange a área geodemográfica correspondente à freguesia de Santo Condestável, com uma população residente de 17.553 mil habitantes (censo de 2001). Esta unidade funcional de saúde disponibiliza vários serviços na área da saúde para a comunidade: consultas médicas de Clínica Geral/Medicina Familiar; consultas de Psicologia, Saúde Pública, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Saúde Infantil e Saúde Escolar; Serviço Social; Serviços de Enfermagem e um Gabinete de Apoio ao Utente.

A utente grávida no âmbito dos cuidados de saúde primários é acompanhada na consulta de Saúde Materna. Nesta consulta, são feitos exames clínicos e laboratoriais regulares, que permitem avaliar o estado de saúde da mãe e do bebé, ao longo da gravidez e onde são dadas indicações relativamente a regras de alimentação saudável, é incentivado o aleitamento materno, e esclarecidos quais os hábitos a evitar. Nesta consulta é também fornecido um livro – Boletim de Saúde da Grávida – para registo da informação sobre a sua gravidez, e que irá acompanhar a grávida ao longo de toda a gestação.

Em Abril, de 2010 o número total da população grávida na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Santo Condestável era de 47 mulheres, excluindo as mulheres que teriam o seu bebé no mês transacto e no seguinte.

Devido à escassez de recursos humanos entre os profissionais de saúde e há necessidade de compreender o fenómeno em estudo de uma perspectiva multi-informante, após autorização do Director Executivo do ACES III, foram convidados a colaborar nesta investigação profissionais de saúde que a par com o seu trabalho desenvolvido na saúde materna, desenvolvessem nas suas unidades funcionais o curso de preparação para o parto.

## Capítulo II

### 2 MÉTODO

Neste capítulo será apresentado o estudo exploratório sobre a avaliação de necessidades nas utentes grávidas e as necessidades consideradas pelos profissionais de saúde.

Define-se a amostra. Procede-se à descrição do instrumento de recolha de dados e por fim, enunciam-se os procedimentos envolvidos.

#### 2.1 Definição da amostra

A amostra deste estudo é composta por um total de oito mulheres grávidas (n=8), utentes da unidade supracitada, duas mulheres participaram no grupo focal (n=2) e a seis (n=6) foram realizadas entrevistas. No presente estudo foram também entrevistados cinco profissionais de saúde (n=5), nomeadamente Médicos (n = 2) e Enfermeiros (n = 3). Os participantes foram selecionados por amostragem de conveniência, de acordo com os objectivos do estudo e convidados a participar. Todos assinaram um termo de consentimento informado(Ver Anexo A).

##### 2.1.1 Caracterização das utentes grávidas

A média de idades das mulheres grávidas entrevistadas é de 27 anos e o tempo médio de gestação é de 29 semanas e um dia. No que respeita ao estado civil das entrevistadas, três mulheres são casadas, três vivem em união de facto e duas declaram-se solteiras. Todas as participantes têm como país de origem Portugal e nacionalidade Portuguesa. Quanto à escolaridade, quatro das mulheres entrevistadas possui licenciatura ou bacharelato, três têm completo o 1º estágio de educação básica (6ºano) e uma apenas o 2º estágio de educação básica (9ºano). No que toca à situação profissional, cinco participantes encontram-se empregadas no activo. Refere-se apenas uma situação de baixa por risco na gravidez, uma situação de desemprego de curta duração e uma situação em que a participante está a acabar os estudos.

Quatro participantes habitam em casa própria, três em casa arrendada e uma em casa de familiares. Quatro utentes habitam com mais quatro pessoas, uma habita com mais cinco pessoas, uma com mais duas pessoas e uma apenas com o companheiro (ver Tabela 2.).

Tabela 2  
*Caracterização da Amostra de Utentes Grávidas*

Característica	(N=8)
<b>Habilitações literárias</b>	
Sem frequência escolar	0
Educação primária (até 4ª classe)	0
1º Estádio de educação básica (6ºano)	3
2º Estádio de educação básica (9ºano)	1
Educação 2º (12º ano)	0
Educação pós-2º (bacharelato/ Licenciatura)	4
<b>Situação Profissional</b>	
Empregada	5
Desempregada	1
Baixa/licença	1
Reformada	0
Estudante	1
Doméstica	0
Outra	0
<b>Condições Habitacionais</b>	
Casa própria	4
Casa arrendada	3
Casa de familiares	1
Anexo	0

Para a caracterização da população participante neste estudo, foram ainda colocadas seis questões, não explanadas na tabela que fortalecem a contextualização desta amostra, como informações sobre o quarto do bebé, informações direccionadas ao acompanhamento da mulher nos cuidados de saúde primários nomeadamente se fez consulta de planeamento familiar e/ou pré-concepcional, se estava a fazer contracepção quando soube que estava grávida, se foi uma gravidez desejada, se se tem sentido apoiada durante a sua gravidez, por parte de quem sente apoio e quem desejava ter com ela no dia do parto.

Quando questionadas sobre o quarto do bebé, apenas duas futuras mães dizem ter quarto próprio para a criança, as restantes seis não têm. A maior parte das entrevistadas são grávidas primíparas, ou seja, será o seu primeiro parto, não têm mais filhos. No entanto, duas das mulheres grávidas inquiridas têm já três filhos, esperando o quarto, e uma aguarda o seu segundo filho. Relativamente ao número desejado de filhos, quatro mulheres responderam que desejariam dois, uma participante respondeu quatro, uma não respondeu e existindo uma das inquiridas que respondeu dois ou três.

Cinco das participantes afirmam ir à consulta de planeamento familiar e ou/ pré concepcional antes da gravidez, as restante três admitem não o fazerem.

A grande parte das inquiridas (6) confirmaram não estar a fazer concepção quando souberam que estavam grávidas. Neste seguimento, seis das entrevistadas revelam que a gravidez foi desejada pelo casal. Apenas duas das inquiridas não desejavam esta gravidez.

Quando questionadas sobre o apoio que têm tido durante a gravidez, as respostas são unânimes, todas se dizem muito apoiadas. É preciso salientar que esta questão permite várias respostas. Todas as inquiridas se sentem apoiadas pelos seus companheiros, seis também pelos pais, quatro pelos vizinhos, três por colegas de trabalho, cinco por amigos e dois por outros sendo uma familiar e outra os filhos.

Para finalizar foi colocada a questão quem desejava ter consigo no dia do parto ao que seis mulheres e grávidas responderam o companheiro. Uma a irmã e uma a mãe.

### **2.1.2 Caracterização dos profissionais de saúde**

Foram também convidados a participar neste estudo profissionais de saúde directamente envolvidos nesta temática. (ver Tabela 3).

A entrevista foi portanto, realizada a cinco profissionais de saúde do sexo feminino em contexto dos cuidados de saúde primários. A média de idades é de 54 anos, existindo entre as inquiridas duas médicas e três enfermeiras que actualmente trabalham na área da saúde materno infantil. O tempo profissional que estas entrevistadas já possuem é maioritariamente de 20 a 30 anos de serviço, sendo que o tempo profissional nesta área específica da saúde materna é em três das cinco entrevistadas de entre 20 a 30 anos.

Tabela 3

*Caracterização da Amostra de Profissionais de Saúde.*

Característica	(N=5)
<b>Sexo</b>	
Feminino	5
Masculino	0
<b>Grupo Profissional</b>	
Médico	2
Enfermeiro	3
Outro	0
<b>Tempo profissional</b>	
2 a 10 Anos	0
10 a 20 anos	0
20 a 30 anos	3
30 a 40 anos	2
<b>Tempo profissional na saúde materno-infantil</b>	
2 a 10 Anos	0
10 a 20 anos	2
20 a 30 anos	3
30 a 40 anos	0

## 2.2 Instrumento

Foram inicialmente elaborados dois questionários: um para utentes grávidas (ver Anexo B) e outro para profissionais de saúde (ver Anexo C). Ambos visavam a caracterização sócio demográfica da população.

Para recolha de informações optou-se por uma abordagem qualitativa, inicialmente, grupo focal, com o objectivo de permitir uma “discussão devidamente planeada, e desenhada para obter as percepções de um determinado grupo sobre uma área de interesse definida (Krueger (1994, citado por Arsenault e Beedy, 1999) ”, neste caso a gravidez. Foi elaborado

um guião orientador de debate fundamentado na literatura temática composto por seis questões, como condutor do desenvolvimento do tema em questão (Colognese & Mélo, 1998). Concebido do geral para o particular começando por questões que abordam o próprio conceito à volta da gravidez e maternidade seguindo para questões de cariz mais pessoal como as dúvidas que a mulher grávida (a entrevistada em particular) tem ou teve durante o seu período de gestação e termina questionando directamente a mulher sobre a necessidade de formação/informação nesta temática. Estas questões-chave possibilitarão a recolha de informações para alcançar os objectivos propostos. Sendo os registos feitos, caso consentimento informado das participantes para o respectivo envolvimento e para a gravação áudio da entrevista, de acordo com códigos éticos e deontológicos em Psicologia (e.g. APA, 2002; FEAP, 1995).

Este guião foi elaborado com o objectivo compreender as considerações da mulher grávida sobre o seu período de gravidez nomeadamente o conceito de gravidez e maternidade, as dúvidas com que se têm deparado as estratégias que adoptam para lidar com essas dúvidas e qual a necessidade de informação-formação por elas percebida.

Pela falta de comparência de participantes, foi apenas realizado um grupo focal.

Face ao exposto, a entrevista semi-estruturada foi o instrumento utilizado para a restante recolha de dados e análise de conteúdo para avaliação dos resultados. Com base no guião previamente elaborado foi organizado um guião de entrevista. A concepção deste guião contou com duas versões: versão para as utentes grávidas (ver Anexo D) e a versão para os profissionais de saúde (ver Anexo E). Tendo sido também elaborado um guião para os profissionais de saúde que já desempenhavam nas suas Unidades Funcionais de Saúde, cursos de preparação para o parto (Ver Anexo F).

A utilização da entrevista justifica-se por ser “um método de que consiste em conversas orais, individuais ou de grupos, com várias pessoas seleccionadas cuidadosamente, cujo grau de pertinência, validade e fiabilidade é analisado na perspectiva dos objectivos da recolha de informações” (Ketele, 1999: 18).

### **2.3 Procedimento**

Uma vez inserida numa unidade de Cuidados de Saúde Personalizados cujo seu objectivo é prestar cuidados de saúde primários à comunidade e tendo cada vez mais contacto com a população grávida acompanhada nesta unidade. Foi solicitado à coordenação desta unidade funcional de saúde, a colaboração na recolha de dados. Esta foi de imediato aceite

com a combinação de uma revelação dos resultados. Foi igualmente solicitada autorização à direcção executiva do ACES III-Lisboa Central para a realização do trabalho nas suas unidades funcionais de saúde e com a colaboração dos profissionais de saúde que nelas desempenham funções. Após a aprovação da proposta, foi feito, em colaboração com a enfermeira de Saúde obstétrica, o levantamento do número de utentes grávidas em acompanhamento na consulta de saúde materna. Foram identificadas 47 utentes grávidas que atendiam aos objectivos do estudo e aos critérios de inclusão da amostra.

As utentes foram contactadas telefonicamente. Nesse contacto eram apresentados os objectivos da pesquisa e, de seguida, convidadas a participar num grupo de discussão. Sendo também informadas sobre a garantia de anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos. Esta primeira abordagem foi bastante satisfatória, tendo tido uma boa receptividade por parte da população alvo. Desse contacto inicial aceitaram participar no estudo 20 utentes. Ficou esclarecido que no mês de Maio seriam contactadas novamente com data e horário definido para a realização destas sessões.

Juntamente com a enfermeira e a psicóloga da unidade foram definidas duas datas e horário para que em cada sessão uma pudesse colaborar como observadora. No início de mês de Maio foram novamente feitos os contactos, agora com data, local e horário definidos, e de acordo com a disponibilidade as utentes uma das duas sessões previstas. Apenas se realizou a primeira sessão onde compareceram duas participantes às quais pela sua disponibilidade e presença foi proposto a realização da sessão e consentida a sua gravação.

Perante este constrangimento tomou-se a decisão de alterar a metodologia, optando-se pela entrevista individual. Para esta entrevista, as utentes foram contactadas directamente na consulta de seguimento e acompanhamento da grávida pela enfermeira e entrevistadas enquanto aguardavam a consulta com a médica assistente. No início da entrevista, todos os participantes foram novamente informados do objectivo da investigação e foi-lhes solicitado o consentimento para a realização e gravação áudio da mesma. Foi-lhes ainda pedido que preenchessem um questionário para posterior caracterização sócio-demográfica da população participante.

A recolha de dados decorreu entre Maio e Setembro de 2010.

O presente trabalho é um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa que prioriza a recolha de informação em ambiente natural, no próprio local da consulta, fonte directa de dados, sendo o pesquisador o instrumento-chave (Bogdan, citado por Triviños, 1995:128). Baseado na abordagem científica do método dedutivo, este estudo procura

transformar em particulares enunciados complexos, generalizando as conclusões por meio de uma teoria geral.

A unidade temática “gravidez” norteou a análise e definiu as categorias, sendo as subcategorias definidas posteriormente com base nas respostas dos sujeitos de pesquisa.

Foram constituídas categorias de análise definidas para as entrevistas com as utentes grávidas, constituída uma versão dessas categorias para a entrevista aos profissionais de saúde e criadas categorias para as duas profissionais de saúde que também desenvolvem um curso de preparação para o parto na sua unidade de saúde. O conteúdo foi organizado e analisado em subcategorias.

Análise de conteúdo é assim realizada entendendo que esta “oscila entre os dois pólos do rigor da objectividade e da fecundidade da subjectividade” (Bardin, 2009).

## Capítulo III

### 3 RESULTADOS

Neste ponto será apresentada a análise dos dados recolhidos nas entrevistas junto das utentes grávidas e dos profissionais de saúde. As respostas foram, organizadas em categorias e subcategorias de análise.

#### 3.1 Resultados da entrevista com as utentes grávidas

A primeira questão e categoria *Qual o primeiro pensamento quando soube que estava grávida?* pretendeu compreender qual a reacção da utente face à notícia de gravidez.

Como é possível constatar pelas unidades de análise da Tabela 4, as respostas obtidas das mulheres grávidas entrevistadas, constituíram-se em cinco subcategorias. Na subcategoria *positivo* inseriram-se as respostas em que o primeiro pensamento da gravidez se associa a algo de positivo, uma boa sensação, de “*felicidade*” e “*grande alegria*”. Na subcategoria *confusão*, colocaram-se as respostas das utentes que descreveram a notícia como uma “*Miscelânea de pensamentos*”, um sentimento de certa confusão, “e agora?”.

Nesta questão estiveram também presentes na subcategoria *receio*, o medo e aflição associados a um primeiro pensamento. A *resignação* foi igualmente considerada como subcategoria, bem como o *aborto*, “*pensei no aborto por não ter vida própria*”.

Tabela 4

*Apresentações de Subcategorias Resultantes da Resposta de Utentes Grávidas à Questão - Primeiro Pensamento quando soube que estava Grávida?*

Respostas	Subcategorias	N=8
“Felicidade”		
“Muito positivo”		4
“Não há palavras para definir”	Positivo	
“Feliz”		
“Fui eu que mandei vir, por isso (...)”		
“Grande alegria”		
“Fiquei assim eufórica, com o coração a bater a mil”		
Pensei no Aborto por não ter vida própria	Aborto	1
“Miscelânea de pensamentos”		2
“Confusa”	Confusão	
“E agora, e agora como vai ser, vou engordar, foi um bocado...”		
“Foi deixar seguir o que tivesse que ser”	Resignação	2
“Um pouco aflita. (...) Impacto porque não estava à espera de ser mãe novamente tão cedo, sem reacção para pensar”	Receio	2
“Apesar de querer muito engravidas, é sempre aquele medo”		

Quando apresentada a segunda pergunta, *o que significa para si ser mãe?* É uma categoria que procura identificar as expectativas com que aquela mulher grávida encara a sua gravidez, planeada ou não e define a maternidade.

As respostas das entrevistadas permitiram a construção de nove subcategorias, destacando-se a maternidade com a subcategoria *algo de positivo* como “*Coisa melhor que pode acontecer*”, a “*Coisa mais bonita que existe*”. Sendo que as subcategorias *projecto, segurança, recompensa, sinceridade, relação, educação e libertação e múltiplos significados*, são também utilizados para definir o significado de maternidade, como retorquiou uma entrevistada “*tem montes de significados a palavra ser mãe*” (Tabela 5).

Tabela 5

*Apresentações de Subcategorias Resultantes da Resposta de Utentes Grávidas à Questão - O que significa para si ser mãe?*

Respostas	Subcategorias	N=8
“É o melhor projecto da nossa vida”	Projecto	3
“A nossa missão aqui”		
“Ter alguém a quem cuidar e proteger”	Segurança	1
“Protecção”		
“Recompensa”	Recompensa	2
“Gratificante”		
“Mágico”	Algo de positivo	4
“Bom, muito bom”		
“Alegria”		
“Coisa mais bonita que existe”		
“Sinceridade”	Sinceridade	
“Companheirismo”	Relação	2
“Amizade”		
“Vou começar do princípio”		
“Educação”	Educação	2
“Significa ter alguém a quem educar”		
Libertação	Libertação	1
Tem montes de significados a palavra ser mãe	Múltiplos significados	1

A questão relacionada às dúvidas sentidas durante o tempo de gravidez é pertinente, tendo em conta os objectivos do estudo. Como podemos constatar na Tabela 6, as respostas obtidas podem ser organizadas em subcategorias como: *alterações físicas, alterações psicológicas, gestação, parto e futuro*. Ou seja, assistiu-se à presença de dúvidas associadas ao aumento de peso, mas também a questões da própria gravidez, como a “*depressão pós parto*”, “*mal formações*” e, dúvidas com o futuro do bebé - “*Se saberei dar uma estrutura psicoemocional e social equilibrada*”, são apontadas pelas entrevistadas.

Tabela 6

*Apresentações de Subcategorias Resultantes da Resposta de Utentes Grávidas à Questão - Com que dúvidas se confrontam durante o tempo de gravidez?*

Respostas	Subcategorias	N=8
“Mudanças a nível do corpo (o corpo muda muito)”		1
“Recuperação física será fácil”	Alterações Físicas	
“Engordar”		
“Relação com o corpo”		
“Nível psicológico – “já não tinha paciência para os meus filhos”		2
“Se terei depressão pós parto”	Alterações Psicológicas	
“ Questão de estarmos em constante montanha russa”		
“ Muitas (por situações pessoais) Se o bebé está bem, o tamanho do bebé”	Gestação	3
“ Mal formação”		
“ Fase de ansiedade para o parto – pode Ser medo ou ansiedade para ver o bebé”	Parto	2
“Parto - tento não pensar”		
“Se saberei dar uma estrutura psicoemocional e social equilibrada”		4
“As duvidas são mais quando ela nascer”	Futuro	
“ Saberei cuidar do bebé, educa-lo (...)”		
“Dúvidas surgirão depois de o bebé nascer, como se vai relacionar com a irmã (outro filho) ”		
“A parte do crescimento é a que me preocupa mais, este mundo não está fácil”		

A questão número quatro indagava as entrevistadas sobre estratégias por elas adoptadas na resolução destas dúvidas ao longo da gravidez. Esta categoria procurava identificar as estratégias de acção e aquisição de conhecimentos perante as suas preocupações.

As subcategorias distinguidas revelaram que os recursos utilizados são bastante diversificados (ver Tabela 7.). Destacou-se a subcategoria *profissionais de saúde* em que as

utentes entrevistadas afirmam recorrer a médicos, enfermeiras, psicólogos, estando presente também a *família* como subcategoria, enunciando as pessoas mais próximas do círculo familiar a quem recorrem, ou mesmo optar por momentos de *lazer*, definindo esta subcategoria como distração, nomeadamente e como referido por uma das inquiridas: “*Faço ponto cruz*” ou “*Ando com a minha irmã para me distrair*”.

Surgiram ainda as subcategorias *pesquisa e formação pois na realidade estas mulheres procuram responder às suas dúvidas nem que seja através da leitura de “revistas”* ou pesquisa na “*internet*” existindo ainda, para quem tem essa possibilidade, “*cursos de preparação pré – parental*” em instituições

Tabela 7

*Apresentações de Subcategorias Resultantes da Resposta de Utentes Grávidas à Questão - Que estratégias adoptam para lidar com essas dúvidas?*

Respostas	Subcategorias	N=8
“Apontar as duvida e esclarecer quando venho ao médico”	Profissionais de saúde	7
“Recorrer à psicóloga”		
“Falar com a enfermeira”		
“Falar com o médico”		
“Ouvir 2ª opinião (acompanhamento médico) ”		
“Falar com a irmã”	Família	2
“Falar com o marido (que já tem filhos) ”		
“Falar com a família”		
“Vou até ao jardim”	Lazer	2
“Ando com a minha irmã para me distrair”		
“Faço ponto cruz”		
“Sites – Internet”	Pesquisa	2
“Ler revistas”		
Estou a fazer um curso pré-parto”	Formação	2

Quando colocada a questão sobre a pertinência de formação e temas sugeridos para formações futuras, o objectivo era perceber quais os temas específicos que as participantes gostariam de ver abordados no decorrer da sua gestação, independentemente das suas dúvidas.

A resposta a esta questão foi unânime, todas as mulher grávidas inquiridas consideraram importante e quando indagadas sobre os temas que gostariam de ver trabalhados nestas formações, a informação colectada foi diversa como apresentado na Tabela 8, agrupando-se essencialmente em seis subcategorias das quais se destacam o *futuro, saúde psicológica, relação, papel do pai, saúde física e questões jurídicas e sociais*, distintos pela abordagem específica de cada um.

A temática sobre o futuro evidencia uma preocupação com o que realmente vai acontecer quando bebé nascer.

As questões de saúde psicológica são focadas em mudanças pisco – emocionais e hormonais da gravidez, explorar o conceito de maternidade, seguidamente a relação surge como temática relevante a exploração do mundo dos afectos e das relações, nomeadamente as relações com o companheiro.

Questões de saúde física, mais específicas prendem-se com temas como a alimentação, os cuidados a ter na gravidez, a preparação para o parto, o acompanhamento, os exames específicos. E uma área para de questões jurídicas e sociais em que as questões rodeiam a informação sobre os direitos e deveres da grávida bem como o problema emergente das estruturas sociais (berçários/ creches) disponíveis e a preço acessível. Uma das grávidas entrevistadas comentou “*ter que mentir sobre a sua situação para ter vaga na creche,*” acessível a nível económico e de proximidade.

Uma das mulheres grávidas entrevistada sugeriu uma formação que particularmente abordasse os “*pontos que provocam ansiedade*” sendo estruturada da seguinte forma: “*primeiro o – antes, quando a pessoa toma a consciência de que está grávida; decide ir para a frente; existe uma alteração que vai ser até ao fim da vida; fase da amamentação – quando o bebé vier*”.

Tabela 8  
*Apresentações de Subcategorias Resultantes da Resposta de Utentes Grávidas à Questão - Temas sugeridos para acções de formação durante a gravidez?*

Respostas	Subcategorias	N=8
“Alertar para o que poderá ser – ser mãe – vantagens no sentido pessoal, projecção para o futuro, o que podem ser os dias”	Futuro	3
“Dificuldades das mães serem mães pela primeira vez”		
“Como cuidar de um recém-nascido”		

<p>“ Um perfil psicológico (o que pode acontecer) – alterações de humor”</p> <p>“ Alterações emocionais”</p> <p>“ Dificuldade em ser mãe pela 1ª vez”</p> <p>“Devia existir para ajudar psicologicamente”</p>	<p>Saúde psicológica</p>	<p>3</p>
<p>“ Como lidar com familiares e outros (em gravidez indesejada) ”</p> <p>“ Relação do casal”</p> <p>“ Relação sexual do casal”</p>	<p>Relação</p>	<p>2</p>
<p>“ Papel do pai na gravidez como depois”</p>	<p>Papel do pai</p>	<p>1</p>
<p>“No corpo não sobrevalorizar”</p> <p>“ Tipos de testes ou exames clínicos a fazer”</p> <p>“ Mudanças físicas – aprender a viver com elas”</p> <p>“Apneia do sono – serei capaz de ouvir o bebé”</p> <p>“Que logística clínica”</p> <p>“Quem nos acompanha”</p> <p>“ O parto e depois”</p> <p>“ A amamentação (horas, intervalos,) quando amamentar ou não”</p> <p>“O que podemos esperar”</p> <p>“Tipos de parto possível “</p> <p>“Células estaminais”</p> <p>“Sono”</p> <p>“A alimentação correcta”</p> <p>“Risco na gravidez”</p> <p>“Toxoplasmose”</p> <p>“Como cuidar de um recém-nascido”</p>	<p>Saúde Física</p>	<p>4</p>
<p>“sobre as leis – direitos da criança”</p> <p>“Creches - berçários”</p> <p>“Eu requeri o abono pré natal, eu não fazia ideia que ele existia”</p> <p>“Parte legislativa e burocrática”</p>	<p>Questões jurídicas e sociais</p>	<p>2</p>

Esta questão procurava também perceber qual o horário e formato desejado neste tipo de sessões. Tendo sido, por todas as entrevistadas, referido o horário pós-laboral, mesmo pelas entrevistadas que se encontravam de baixa ou desempregadas.

Quanto à proposta do tipo de sessões, foram sugeridos “*núcleos de formação*” com “*Acções progressivas – temas de acordo com o tempo de gestação*”, “*abertos não só a mães ou grávidas, mas mulheres que desejem engravidar*” sendo também referido “*Criar um núcleo de mulheres que vão dar à luz no mesmo mês*”.

Por ultimo, foi colocada a questão dúvidas que gostaria mas tem vergonha de perguntar ao seu médico sendo que todas as mulheres grávidas entrevistadas se mostraram bastante confiantes respondendo que as perguntas eram todas devidamente colocadas - “*Não tenho problemas com isso*”.

### **3.2 Resultados da entrevista com profissionais de saúde entrevistados**

A primeira questão, *Qual o primeiro pensamento de uma mulher quando sabe que está grávida?* Pretende compreender quais as considerações feitas pelos profissionais de saúde sobre a suas utente grávida. De carácter muito abrangente, esta questão é tida pelos profissionais de saúde com alguma reserva embora nos inquiridos exista a noção de que é um “*pensamento muito variado*” e que “*depende muito do contexto*”; “*depende da idade, da relação, depende do projecto profissional, estou-me a lembrar das minhas, os antecedentes, as gravidezes que correram mal ou filhos deficientes*”. Contudo, e no final, os profissionais de saúde entrevistados acreditam que o sentimento que o saber que está grávida despoleta na mulher é de felicidade e alegria – a “*concretização de um sonho*”.

Já a questão seguinte, representada na Tabela 9, em que se pretende a perspectiva do profissional de saúde sobre o que é para a utente a maternidade é mais difícil de agrupar em subcategorias, sendo bastante diversas as respostas recolhidas.

Este conceito de maternidade segundo os profissionais de saúde entrevistados é tão, senão mais abrangente que o conceito de gravidez para utente grávida. Surgindo seis subcategorias: *variável, tipo de gravidez, grávida primípara, medo, feliz, social/normativo* – “*Para mim maternidade não é bem ser mãe.*” No entanto e embora a sua multidimensionalidade, maternidade – “*geralmente é vista como sonho, mesmo com um mau marido pode ser a salvação de um casamento ou relação*”.

Tabela 9

*Apresentações de Subcategorias Resultantes da Resposta de Profissionais de Saúde à Questão – O significado que as utentes atribuem à maternidade?*

Respostas	Subcategorias	N=5
“Depende do contexto”	Variável	2
“Variável”		
“Contexto económico ou social”		
“Tipo de gravidez (planeada, desejada em casal ou pela própria)”	Tipo de gravidez	1
“Processo construído na altura”		
“Se a mulher tem ou não mais filhos”	Grávida primípara	1
“Qualquer coisa de diferente”	Medo	1
“Momento assustador com muitas dúvidas e receios”		
“Luz enorme de alegria”	Feliz	3
“Concretização de um sonho”		
“Muito afecto”		
“Mágico”		
“Sinto às vezes que é uma obrigação social, como é o casar”	Social / Normativo	1
“Era mesmo o que faltava”		
“Pode ser a reprodução de um modelo”		

Quando se questionam os profissionais de saúde sobre as dúvidas que estes consideram que a utente grávida tem durante o período de gravidez, procura-se compreender como os profissionais de saúde entendem as dúvidas das suas utentes grávidas para uma análise comparativa dos resultados obtidos.

Nesta questão os temas obtidos são os mais diversos (ver Tabela 10), permitindo a definição de diversas subcategorias nomeadamente *crenças, protecção social, contexto socioeconómico, aceitação, saúde física, parto, ansiedade, relação, idealização, família, futuro, papel do pai e saúde psicológica*.

Existindo profissionais para quem – “*as dúvidas dependem muito da idade gestacional e do trimestre*”, e “*3 meses passados podem ser vividos com muita ansiedade, vai-não-vai*”.

No entanto, há quem defenda: *“Receios tem que haver, stress e ansiedade tem que haver. Mas tudo q.b. (quanto baste)”*.

O parto é *“muito ligado a dor e medo. E morte da mãe e feto.”*

A relação é uma das subcategorias que se destaca sendo um tema muito específico e sublinhado pelos profissionais como uma das maiores dúvidas que estas mulheres grávidas expressam (e/ ou não) na consulta, nomeadamente sobre as relações intra-casal. – *“Não sendo doença, é uma fase complicada, preciso muito suporte. É uma situação exigente física e psicologicamente.” É importante salientar que, “por mais fantásticas que são as mulheres vêm-se muito a braços com uma criança pequena. Todas querem mimos”*.

Uma das profissionais entrevistadas mencionou e fez a análise ao reflexo de tudo o que se está a passar a nível social dizendo das suas grávidas: *“dúvidas do futuro são tanta, o estado de pressão social é tal. Não mendigam cuidados de saúde, e são críticas”*.

Tabela 10

*Apresentações de Subcategorias Resultantes da Resposta de Profissionais de Saúde à Questão - Dúvidas mais percebidas que a grávida tem durante o tempo de gravidez*

Respostas	Subcategorias	N=5
“Crenças - porque Deus quis”	Crenças	1
“Muitos preconceitos muitas ideias erradas, muitas coisas que vêm de trás da infância, coisas que ouviram às mulheres na família.”		
“Dúvidas sociais /local onde pôr as crianças – infantários”	Protecção social	2
“Dificuldades económicas”	Contexto	1
“Pode existir stress por outros níveis, vou ficar sem emprego?”	Socioeconómico	
“É mesmo isso que a pessoa quer”	Aceitação	1
“Alteração da fisiologia da mulher”	Saúde Física	4
“Como corpo, pode implicar no outro”		
“A alimentação”		
“Em relação ao próprio corpo, se vão ficar muito deformadas, as estrias Aumento do peso”		
“Aumento do volume da mama”		

“Doenças: toxoplasmose; Citomegalovirus; Rubéola; Hepatite Sida”		
“Receio do parto – o momento do parto” - “Parto/pós parto”	Parto	3
“O parto é muito ligado a dor e medo. E morte da mãe e feto.”		
“Stress e ansiedade tem que haver. Mas tudo q.b.”	Ansiedade	2
“Relacionais”		2
“A nível sexual (se pode ou não ter relações) ”	Relação	
“O companheiro se vai deixar de gostar porque fico gorda”		
“Como vai ser depois a relação”		
“depende também se a grávida tem o apoio do companheiro”		
“Trabalhar a idealização (diferença entre a idealização e a realidade) ”	Idealização	1
“Ciclo de vida de Duvall – a família”	Família	2
“Depois do parto como a vida vai mudar”	Futuro	1
“Como o meu companheiro vai ser como pai? “	Papel de pai	1
“Baby blues”	Saúde	3
“Psicológica tem mto a ver, a morte está muito patente, a relação e duvidadas se vão ser capazes”	psicológica	

No que concerne às estratégias que os profissionais consideram que as suas utentes grávidas adoptam para lidarem e/ou resolverem as suas dúvidas, é consensual reconhecerem que estas mulheres procuram muito os serviços de saúde, sejam os médicos, enfermeiros, o serviço social ou até mesmo o encaminhamento para o serviço de psicologia.

Sendo uma questão em que as subcategorias são menos diversificadas, distinguindo-se quatro grupos: *ajuda profissional, rede social, Internet e formação* (ver Tabela 11). Referindo ainda que “*Hoje em dia com a internet à muita informação e as mulheres mais esclarecidas*

*já recorrem, a essa informação” e admitido também o recurso “à farmácia, (...) a uma amiga ou vizinha”*

Tabela 11

*Apresentações de Subcategorias Resultantes da Resposta de Profissionais de Saúde à Questão -Estratégias que percebem que as utentes adoptam para lidar com as suas dúvidas*

Respostas	Subcategorias	N=5
“Apoiam-se nas enfermeiras, nos médicos”		3
“Procuram o serviço social”		
“ Nós (médicos) quando nos apercebemos também encaminhamos para a psicóloga”	Ajuda profissional	
“Procuram os serviços de apoio”		
“Quando não querem a gravidez também temos que apoiar-las neste aspecto”		
“ (...) Ou vem pedir ajuda ao Centro de Saúde e encontra-se ou vai à farmácia”		
“ (...) Ou vizinha”	Rede Social	2
“Hoje em dia com a Internet há muita informação e as mulheres mais esclarecidas já recorrem, a essa informação”	Internet	1
“a preparação para o parto ou para o nascimento tem ajudado muito este grupo de grávidas”	Formação	1

Curiosamente os profissionais de saúde são também consensuais no que respeita à pertinência destas sessões de formação, apelando a um acompanhamento a nível psicossocial como meio complementar ao seu seguimento (da mulher grávida) em consulta de saúde materna. *“Eu acho que pode ser muito complementar o haver formação e acções sobre outros profissionais (...) e agora que falou nisso acho que vou passar a pedir colaboração cá no Centro de Saúde”*.

Na questão cinco - *temas sugeridos para a realização de acção de formação durante a gravidez*, os temas, como apresentados na Tabela 12, dividem-se em subcategorias dada a sua multiplicidade, designadamente a idealização, a família, a depressão pós-parto, gravidez na adolescência, outras culturas, papel do companheiro e saúde física. Os temas pertinentes passam muito pela relação, *“a sexualidade do casal e vivência a dois com um recém-nascido*

*em casa*. Sobressaindo as necessidades de formação apontadas, o envolvimento do “ *parceiro não só para apoiar a companheira mas para ele próprio se preparar para o parto*” e também, de extrema relevância - “ *trabalhar a idealização como “diferença entre a idealização e a realidade*”.

A depressão pós-parto é apresentada com um cariz preventivo, para a promoção da saúde mental.

No que respeita à área da saúde física, tendo sido inclusive sugerido algumas temáticas serem mesmo realizadas por profissionais médicos, para além das mais comuns como a alimentação, sono, cuidar do recém-nascido e o aleitamento materno.

Salienta-se a situação familiar (cônjuges primos ou familiares) ou seja bebés fruto de relacionamento entre familiares para que seja possível identificar futuras complicações genéticas.

Tabela 12

*Apresentações de Subcategorias Resultantes da Resposta de Profissionais de Saúde à Questão -Temas sugeridos para a realização de acção de formação durante a gravidez*

Respostas	Subcategorias	N=5
“Trabalhar a idealização (diferença entre a idealização e a realidade) ”	Idealização	1
“Ciclo de vida de Duvall – a família”	Família	3
“Depressão pós parto”		1
“Baby blues”	Depressão pós parto	
“Gravidez na adolescência”	Gravidez na adolescência	1
“Vivência em casal e a sexualidade do casal”		2
“Relação a dois com um recém-nascido em casa”		
“Depois do parto como a vida vai mudar”	Relação	
“Nível relacional”		
“Abordar como outras culturas vivem esse momento”.	Outras culturas	1
“Envolver o parceiro não só para apoiar a companheira mas para ele próprio se preparar	Papel do companheiro	2

---

para o parto”

---

“Incompatibilidade Rh, pré eclampsia, diabetes gestacional, toxoplasmose, rubéola, varicela, diagnóstico pré natal”	Saúde Física	2
“Situação familiar (cônjuges primos ou familiares) ”		
“Anti – concepção nos pós parto”		
“A alimentação”		
Sono de recém-nascido – como lidar com isso”		
“Cólica do recém-nascido”		

---

A sexta e última questão leva os profissionais de saúde a admitirem que sentem que nem sempre as suas grávidas expõem todas as dúvidas existentes, nomeadamente no que concerne a questões de ordem sexual e de afectos e que por vezes, têm *“vergonha de perguntar coisas tão corriqueiras como a alimentação por acharem já dever saber.”*

### **3.3 Entrevista a profissionais de saúde que desenvolvem na sua Unidade de Saúde Funcional, formações na preparação para o parto**

Quando entrevistados os profissionais de saúde de outra unidade foi tido em conta o trabalho já desenvolvido neste âmbito. Neste sentido, duas profissionais de saúde, enfermeiras, que participaram na entrevista aos profissionais de saúde, foram também auscultadas sobre os projectos que desenvolviam nas suas unidades, nomeadamente de preparação para o parto, bem como o sucesso e pertinência dos mesmos.

Quando indagadas sobre o tipo de trabalho que desenvolvem com as utentes Grávidas, definem-se então quatro subcategorias: a consulta de enfermagem, preparação para o parto, apoio no pós-parto e atendimento para jovens.

Na segunda questão *como foi elaborado o projecto do curso de preparação para o parto?* Em ambas as situações e embora previsto na lei, foi uma necessidade sentida por estas profissionais de saúde que apresentaram a proposta superiormente. *“ Era uma coisa em falta em relação às grávidas do Centro de saúde, sobretudo porque há muitas que não podem pagar”*.

A terceira questão *Como começou e como é constituída a equipa?* Embora em unidades funcionas de saúde diferentes, a constituição da equipa é igualmente concordante, não existe equipa, a preparação para o parto é dada apenas pela enfermeira. Todavia, pontualmente outros profissionais de saúde são convidados a colaborar. *“De vez enquanto há colegas meus que fazem uma apresentação sobre um determinado tema, conforme.”*

No que respeita ao tempo em que este projecto é desenvolvido, foi relatado por uma das entrevistadas como *“foi uma ideia que tive há 8 anos”*.

Relativamente ao horário em que é desenvolvido o curso de preparação para o parto, numa das unidades de saúde, embora o horário oficial seja fixo, a enfermeira relatou que é sempre possível adaptar-se *“conforme a disponibilidade”*. Nesta subcategoria foi ainda destacado o horário pós-laboral pela unidade que desenvolve a preparação para o parto em sessões diferenciadas para casais.

No que concerne à duração destas sessões, foi esclarecido que *“2 a 3 horas semanais em sessões de hora e meia”*.

O grau de adesão a estes cursos por parte das utentes foi a sexta questão colocada e em ambas as unidades as enfermeiras podem dizer que têm bastante adesão a *“aceitação é 100%, todas as grávidas ficam muito satisfeitas quando percebem que, no centro de saúde há aulas de o preparação”, “ (...) estão sempre a entrar grávidas novas estão sempre umas a sair para área da recuperação e outras a entrar para a preparação (...) por vezes nem tenho vagas.”*

Para finalizar esta entrevista foi colocada a estas profissionais a questão de quantas participantes tinha o curso. Numa unidade o grupo era constituído apenas por seis pessoas por limitação de espaço físico, e na outra unidade o grupo perfazia o total de 12 participantes.

### **3.4 Discussão de resultados**

Após apresentados os resultados é necessário fazer uma reflexão crítica dos mesmos. Prossegue-se então com uma sumarização e discussão dos resultados onde se procura analisar e discutir os mesmos para que com base nestes seja possível propor linhas orientadoras para o desenvolvimento de programas de intervenção psicossocial para grávidas na unidade de cuidados de saúde primários. Neste ponto são também referidas as limitações do estudo.

Antes da discussão, é importante salientar que a análise e discussão das entrevistas, é realizada à luz de duas perspectivas, de um lado, a perspectiva de um profissional de saúde

sobre a temática/problemática do seu utente, do outro, a percepção que o utente, neste caso a utente grávida tem da sua situação e poder comparar as necessidades sentidas por ambos.

Tanto as grávidas como os profissionais de saúde associaram o primeiro pensamento da grávida a algo de positivo, tal concordância poderá ser justificada em parte por todas as profissionais e saúde entrevistadas serem do sexo feminino e também elas, mães. Existindo de facto, quando entrevistadas, a relação com a situação já vivenciada. Embora as profissionais entrevistadas concluam que é uma questão muito ampla e que depende muito do contexto psicossocial e económico da mulher. Nesse sentido, têm dificuldade em fazer afirmações generalizáveis, já que cada gravidez é influenciada por características contextuais específicas (Colman, 1994).

Constatou-se que, embora o primeiro pensamento tenda a ser positivo, o desenvolvimento das entrevistas revelou que acabam por ser uma “*miscelânea de pensamentos*” como referia uma das grávidas entrevistadas e vindo de encontro ao que tem sido descrito na literatura sobre a gravidez, como um dos processos mais transformadores na vida de uma mulher, no qual ocorrem, para além de, alterações físicas, mudanças a nível psicológico e social.

No que respeita o conceito de maternidade todas as participantes, mulheres grávidas e profissionais de saúde apresentam dificuldades na sua definição. Para os profissionais de saúde por ser um conceito “*variável*”, construído na altura e com base no contexto económico e/ou social da mulher. É ainda de realçar que uma das profissionais de saúde ao definir o que é para a sua utente o ser mãe, desabafou ainda, “*sinto às vezes que é uma obrigação social, como o casar*”. A definição mais assinalada pelas entrevistadas grávidas foi algo de positivo como “*bom, muito bom*” “*mágico*”.

As dúvidas que as grávidas mais revelam sentir são relacionadas com o futuro, existam embora dúvidas diversas, são as dúvidas “*depois de o bebé nascer*” (...) que se destacam.

No grupo de profissionais de saúde, as dúvidas que estes técnicos acham que as suas utentes mais indicam durante o tempo de gravidez são questões psicossociais que abarcam questões psicológicas como o “*receio do parto – o momento do parto*” - “*Parto/pós parto*” bem como questões sociais em que as preocupações são o local onde pôr as crianças – infantários. Salientado ainda por grande parte dos profissionais inquiridos, as questões relacionais, nomeadamente informação sobre a sexualidade na gravidez como uma dúvida importante.

Um dos resultados deste estudo deu grande ênfase à temática relacional, não apenas à informação sobre a sexualidade na gravidez como à vivência da relação conjugal. Levando

ainda à questão da importância, ou não, da presença do companheiro. Questão abordada por algumas das entrevistadas grávidas no início da entrevista: “*vai fazer esta entrevista também ao meu marido?*”, “*também achava importante que ele respondesse a estas questões...*”

É positivo constatar que todos os participantes, mulheres grávidas e profissionais de saúde salientam a pertinências de formação/informação a mulheres grávidas nas respectivas unidades de saúde onde são acompanhadas.

Contudo, as necessidades de formação expressas pelos profissionais de saúde, embora mais específicas e com temas em que a acuidade científica sobressai, as necessidades expressas pelas utentes grávidas, embora com temas mais ao nível do saber lidar com situações do quotidiano relacionadas com curiosidades e ansiedades momentâneas, acabam por ser muito similares e emergir uma panóplia de temas abrangente e diversificada.

Importa, no entanto, revelar que os profissionais de saúde inquiridos manifestaram confiança em que a formação possa contribuir para promover a saúde, capacitando as mulheres e despertando-as para a maternidade, complementando de certa forma o seu acompanhamento clínico.

Os temas sugeridos por estas duas amostras resumem que as necessidades sentidas são semelhantes querem pelo lado dos profissionais que sentem nestas mulheres algumas falhas que eles (profissionais de saúde) querem pela disponibilidade ou mesmo pela peculiaridade do tema, têm dificuldade em abordar e as necessidades de formação/informação nestas mulheres que dado o período em que se encontram se sentem muito confusas, vulneráveis, sedentas de conhecimento e com dúvidas diversas.

Na sexta questão ficou bem patente esse desfasamento, embora as utentes – mulheres grávidas –, inquiridas tenham afirmado não ter vergonha ou dúvidas em expor ao profissional de saúde que as acompanha no decorrer do período de gravidez, os profissionais por outro lado sentem que nem sempre estas mulheres expõem as suas dúvidas por exemplo: “*Vergonha do ponto de vista sexual (dúvidas medos)* ” e até “*em relação aos afectos – mesmo a vida afectiva*”.

Quando entrevistadas as duas profissionais de saúde, neste caso enfermeiras, que desenvolvem nas suas unidades de saúde um programa de preparação para o parto, ficou evidente o sucesso destas sessões e por isso, também, a gratificação destas profissionais.

Ambas consideraram solicitar aos restantes profissionais de saúde das suas unidades colaboração para módulos específicos de formação.

Conclui-se então que, ambos: profissionais de saúde na área da saúde materna e utentes – mulheres grávidas, beneficiários deste serviço revelam a necessidade e pertinência destas sessões de formação e informação associadas.

### **3.5 Limitações do estudo**

A gravidez continua a ser um tema muito estudado, no entanto esta pesquisa permitiu uma nova abordagem da temática apresentando uma visão multi-informante da gravidez e uma identificação das necessidades ocorridas neste período.

Todavia, Esta investigação deparou-se com algumas limitações nomeadamente no instrumento utilizado. Inicialmente a técnica definida para auscultar as participantes foi o grupo focal. As participantes foram contactadas, foi feita a confirmação da sua presença constituindo-se então dois grupos focais perfazendo um total de dezasseis. No entanto, para o primeiro grupo focal compareceram apenas duas participantes e no segundo grupo focal não compareceu nenhuma participante. Para que o estudo pudesse ser realizado optou-se pela entrevista como instrumento e utilizou-se o guião existente para a realização da mesma.

A segunda limitação prendeu-se com o procedimento. As utentes grávidas embora já informadas do estudo em curso e previamente contactadas foram entrevistadas enquanto aguardavam o atendimento para a consulta médica, pelo que, poderão não ter sido criadas condições para uma participação activa. Neste ponto, também os profissionais de saúde poderão ter considerado reduzidas as suas condições de participação uma vez que as entrevistas foram realizadas durante o horário e no local de trabalho.

Uma terceira limitação poderá ser tida em conta aquando das respostas dos profissionais de saúde às primeiras questões da entrevistas pois de certa forma, as profissionais de saúde entrevistadas, todas do sexo feminino e também elas, mães poderão ter associado as suas respostas a uma situação já por elas vivenciada.

### **3.6 Linhas orientadoras para a elaboração de um programa de preparação psicossocial pré-natal**

Desta investigação foi possível concluir a necessidade de formação mais abrangente destinada à população grávida nomeadamente reestruturar ou integrar na preparação para o parto já existente, e área quase exclusiva da enfermagem, módulos em que o conteúdo formativo aborde temas psicossociais e em que se destaquem outros profissionais de saúde como o psicólogo, o assistente social, o médico, etc., para que as áreas a abordar tenham

técnicos específicos e uma equipa multidisciplinar no acompanhamento da grávida e na vigilância da gravidez.

O período de gravidez é propício ao desenvolvimento de programas de educação para a saúde com grávidas, não só pela sua situação de receptividade e vontade de aprender, como uma oportunidade para os serviços de saúde desenvolverem o seu trabalho com determinadas famílias acompanhando-as; independentemente do estilo de família adoptado.

Nesta óptica e quanto ao modelo das sessões, o estudo revela que um programa de educação para a saúde na grávida faria sentido ao longo de toda a gravidez, abordando temas que vão desde a desmistificação do parto, aos cuidados a ter com o bebé, bem como as relações da grávida com o seu meio afectivo, seja conjugal, familiar ou círculo de amigos, incidindo ainda sobre a sexualidade na gravidez, até à preparação do ser mãe e/ou pai focando nesta área a protecção social existente, as alterações psicológicas que podem ocorrer e perspectivas um pouco o período de adaptação à maternidade e/ou paternidade.

Mais especificamente, e indo ao encontro do que foi revelado tanto pelas mulheres grávidas entrevistadas como pelo grupo de profissionais de saúde, alguns temas poderiam ser abordados com o casal, quando este existe, em sessões específicas.

No que respeita à periodicidade e horário das formações foi apenas manifestado o desejo de sessões regulares para permitir um acompanhamento efectivo, num horário que teria que ser pós laboral.

O grupo de profissionais de saúde intervenientes nestas sessões de educação para a saúde, não seria específico, deveria, idealmente ser posto em prática por uma equipa multidisciplinar constituída por médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social e individualmente ou em conjunto, conforme a pertinência, abordariam temas específicos da sua área de intervenção. Não deixando de considerar as necessidades prementes das participantes grávidas.

Todo este processo formativo seria atravessado por uma avaliação permanente e deveria ser realizado através de uma reflexão conjunta de todos os participantes de forma a permitir que a avaliação seja, ela própria, um espaço de aprendizagem, troca de partilha e saberes.

Em breves linhas orientadoras fica a proposta de um programa de formação para grávidas, um primeiro passo será desenhar esta proposta, divulgando os resultados da investigação e abordando os profissionais de saúde e de acordo com o seu interesse e disponibilidade delinear os aspectos específicos da formação para que posteriormente possa ser validado e implementado.



## Capítulo IV

### 4 CONCLUSÃO

Esta investigação poderá aumentar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre a forma de pensar das mulheres grávidas mostrando igualmente a relevância de uma educação para a saúde da mulher grávida multidisciplinar de forma a responder à multidimensionalidade das suas dúvidas.

Segundo Freitas, (1998, pp. 44), "*o facto de a grávida frequentar os programas de ensino pode influenciar o seu comportamento durante o trabalho de parto*" de uma forma positiva e construtiva.

Individualmente, o período da gravidez deverá ser entendido como um momento privilegiado para a mulher grávida e para a sua família. E socialmente uma preparação para a parentalidade poderá ser compreendida como estratégia política de educação para a saúde podendo apresentar resultados evidentes e duradouros a todos os níveis.

A função parental não é natural e instintiva no ser humano, segundo Hart (1990) o seu exercício eficaz e eficiente exige estudo e prática, tal como acontece em qualquer profissão.

Bettelheim (1987) e Winnicot (1987) (*citados por* Freiberg (2006)) lembram que as crianças não precisam de pais perfeitos, mas sim de pais suficientemente bons. É necessário no entanto, a criação de condições que ajudem mães e pais a aprender a ser os melhores pais para os seus filhos, "pais felizes, no sentido de integrados e em sintonia consigo próprios" (Vale & Costa, 1994/95, p. 81).

Salientando neste ponto a importância da valorização e treino de competências de comunicação e a exploração de temáticas relacionadas com a vida familiar (Marujo, 2007)

Realça-se, por fim, a pertinência de se proporcionar um maior apoio a políticas de saúde que promovam a prevenção na gravidez e possibilitem intervenções coesas prevendo o acompanhamento e apoio de famílias no desenvolvimento dos factores protectores e minimização de factores de risco.

De facto, mães e pais, querendo, ou não, estando ou não conscientes desse acontecimento, são agentes activos da formação da criança, e preparam-na, melhor ou pior, para a vida. A criança quando nasce, não traz consigo um livro de instruções.

Poderá, efectivamente, constituir-se como uma incógnita para as figuras parentais o saber como estimular a maturação física ou o desenvolvimento psicológico da criança, e

transformar um ser frágil e dependente num adulto equilibrado, autónomo e feliz (Marujo, 1997).

O desenvolvimento de iniciativas de educação para a saúde da grávida poderão, permitir respostas à desorientação que as figuras parentais eventualmente possam sentir, bem como contribuir para atenuar a actual crise educacional.

É necessário que as estratégias de saúde pública, tenham em conta a disponibilidade, e acessibilidade aos serviços de saúde. Estratégias de luta contra a pobreza, nomeadamente ajudar as comunidades carentes financeiramente a usarem serviços de saúde. É também fundamental, não descurar a importância de programas de promoção da saúde para aumentar a consciencialização da comunidade sobre a necessidade de serviços pré-natal e pós-natal (Titaley, 2010).

Para terminar, e ao reflectir cuidadosamente sobre a necessidade da formação neste âmbito, considera-se factor muito importante a confiança e capacitação que é dada à mulher pois não é possível ensina-la a ser mãe, apenas dota-la de informação e possibilitar-lhe momentos de partilha de sentimentos e experiências para que a tarefa que a aguarda, uma conjuntura dominada por altos e baixos hormonais, seja a menos conturbada possível em prol da sua saúde e qualidade de vida, bem como da do seu (futuro) bebé.

Desde sempre que a educação para a saúde privilegiou a participação do utente em saúde materna e obstétrica, considerando que profissionais e utentes têm saberes complementares, sendo parceiros na busca de melhores condições de vida e de transformação social, como referem os estudos de Vieira (1996).

Nesta perspectiva, concluindo com os resultados obtidos e partindo do pressuposto que profissionais e utentes possuem saberes que se complementam, considero pertinente o contributo desta investigação para a concepção de um programa de educação pré-natal para as grávidas da unidade de saúde em que trabalho, sendo que a ser validado, poderia estender-se às outras unidades funcionas dos diversos agrupamentos do Serviço Nacional de Saúde.

## REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70.
- Bastos, A., Moura, M., Ribas, R., Piccinini, C., Magalhães, C., Vieira, M., Salomão, N., Silva, A. & Silva, A. (2004). Conhecimento sobre desenvolvimento infantil em mães primíparas de diferentes centros urbanos do Brasil. *Estudos de Psicologia*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 421-429.
- Basto, M. (1998). Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras. Lisboa, Editora Rei dos Livros.
- Bernazzani, O., Figueiredo, B., Conroy, S., Marks, M. N., Guedeney, N., Bifulco, A., et al. (2004). Contextual assessment of the maternity experience (CAME): development of an instrument for cross-cultural research.
- Bobak, I. Lowdermilk, D. & Jensen, M (1999). *Enfermagem na Maternidade*. 4º ed., Lisboa, Lusociência.
- Brito, I. (2009). A Saúde mental na gravidez e primeira infância. *Rev. Port Clin Geral; - Dossier Saúde Mental Infantil*; 25, 600-4.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. (M. A. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Original publicado em 1994).
- Canavarro, M. & Pereira, M. (2006). *Mulheres Infectadas pelo VIH/SIDA: Adaptação ao Nascimento de uma Criança*. 7º Congresso - Comunicação - Tema: Clínica e Tratamento (Clinical Science and Care).
- Canavarro, M. & Pereira, A. (2001). *Gravidez e maternidade na adolescência: Perspectivas teóricas*. M. C. Canavarro (Coord.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*, Coimbra, Quarteto Editora, pp. 323-357.
- Colman L. & Colman A. (1994). *Gravidez - A experiência Psicológica*. Edições Colibri.

- Colognese, S., e Melo, J. (1998). A técnica de entrevista na pesquisa social. *Cadernos de Sociologia*, n.º 9, 143-159.
- Correia, M. (2005). *Gravidez e Maternidade em grupos de risco*. Leal, I. (Ed.), Psicologia da Gravidez e da parentalidade, Lisboa, Fim de Século, 49-59.
- Costa, M. Meireles A. (2003). A vivência do corpo e a relação mãe - bebé na gravidez. *Livro de resumos do V simpósio nacional de investigação em psicologia*.
- Costa, R. A., & Pais, A. (2005). Antecipação Da Experiência De Parto: Mudanças Desenvolvimentais Ao Longo Da Gravidez. *Revista Portuguesa de Psicossomática*.
- Decreto-Lei n.º 81/2009, de 2 de Abril Diário da República, 1.ª série — N.º 65 — 2 de Abril de 2009. Ministério da saúde. Lisboa
- DiPietro J. (2002), Prenatal/perinatal stress and its impact on psychosocial child development. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RDeV, eds. *Encyclopedia on Early Childhood Development* Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development, 1-5. . [on-line]. Retirado de <http://www.enfant-encyclopedie.com/Pages/PDF/DiPietroANGxp.pdf>.
- Direcção-Geral da Saúde, Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental. (2005,). *Promoção da Saúde mental na Gravidez e 1ª infância e Primeira Infância -Manual de orientação para profissionais de saúde*, pp. 23 . [on-line]. Retirado de <http://www.dgs.pt/>.
- Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. – Volume I – prioridades* 88 p. Lisboa. [on-line]. Retirado de [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns\\_vol1.pdf](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol1.pdf).
- Direcção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. - Volume II – Orientações estratégicas*, 216 p. Lisboa. [on-line]. Retirado de [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns\\_vol1.pdf](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol1.pdf).

- Fidalgo, Lurdes (2003). *(Re) Construir a maternidade. Numa perspectiva discursiva*, Lisboa, Instituto Piaget.
- Figueiredo B.(2005). Maternidade e Paternidade enquanto período de transição. *População e Sociedade* – n.º 12, Co-edição CEPESE – Centro de Estudos da População, Economia e Sociedade.
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, A., Pais, A.; (2005). Antecipação Da Experiência De Parto: Mudanças desenvolvimentais Ao Longo Da Gravidez. Editora: Sociedade Portuguesa de Psicossomática. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7-41.
- Freiberg, K. (2006). Annual Editions: Human Development 07/08. Edição35, revista, anotada EditoraMcGraw-Hill.
- Gomes, A. Cortesão, E. Silva, E.(1986). *Psiquiatria, neurologia e saúde mental na praxis do clínico geral*. Laboratórios U.C.B.
- Gorman, G. E., Clayton, P. R., Shep, S. J., & Clayton, A. (2005). *Qualitative research for the information professional*. Facet.
- Kabakian-Khasholian, T. Campbell, O. Shediak-Rizkallah M. Ghorayeb, F. (2000). Women's experiences of maternity care: satisfaction or passivity? *Social Science & Medicine*, 51,103-113.
- Kitzinger, S. (1978). *Mães - um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa, Presença,
- Ketele, Jean-Marie De & Roegiers, Xavier (1999). *Metodologia da recolha de dados*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Klein, Michel Moreira de & Guedes R. Carla (2008). Intervenção psicológica a gestantes: contribuições do grupo de suporte para a promoção da saúde.*Psicologia Ciência e Profissão*, 28 (4), 862-871 [online] Retirado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&).
- Klisch, SA, Mamary E, Olavarrieta CD, Garcia SG. (2007). Patient-led partner notification for syphilis: Strategies used by women accessing antenatal care in urban Bolivia. *Social Science & Medicine*; 65, 1124–1135.

- Koehn, M. (2008), Contemporary Women's Perceptions of Childbirth Education, . *Journal of Perinatal Education Antenatal Education as Perceived by Health Professionals*. Winter 2007, Volume 16, Number 116(1), 9–15 . [on-line]. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2430326/>.
- Koehn, M. (2002). Childbirth Education Outcomes: An Integrative Review of the Literature. *Journal of Perinatal Education*, Vol. 11, No. 3, 2002 . [on-line]. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595113>.
- Kuschnir K., (2008). Maternidade e Amamentação; Biografia e relações de género intergeracionais. *Sociologia, problemas e práticas*, n.º 56, 85 -103.
- Iwaniec, D. (1997). Evaluating parent training for emotionally abusive and neglectful parents: Comparing individual versus individual and group intervention. *Research on Social Work Practice*, 7(3), 329-349.
- Lazarus R., Folkman S.; (1984), *Stress appraisal, and coping*. New York. Springer Publishing Company
- Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, Lei de bases da saúde (com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro).[online] Retirada em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>
- Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2006). *Maternity nursing*. Mosby Elsevier. Gravidez - A Experiência Psicológica.
- Marco M.; (2003). *A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial*. Casa do Psicólogo Livraria.
- Marujo, H. & Neto, L. M., Caetano, A., & Rivero, C. (2007). Revolução Positiva: Psicologia Positiva e Práticas Apreciativas em contextos organizacionais. *Comportamento Organizacional e Gestão*, 13 (1), 115-136.
- Monteiro, R. (2005), *O que dizem as mães*, Coimbra, Quarteto.

Oliveira, José H. Barros de (1994). *Psicologia da educação familiar*. Editora Almedina, Coimbra.

OMS (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. 1<sup>a</sup>

Conferência Internacional Sobre a Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá, 17-

21 de Novembro de 1986 . [on-line]. Retirado de

[http://www.dgsaude.pt/prom\\_saude/carta\\_ottawa.html](http://www.dgsaude.pt/prom_saude/carta_ottawa.html).

O'Reilly, B., Bottomley, C., & Rymer, J. (2005). *Pocket Essentials of Obstetrics and Gynaecology*. Elsevier Health Sciences.

Ornelas, J. (2008). *Psicologia Comunitária*. Lisboa: Fim de Século.

Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J.P.Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso. [on-line]. Retirado de <http://hdl.handle.net/10216/17785> .

Piccinini C., Silva M., Gonçalves T., Lopes R. (2004). O Envolvimento Paterno durante a Gestação, *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 303-314.

Prado, M., (2004). *O Mosaico da Violência: A Perversão na Vida Cotidiana*. Editora vetor, São Paulo.

Rato, I., (1998). Ansiedades perinatais em mulheres com gravidez de risco e em mulheres com gravidez normal, *Análise Psicológica* 3 (XVI), 405-413 . [On-line]. Retirado de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n3/v16n3a06.pdf>

The international Bank for reconstruction and development/ The World Bank, (2005). *Reaching the poor with health, Nutrition and population services what works, what doesn't and why*. . [on-line]. Retirado de <http://siteresources.worldbank.org/INTPAH/Resources/Reaching-the-Poor/complete.pdf>

Relvas, A. & Lourenço M. (2001). *Uma abordagem familiar da gravidez e da maternidade: Perspectiva sistémica*. In M. C. Canavarro (Coord.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*, 105-132. Coimbra: Quarteto Editora.

- Ribeiro, M. (2003). Ser família: Construção, implementação e avaliação de um programa de educação parental.. [on-line]. Retirado de Instituto de Educação e Psicologia – Universidade do Minho, Braga, Portugal <http://hdl.handle.net/1822/728>
- Ribeiro, L. (1995). *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. I<sup>a</sup> ed. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabeleira, C. e Magarinho, R. (2004). Memória de cuidados na infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: Estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica*, 22, 643-665.
- United Nations Children's Fund (UNICEF) (2008). Situação Mundial Da Infância 2009, Saúde Materna e Neonatal. [on-line]. Retirado de [http://www.unicef.pt/docs/situacao\\_mundial\\_da\\_infancia\\_2009.pdf](http://www.unicef.pt/docs/situacao_mundial_da_infancia_2009.pdf).
- Silva, M.(1995), Nascer em Loures, Práticas e crenças na Gravidez parto e pós parto na região saloia durante o sec. XX. *Cadernos de Estudos Locais*, departamento Sociocultural.
- Stern, D. (1980). *Bebé – mãe: primeira relação humana*. Lisboa, Moraes Editores.
- Stewart, D. W., Shamdasani, P. N., & Rook, D. W. (2007). *Focus groups*. SAGE.
- Teixeira, José A. Carvalho. Psicologia da Saúde. *Aná. Psicológica*. [online]. set. 2004, vol.22, no.3 [citado 07 Janeiro 2011], p.441-448. Retirado de [http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0870-82312004000300002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312004000300002&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 0870-8231.
- Titaley et al.; (2010). Why don't some women attend antenatal and postnatal care services? A qualitative study of community members' perspectives in Garut, Sukabumi and Ciamis districts of West Java Province, Indonesia. *BMC Pregnancy and Childbirth* 10:61 Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/61>.
- Triviños, Augusto Nivaldo Silva (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo, Atlas.

Walker D.; Worrell, R (2008). Perinatal Groups: A Comparison of Centering Pregnancy Group Prenatal Care and Childbirth Education. *Journal of Perinatal Education Promoting Healthy Pregnancies Through Classes*, Winter 2008, V. 17, Nº 1.27–34, doi: 10.1624/105812408X267934.

Vale, D., & Costa, M. E. (1994/1995). Consulta Psicológica Parental para Problemas de Comportamento: Estudo de Casos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 10/11, 79-104.

Winnicott, D. (1993). *Talking to parents*. London: Merloyd Lawrence Book.

## **Anexo A . Consentimento informado**

### CONVITE À PARTICIPAÇÃO EM ENTREVISTA SOBRE AS NECESSIDADES DE FORMAÇÃO/ INFORMAÇÃO SENTIDAS POR UTENTES GRÁVIDAS.

Chamo-me Susana Dias, sou Assistente Social na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Santo Condestável e estou a fazer um estudo que se integra no Mestrado em Psicologia Comunitária e Protecção de Menores do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa. Neste estudo pretendo compreender quais as necessidades de formação/informação de utentes grávidas, para que, posteriormente esta unidade de saúde possa realizar acções de formação adequadas à comunidade que serve.

Para isto, gostaria de contar com a sua colaboração numa entrevista.

A entrevista será gravada em áudio, podendo assegurar que o seu nome não será mencionado no trabalho e só eu, como investigadora, terei acesso às gravações.

Todas as informações recolhidas serão anónimas e as gravações destruídas após transcrições de alguns excertos. A sessão terá a duração de sensivelmente 1 hora.

Pretendo que as conclusões deste estudo contribuam para a melhoria da qualidade de vida da comunidade. Gostaria que soubesse que esta pesquisa é independente de seu acompanhamento nesta unidade e em nada o influenciará caso não esteja de acordo em participar.

Se concordar em participar, por favor assine no espaço abaixo, assinalando a data que lhe convém e deixando o seu contacto e obrigado por aceitar dar a sua importante contribuição.

Eu,-----, tomei conhecimento da finalidade do estudo e do que tenho que fazer para participar no mesmo. Fui devidamente esclarecida sobre todos os aspectos que considero importantes e as questões que coloquei foram respondidas. Fui informada que tenho direito a recusar, a qualquer momento, participar e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim. Assim, declaro que aceito participar no estudo.

Assinatura \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

## Anexo B. Questionário – Caracterização sócio-demográfica da amostra de utentes grávidas

### DADOS PESSOAIS:

1) IDADE \_\_\_\_\_

2) ESTADO CIVIL

- A) CASADA
- B) SOLTEIRA
- C) UNIÃO DE FACTO
- D) DIVORCIADA/SEPARADA
- E) OUTRA QUAL? \_\_\_\_\_

3) PAÍS DE ORIGEM \_\_\_\_\_

4) NACIONALIDADE (S) \_\_\_\_\_

5) HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:

- A) SEM FREQUÊNCIA ESCOLAR
- B) EDUCAÇÃO PRIMÁRIA (ATÉ 4ª CLASSE)
- C) 1º ESTADIO DE EDUCAÇÃO BÁSICA (6º ANO)
- D) 2º ESTADIO DE EDUCAÇÃO BÁSICA (9º ANO)
- E) EDUCAÇÃO 2º (12º ANO)
- F) EDUCAÇÃO PÓS-2º (BACHARELATO/ LICENCIATURA)

6) SITUAÇÃO PROFISSIONAL:

- A) EMPREGADA
- B) DESEMPREGADA
- C) BAIXA/LICENÇA
- D) REFORMADA
- E) ESTUDANTE
- F) DOMÉSTICA
- G) OUTRA

**7) CONDIÇÕES HABITACIONAIS:**

- A) CASA PRÓPRIA
- B) CASA ARRENDADA
- C) CASA DE FAMILIARES
- D) ANEXO

**8) QUANTAS PESSOAS VIVEM CONSIGO?** \_\_\_\_\_

**9) O BEBÉ TERÁ QUARTO PRÓPRIO?**

- A) SIM
- B) NÃO

**QUANTOS FILHOS TEM?**

**10) QUANTOS FILHOS DESEJAVA TER?**

**11) FEZ CONSULTA DE PLANEAMENTO FAMILIAR OU/E PRÉ CONCEPCIONAL?**

- A) SIM
- B) NÃO

**12) ESTAVA A FAZER CONTRACEPÇÃO QUANDO SOUBE QUE ESTAVA GRÁVIDA?**

- A) SIM
- B) NÃO

**13) ESTA GRAVIDEZ FOI DESEJADA?**

- A) SIM
- B) NÃO

**SE SIM, POR QUEM?**

- A) PRÓPRIA
- B) COMPANHEIRO
- C) CASAL

**14) TEM-SE SENTIDO APOIADA DURANTE A SUA GRAVIDEZ?**

- A) MUITO
- B) ALGUMAS VEZES
- C) POUCO
- D) NADA

**15) DE QUEM TEM SENTIDO APOIO (PODE ESCOLHER MAIS QUE UMA OPÇÃO)**

- A) COMPANHEIRO

- B) PAIS
- C) VIZINHOS
- D) COLEGAS DE TRABALHO
- E) AMIGOS
- F) OUTRO                      QUAL? \_\_\_\_\_

**16) QUEM DESEJAVA TER CONSIGO NO DIA DO PARTO?**

- A) COMPANHEIRO
- B) PAIS
- C) VIZINHOS
- D) COLEGAS DE TRABALHO
- E) AMIGOS
- F) OUTRO                      QUAL? \_\_\_\_\_

**MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!**

**Anexo C. Questionário – Caracterização sócio-demográfica da amostra de Profissionais de saúde**

**DADOS PESSOAIS:**

**5) IDADE \_\_\_\_\_**

**6) SEXO**

A) FEMININO

B) MASCULINO

**7) GRUPO PROFISSIONAL:**

A) MÉDICO

B) ENFERMEIRO

C) OUTRO QUAL \_\_\_\_\_

**8) TEMPO PROFISSIONAL**

A) 2 A 10 ANOS

B) 10 A 20 ANOS

C) 20 A 30 ANOS

D) 30 A 40 ANOS

**9) TEMPO PROFISSIONAL NA SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

A) 2 A 10 ANOS

B) 10 A 20 ANOS

C) 20 A 30 ANOS

D) 30 A 40 ANOS

**MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!**

#### **Anexo D. Instrumento de Recolha de Dados – Guião de entrevista a utentes grávidas**

1. Qual o primeiro pensamento quando soube que estava grávida?
2. O que significa para si ser mãe?
3. Com que dúvidas se tem vindo a confrontar durante o tempo de gravidez?
  - a) Gravidez
  - b) Parto
  - c) Maternidade
  - d) Saúde física (auto-cuidado)
  - e) Saúde psicológica (auto-estima)
  - e) Padrões de relação e comunicação (casal, família alargada, amigos, etc.)
  - f) Necessidades (segurança, conforto, estabilidade social, económica)
  - g) Outro
4. Que estratégias tem adoptado para lidar com essas dúvidas?
5. Que importância teria para si uma acção de formação durante o período da gravidez?
6. O que gostava de saber mas tem vergonha de perguntar ao seu médico?

## **Anexo E Instrumento de Recolha de Dados – Guião de entrevista a Profissionais de saúde**

1. Qual pensa que é o primeiro pensamento quando uma mulher sabe que está grávida?
2. Qual acha que é o significado que as utentes atribuem à maternidade?
3. Quais as dúvidas que acha que a grávidas mais têm durante o tempo de gravidez?
  - a) Expectativas, crenças, receios, stress/ansiedade;
  - b Parto
  - c) Maternidade
  - d) Saúde física (auto-cuidado)
  - e) Saúde psicológica (auto-estima)
  - e) Padrões de relação e comunicação (casal, família alargada, amigos, etc.)
  - f) Necessidades (segurança, conforto, estabilidade social, económica)
  - g) Outro
4. Que tipo de estratégias acha que as utentes adoptam para lidar com essas duvidas?
5. Que importância acha que teria para estas utentes uma acção de formação durante o período da gravidez e que temas acha que seriam pertinentes abordar numa acção de formação para grávidas?
6. O que acha que os utentes gostariam de lhe perguntar mas têm vergonha?

**Anexo F. Instrumento de Recolha de Dados – Guião de entrevista a Profissionais de saúde com projecto desenvolvido**

1. Que tipo de trabalho desenvolve nesta unidade com as utentes grávidas?
2. Como foi elaborado esse projecto?
3. Como começou e como é constituída a equipa?
4. Há quanto tempo o faz?
5. Em que horário desenvolve as actividades?
6. Tem muita adesão?
7. Os grupos são de quantas pessoas?