

**Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa**



**CRENÇAS DE SAÚDE EM MINORIAS ÉTNICAS: A GRAVIDEZ EM MULHERES  
AFRICANAS EM PORTUGAL**

Ana Sofia G. de Sousa Martins

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Psicologia Social e das Organizações

Orientador: Professora Doutora Carla Moleiro  
Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa

Setembro, 2008

## Agradecimentos

A realização de um trabalho desta ordem implica um conjugar de esforços e disponibilidades de um conjunto de pessoas e entidades, a quem quero justamente agradecer.

Agradeço especialmente à minha orientadora Professora Doutora Carla Moleiro, pela sua dedicação, apoio, incentivo e confiança em mim depositados. Agradeço também toda sua compreensão e sugestões que muito contribuíram para a realização deste trabalho.

À Professora Doutora Manuela Nené e à Dra. Margarida Couto por todo o tempo dispendido e ajuda nas minhas pesquisas bibliográficas.

À Associação Cultural Moinho da Juventude, em especial ao Professor Doutor Carlos Simões, por todo o incentivo, amizade e disponibilidade.

Às mulheres e peritos que acederam participar no meu estudo, um agradecimento especial pela informação valiosa e crucial para a realização deste trabalho.

Às minhas amigas e colegas de luta, pela amizade, força e solidariedade demonstradas.

A todos aqueles que acreditaram que seria capaz de concluir esta tarefa.

Aos meus amigos, agradeço por tudo, pois sem eles a concretização deste trabalho ter-se-ia revelado mais difícil.

E porque os últimos vêm sempre primeiro na ordem do coração, à minha família por tudo o que me ensinaram na minha vida, pelas experiências que me permitiram viver e porque estão sempre presentes.

## Resumo

*Objectivos:* Os Modelos de Psicologia de Saúde salientaram o papel das crenças de saúde e o seu impacto na forma como os indivíduos experienciam o seu bem-estar e o seu estado de saúde. As crenças de saúde podem contribuir para a adopção de comportamentos de protecção de saúde, assim como para a redução de comportamentos de risco. Vários factores influem na elaboração destas crenças, entre eles a cultura. Em particular, e no período da gravidez, as crenças representam um factor importante na adopção de determinados comportamentos, nomeadamente, no recurso aos Serviços de Saúde e as rotinas médicas. Conhecer quais as crenças de saúde presentes no período da gravidez e de que modo influenciam os comportamentos de saúde numa minoria étnica (Africana) em Portugal constitui-se o foco do presente estudo. *Método:* Participaram catorze mulheres e três peritos culturais neste estudo exploratório, de carácter qualitativo. As metodologias utilizadas envolveram grupos focais e entrevistas individuais semi-estruturadas. *Resultados:* Verificou-se a existência de crenças culturais específicas nesta população que influenciam os comportamentos de saúde no período da gravidez. Foi ainda possível identificar necessidades específicas reportadas pelas mulheres e peritos (e.g. uso de intérpretes e informação em língua específica). Por fim, são discutidas sugestões para a promoção de Serviços de Saúde mais sensíveis à diversidade cultural na população em Portugal.

**Conceitos-chave:** Crenças de saúde, comportamentos de saúde, cultura, gravidez, minorias étnicas.

### **PsycINFO Classification Categories and Codes**

3360 – Health Psychology and Medicine

3373 – Community and Social Services

## Abstract

*Goals:* Health Psychology Models emphasize the role of health beliefs and their impact on the way individuals experience well-being and their health state. Health beliefs may contribute to the adoption of health protecting behaviours, as well as decrease of health risk behaviours. Several factors influence these beliefs, including culture. In particular during pregnancy, health beliefs represent an important factor in the adoption of behaviours such as routine checkups in the Health Centres. The focus of this study is on identifying specific health beliefs regarding pregnancy and explore the way they influence health behaviours among ethnic minority women (African) in Portugal. *Method:* Fourteen women and three cultural experts participated in this exploratory, qualitative study. Focus groups and semi-structured individual interviews were used. *Results:* Specific cultural health beliefs were found among this population, which influence their health behaviours during this period of pregnancy. In addition, specific needs were identified by the women and experts (e.g. use of interpreters or language specific information). Finally, we discuss some suggestions toward the promotion of Health Services that are more sensitive to the cultural diversity of the Portuguese population.

**Keywords:** Health beliefs, health behaviours, culture, pregnancy, ethnic minorities.

### **PsycINFO Classification Categories and Codes**

3360 – Health Psychology and Medicine

3373 – Community and Social Services

## Índice

	Pgs.
1. Introdução	1
1.1. Revisão de Literatura	2
- Comportamentos de Saúde – principais modelos teóricos:	3
▪ Modelo de Crenças de Saúde (Rosenstock, 1966)	4
▪ Teoria da Motivação para a Protecção (Rogers, 1975)	5
▪ Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen & Fisbein, 1986)	6
▪ Modelo de Auto-Regulação do	
▪ Comportamento de Doença (Leventhal & Diffenbach 1991)	7
- Comportamentos de Saúde de Minorias Étnicas:	8
▪ O papel da cultura na psicologia da saúde	8
▪ A Gravidez, comportamentos de saúde e crenças culturais	10
1.2. Objectivos do Estudo	11
2. Método	12
- Amostra	12
- Instrumentos	16
- Procedimento	16
3. Apresentação e Análise de Resultados	18
- Grupos Focais	18
- Entrevistas Individuais a <i>Experts</i>	26
4. Discussão Geral	32
5. Referências Bibliográficas	35

6. Anexos	38
- Anexo A: Guião de Entrevista dos Grupos Focais	39
- Anexo B: Guião de Entrevista Individual a <i>Experts</i>	41
- Anexo C: Outros Resultados: Grupos Focais e Entrevistas Individuais a <i>Experts</i>	43

## Índice de Tabelas

Tabela 1: Caracterização do Grupo 1	13
Tabela 2: Caracterização do Grupo 2	13
Tabela 3: Caracterização do Grupo 3	14
Tabela 4: Caracterização dos <i>Experts</i>	14
Tabela 5: Resultados dos Grupos Focais para o tema “Percepção da gravidez e maternidade na comunidade Africana”	18
Tabela 6: Resultados dos Grupos Focais para o tema “Cuidados adquiridos no período da gravidez e maternidade”	20
Tabela 7: Resultados dos Grupos Focais para o tema “Diferenças culturais na gravidez e maternidade entre Portugal e Cabo Verde”	22
Tabela 8: Resultados dos Grupos Focais para o tema “Percepção do SNS (pontos fortes e pontos fracos)	24
Tabela 9: Resultados das Entrevistas Individuais para o tema “Caracterização da população Cabo-Verdiana em Portugal”	26
Tabela 10: Resultados das Entrevistas Individuais para o tema “Percepção do SNS (pontos fortes e pontos fracos)	28
Tabela 11: Resultados das Entrevistas Individuais para o tema “Percepção do estado de saúde da população Cabo-Verdiana”	30
Tabela 12: Outros resultados: Grupos Focais	44
Tabela 13: Outros resultados: Entrevistas Individuais aos <i>Experts</i>	45

## 1. Introdução

O Homem, enquanto ser biológico, psicológico e social procura o seu bem-estar a vários níveis, e com o intuito de atingir uma boa qualidade de vida. Esta procura implica: 1) a avaliação subjectiva da ausência de sintomas, dor física, perturbação emocional ou interpessoal; 2) a manutenção da capacidade funcional (funções cognitivas, emocionais e comportamentais), actividades do quotidiano, interacções sociais e desempenho dos papéis social e profissional; 3) uma auto-imagem positiva e expectativa de futuro (Teixeira, 1992).

Todavia, hoje em dia reconhece-se que a maioria das causas de mortalidade actuais prendem-se com hábitos de vida e a adopção de comportamentos de risco para a saúde em geral, ou em determinadas doenças (p.e. o consumo de drogas e álcool, e comportamentos sexuais de alto risco, entre outras) (Taylor, 1990; Teixeira, 1992).

Com o objectivo de contribuir para a redução dos comportamentos de risco, e aumentar os comportamentos que promovem a saúde e previnem a doença, vários modelos teóricos foram desenvolvidos. São modelos que procuram analisar e operacionalizar os factores que possam contribuir para a previsão de determinados comportamentos de saúde. Assim, como comportamentos de saúde compreendem-se os padrões de comportamento, acções e hábitos que cumprem o objectivo de manter, reabilitar e melhorar a saúde do indivíduo (Matarazzo, 1980). Numa definição mais ampla, Conner (2005) considera também as actividades que são levadas a cabo com o objectivo de prevenir ou detectar a doença, promovendo o estado de saúde do indivíduo.

Numa perspectiva de prevenção e promoção de saúde, Antonovsky (1987) refere ainda a importância de conceptualizar a saúde e a doença enquanto extremos de um contínuo no qual o indivíduo se situa ao longo da vida. Esta abordagem contrasta com a noção dicotómica entre saúde e doença, enquanto distintos e opostos, e considera a saúde um estado positivo, físico, mental e de bem-estar social, e não apenas a ausência de doença (OMS, 1985). O indivíduo assume aqui um papel activo e independentemente de procurar ou não o médico ou outro terapeuta, quando em situação de ameaça de doença, ele também constrói representações sobre as suas alterações corporais percebidas. Estas representações traduzem-se em significados ou interpretações sobre os processos de saúde e doença – “crenças leigas de saúde” -, e permitem dar um sentido às alterações percebidas do estado de saúde, regulando o seu comportamento.

Tendo por base os principais modelos teóricos de comportamentos de saúde, no presente estudo procurou-se explorar 1) quais as crenças de saúde presentes no período da



gravidez e da maternidade no contexto cultural das mulheres Africanas imigrantes em Portugal; 2) de que modo estas crenças de saúde se traduzem em comportamentos de protecção ou de risco pré-natal e após o nascimento do bebé.

### 1.1. Revisão de Literatura

No início da Medicina Moderna, o corpo era concebido como uma máquina complexa, um “todo igual à soma das suas partes”, sendo cada uma delas vista como uma unidade distinta. Nesta perspectiva, centrada exclusivamente na dimensão biológica do indivíduo, a doença é vista como a disfunção de uma ou várias destas partes (Reis, 1998). Nesta linha de pensamento, característica do Modelo Biomédico de saúde e doença, os processos psicológicos e sociais são considerados como independentes dos processos de doença.

No Modelo Biomédico toda a doença pode ser explicada com base nos processos somáticos que se desviam da normalidade, tais como os desequilíbrios bioquímicos ou as disfunções neurofisiológicas (Taylor, 1995). Alvo de fortes críticas, este modelo é considerado por Taylor (1995) e muitos outros autores nas áreas da medicina e psicologia da saúde como um modelo reducionista que abarca em si várias implicações importantes. Destas, salienta-se o facto de ser um modelo que reduz a doença a processos de “baixo nível”, tais como as alterações celulares e desequilíbrios bioquímicos, ao invés de reconhecer o papel mais geral dos processos psicológicos e sociais.

O Modelo Biomédico é também visto como um modelo de doença centrado num só factor, retratando a doença como uma disfunção biológica e não reconhecendo a responsabilidade dos factores não biológicos no seu aparecimento. Este modelo incorpora, assim, uma visão dualista de mente e corpo, conceptualizando-os como duas entidades separadas (Taylor, 1995). Reis (1998) reforça também o carácter mecanicista e redutor do Modelo Biomédico, constatando que apenas os corpos e as doenças são referenciados. Para este autor é importante ter em conta que a saúde e a doença não se limitam apenas aos factores biológicos e orgânicos, uma vez que o Homem é um ser mental que pertence a um meio físico e social.

Ao longo de várias décadas, as críticas dirigidas ao Modelo Biomédico despoletaram um movimento de ordem científica e teórica que deu origem ao Modelo Biopsicossocial e ao desenvolvimento da medicina (p.e. medicina psicossomática) e da própria investigação ao nível da psicologia da saúde. Ao contrário do Modelo Biomédico, o Modelo Biopsicossocial apresenta como principal objectivo teórico e metodológico, a combinação entre as dimensões

biológica, psicológica e social da pessoa, sendo que nenhuma delas é considerada a única responsável pela saúde ou pela doença (Reis, 1998). Integrando estas três dimensões e considerando que por si só, cada uma delas não é única no processo de saúde e doença, Engel (1977 cit. por Cordeiro, 2006) considera três estádios deste processo: “estar doente ou ter uma doença”, “sentir-se doente” e “comportar-se como doente”. “Estar doente ou ter uma doença” caracteriza-se por um acontecimento biológico dotado de mudanças anatômicas, fisiológicas e bioquímicas, que aparecem isoladamente ou combinadas. “Sentir-se doente” é uma experiência subjectiva, que se constitui por uma desorganização psicossocial e de desconforto, como resultado da interação do indivíduo com o meio. E por último, “comportar-se como doente” é entendido enquanto a identidade social adquirida, estatuto ou papel assumido, identificando-se o indivíduo como não saudável (Cordeiro, 2006).

Assim sendo, e numa perspectiva biopsicossocial de saúde e doença, tanto os processos que ocorrem a um “nível macro” (p.e. existência de suporte social quando na presença de depressão), como aqueles que ocorrem a um “nível micro” (p.e. problemas celulares ou desequilíbrios químicos), interagem no sentido de criar um estado de saúde ou doença. Deste modo, o Modelo Biopsicossocial conceptualiza que corpo e mente não se podem separar no que diz respeito à saúde, pois claramente ambos influem no estado de saúde do indivíduo (Taylor, 1995). Inclusivamente, e numa visão mais global e holística do indivíduo, esta abordagem inclui também a forma como a sociedade e a cultura influem neste processo (Gurung, 2006).

#### Comportamentos de Saúde: principais modelos teóricos

Vários modelos foram desenvolvidos com o intuito de compreender e até mesmo prever os comportamentos de saúde que um indivíduo pode adoptar. Estes são modelos estruturados de crenças e comportamentos de saúde e foram designados por Modelos Cognitivos, uma vez que consideram as cognições partilhadas pelos vários indivíduos de uma mesma sociedade (Ogden, 1999).

Cada modelo conceptualiza diferentes variáveis, cognitivas e sociais, que dizem respeito a crenças, atitudes e conhecimento, e que estão relacionadas com o sentido que é dado pelos indivíduos às situações sociais vividas. São variáveis que podem influenciar o comportamento, e que quando combinadas permitem de alguma forma prever o mesmo (Conner & Norman, 2005).

### Health Beliefs Model – O Modelo de Crenças de Saúde

O Modelo de Crenças de Saúde (*Health Beliefs Model - HBM*), inicialmente desenvolvido por Rosenstock (1966), foi utilizado para compreender os comportamentos de saúde desde meados do século XX, embora tenha já sofrido várias alterações.

Numa das adaptações mais recentes, Strecher e Rosenstock (1997, cit. por Straub, 2007) referem que uma decisão que é tomada acerca do comportamento de saúde tem por base a interacção que é estabelecida por quatro factores: a “susceptibilidade percebida”, a “gravidade percebida”, os “benefícios percebidos” e os “custos percebidos”. Estes influenciam as percepções do indivíduo no que diz respeito à ameaça de doença e à avaliação de comportamentos que podem combater essa ameaça (Conner & Norman, 2005).

Em termos de percepção de ameaça de doença, duas crenças básicas são consideradas, a “susceptibilidade” à doença (p.e. a forte possibilidade de vir a ser diabético), e a “gravidade” ou consequências graves da doença (p.e. a diabetes é uma doença grave) (Ogden, 1999). Quando associadas, estas duas variáveis podem determinar a probabilidade do indivíduo assumir uma acção pró-saúde, embora o seu efeito se possa alterar de acordo com diferenças individuais específicas (variáveis demográficas, pressão social e personalidade) (Conner & Norman, 2005).

O *HBM* preconiza também que os comportamentos de saúde podem ser determinados pela avaliação das alternativas disponíveis, tendo em conta os “benefícios” (eficácia do comportamento de saúde adoptado; p.e. “vou poupar dinheiro não comendo tantos doces”), ou os “custos” (barreiras que se interpõem à concretização do comportamento; p.e. “não comer doces vai-me deixar mais ansioso”) da acção tomada. Deste modo, o indivíduo poderá actuar de forma saudável, mediante a susceptibilidade percebida de determinado constrangimento ao seu estado de saúde. Esta situação ocorre quando os benefícios da acção tomada para combater a ameaça percebida são tidos como superiores aos custos da mesma.

Embora na base esteja esta capacidade de agir em determinada situação, para que se verifique a acção propriamente dita, o autor refere a importância das “pistas para a acção”, adicionando assim um outro conceito ao modelo. As “pistas para a acção” podem ser internas (p.e. sentir falta de ar), ou externas (p.e. a educação para a saúde ou folhetos informativos sobre saúde) ao indivíduo (Ogden, 1999). Para que este seja sensível às mesmas, Becker (1974, cit por Conner & Norman, 2005) salienta o papel da “motivação para a saúde”, enquanto dependente do valor que é atribuído à saúde e da sua maior ou menor predisposição para dar resposta às “pistas para a acção”.

O Modelo de Crenças de Saúde é um dos mais importantes na área de estudo que concerne aos comportamentos de saúde, mas foi considerado um modelo incompleto, uma vez que contempla o papel das crenças na predição de comportamentos de uma forma muito simplificada. É um modelo que não leva em linha de conta outros factores, dos quais são exemplo a “intenção” do indivíduo em adoptar ou alterar comportamentos e a sua percepção de “auto-eficácia”. Estes são factores que assumem maior relevância em novas teorias que representam a expansão do estudo teórico e científico dos comportamentos de saúde (Straub, 2007).

### Teoria da Motivação para a Protecção

Desenvolvida por Rogers (1975), a Teoria da Motivação para a Protecção (*Protection Motivation Theory – PMT*) centra-se na noção de que as pessoas revelam-se motivadas para a protecção quando agem no sentido de preservar a sua saúde (Forshaw, 2002). As acções tomadas são influenciadas por uma série de preditores da *intenção* do indivíduo para assumir determinado comportamento. Destes salientam-se quatro: “auto-eficácia”; “eficácia de resposta”; “gravidade” e “vulnerabilidade” (Ogden, 1999).

Adicionalmente, esta teoria propõe o “medo” enquanto variável que intervém entre a percepção da gravidade e da vulnerabilidade, e o nível de avaliação da ameaça. Ou seja, o impacto de variáveis-estímulo no medo é mediado pela “gravidade percebida”, pela “vulnerabilidade” e pela “eficácia de resposta”. Neste sentido, maiores níveis de medo serão sentidos se o indivíduo se considerar vulnerável a um determinado evento que é percebido como uma forte ameaça para a sua própria saúde. Esta percepção de ameaça aumentará a sua motivação para desencadear um comportamento de protecção (Norman, Bóer & Seydel, 2005).

A “motivação para a protecção” é, então, a intenção de adoptar um determinado comportamento, e que resulta de dois processos de avaliação. Por um lado, é uma função positiva da percepção de gravidade e de vulnerabilidade, e da eficácia de resposta e auto-eficácia. Por outro, representa a função negativa das recompensas que estão associadas às respostas não adaptativas, e dos custos inerentes ao comportamento de adaptação adoptado (Norman, Bóer & Seydel, 2005).

Para que exista “motivação para a protecção”, a percepção de gravidade e vulnerabilidade deve superar as recompensas que o indivíduo pensa obter com as respostas não adaptativas. Mais ainda, a percepção de eficácia de resposta e auto-eficácia devem superar os custos associados ao comportamento adaptativo. Assim sendo, a motivação para a

protecção poderá funcionar também como variável mediadora entre a ameaça sentida e a avaliação dos processos de *coping*, e o comportamento de protecção (Norman, Bóer & Seydel, 2005). Por avaliação de *coping* compreendem-se as respostas de *coping* disponíveis ao indivíduo que lhe permitem gerir a ameaça e os factores que aumentam ou diminuem a probabilidade de recorrer a uma resposta adaptativa (p.e. a mudança de um regime alimentar por ser aconselhamento). Quer a crença de que o comportamento aconselhado pode ser efectivo para reduzir a ameaça – “eficácia de resposta” -, como a crença de que o próprio é capaz de seguir esse conselho – “auto-eficácia” -, aumentam a probabilidade da resposta adaptativa ocorrer (Norman, Bóer & Seydel, 2005).

### Teoria do Comportamento Planeado

A Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen & Madden, 1986) representa uma evolução da Teoria da Acção Ponderada (Ajzen & Fishbein, 1975), tendo esta sido desenvolvida com o objectivo de analisar os factores que predizem os comportamentos (Ogden, 1999). A Teoria da Acção Planeada preconiza que a intenção comportamental é o maior predictor do comportamento, e que a atitude específica é um dos factores importantes para a tomada de decisão (Vala & Monteiro, 2000).

Segundo a Teoria do Comportamento Planeado (Ajzen & Madden, 1986), a previsão de ocorrer determinado comportamento é possível quando contemplada a intenção comportamental do indivíduo. Esta depende de três factores, sendo o primeiro a “atitude relativa ao comportamento”, determinada pela avaliação positiva ou negativa de determinado comportamento e da crença de que adoptar esse comportamento trará algum benefício. O segundo factor é a “norma subjectiva”, que reflecte a motivação para aceitar os pontos de vista de outras pessoas no que diz respeito ao comportamento em questão. E por último, encontra-se o “controlo comportamental percebido”, baseado na ponderação dos factores internos de controlo e referente à expectativa de sucesso ao manter-se determinado comportamento (Straub, 2007).

A Teoria do Comportamento Planeado refere, assim, que o indivíduo percebe se tem controlo sobre o seu comportamento, e se por isso vai ser capaz de atingir um comportamento de saúde desejável. Esta é uma crença que tem por base não só factores intrínsecos, tais como a sua personalidade, mas também factores extrínsecos, tais como a sua capacidade financeira (Forshaw, 2002).

Em suma, a Teoria do Comportamento Planeado considera que as intenções de comportamento devem ser concebidas como “planos de acção para atingir objectivos

comportamentais”, resultando de uma combinação de várias crenças. Enquanto preditores das intenções de comportamento encontram-se a “atitude relativa ao comportamento”, a “norma subjectiva” e o “controlo comportamental percebido”, sendo que este último pode mesmo influenciar directamente a acção comportamental sem que estejam presentes as intenções de comportamento (Ajzen & Madden, 1986).

#### Modelo de Auto-Regulação do Comportamento de Doença

O Modelo de Auto-Regulação do Comportamento de Doença (Leventhal & Diffenbach, 1991) foi um dos primeiros a dar relevância às representações ou significados subjectivos que o indivíduo constrói acerca das alterações percebidas no seu estado de saúde (Reis, 1998; Moniz & Barros, 2005).

Este modelo procura estabelecer o equilíbrio entre cognição e emoção (Moniz & Barros, 2005) partindo de duas proposições básicas: (1) os indivíduos procuram e processam de forma activa, informação sobre processos de doença, construindo representações ou interpretações sobre a sua doença; (2) as representações construídas assumem um papel importante nas emoções e atitudes do indivíduo (Reis, 1998).

No que diz respeito às representações subjectivas de doença, (Leventhal & Diffenbach, 1991) identificou e procurou operacionalizar seis componentes que designou de “atributos de representações da doença”:

1. A identificação dos sintomas concretos e consequentes;
2. A atribuição de um rótulo às alterações percebidas ou nomeação da doença;
3. As crenças ou ideias acerca da doença em termos de sintomas e sequelas;
4. O curso temporal da doença, ou duração do processo de doença;
5. A atribuição da causa da doença, ou formas de a contrair;
6. O controlo sobre a doença, no que diz respeito ao confronto, tratamento, recuperação ou adaptação ao seu processo, ou seja, meios através dos quais se pode encontrar uma cura (Reis, 1998; Moniz & Barros, 2005).

Articulando estes seis componentes, aquilo que se verifica é que o indivíduo nota uma alteração somática, tenta identificar os sintomas concretos (p.e. dor no peito) e atribui um rótulo aos mesmos (p.e. dor no peito pode ser problema cardíaco). Posteriormente, constrói uma representação interna das eventuais causas e consequências da ameaça sentida (p.e. demasiado esforço físico), assim como a expectativa acerca da duração e evolução da doença (p.e. será um problema para toda a vida ou não). No final, surgem as acções de confronto (p.e.

ir ao médico) como efeito da representação subjectiva dos sintomas e emoções que os acompanham (Reis, 1998). Dito de outra forma, o indivíduo reconhece uma alteração no seu estado de saúde percebendo-a como um problema, o que o motiva a restabelecer o seu estado normal - *ser saudável*. Na base desta percepção do problema estão três componentes que permitem ao indivíduo a sua auto-regulação, sendo estas a interpretação, o  *coping*  e a ponderação (Ogden, 1999).

A “interpretação” consiste na representação subjectiva da potencial ameaça ao estado de saúde e da emoção a ela associada, e acontece através de dois canais: percepção dos sintomas (p.e. dói-me o estômago) e mensagens sociais (p.e. o diagnóstico médico é úlcera). Estas representações cognitivas do problema dão-lhe sentido e permitem que o indivíduo desenvolva e considere as estratégias adequadas de  *coping* , i.e. desenvolva e execute processos de confronto. As estratégias de  *coping*  podem ser de aproximação (p.e. recorrer ao médico), ou de evitamento (p.e. crença na realidade do desejo), e são desencadeadas de modo a que o indivíduo retorne ao seu estado de normalidade (Reis, 1998; Ogden, 1999). Por último, a “ponderação”, ou avaliação individual das consequências do confronto, que consiste na avaliação da eficácia da estratégia de  *coping*  escolhida, e resolução de continuar com a mesma, ou optar por outra após todo o processo ser reavaliado (Reis, 1998; Ogden, 1999).

O Modelo de Auto-Regulação do Comportamento de Doença considera, então, a inter-relação que se estabelece entre os componentes de interpretação,  *coping*  e ponderação de modo a regular o  *Self* . Se o estado normal do indivíduo se altera, automaticamente há motivação para voltar ao equilíbrio - “auto-regulação” (Ogden, 1999).

## Comportamentos de Saúde em Minorias Étnicas

### O papel da cultura na psicologia da saúde

Para melhor perceber a forma como o indivíduo reage à saúde e doença, é importante poder conhecer um dos principais factores que influencia o seu comportamento, a cultura, assumindo esta um papel fundamental na construção do seu quadro de referências individual (crenças, atitudes, tradições, valores, costumes, religião, vestuário, alimentação, estereótipos e preconceitos) (Cordeiro, 2006).

O conceito de cultura implica a etnia, a religião, a idade, os valores familiares, o sexo, a região do país no qual o indivíduo se encontra, e muitos outros factores que influenciam o comportamento do indivíduo. Assim, cada aspecto específico da cultura influencia em grande

medida a forma como o mundo é conceptualizado e como se procura atingir um sentimento de bem-estar (Gurung, 2006).

Nas últimas décadas tem-se verificado um interesse crescente nas às noções de saúde e doença das várias comunidades culturais e ao modo como as crenças de saúde afectam os cuidados de saúde (e.g. Gervais & Jovchelovitch, 1998). Neste sentido, estudos realizados em Portugal (Conceição, 2001) demonstram que existe uma forte influência dos aspectos culturais no modo como os Serviços de Saúde são utilizados pela população imigrante. Mais especificamente, e em relação à população Africana, Conceição (2001) refere que, em grupos minoritários onde a medicina tradicional tem um forte peso no tratamento e cura, os comportamentos de saúde adoptados dependem muitas vezes das normas e valores do seu grupo de pertença (Neto da Conceição, 2001). Assim, os factores culturais parecem influenciar a forma e a frequência com que este grupo recorre ao Sistema Nacional de Saúde (SNS), podendo constituir-se como uma barreira que diferencia atitudes, comportamentos e a percepção de saúde entre a população Portuguesa e a Africana.

Sendo Portugal um dos países no qual se tem verificado um aumento da população imigrante, apresenta uma sociedade cada vez mais multicultural, na qual várias culturas mantêm as suas tradições a vários níveis, inclusivamente, em termos de práticas de saúde aplicadas (Cordeiro, 2006).

Em sociedades multiculturais, várias comunidades étnicas diferentes coabitam com um sistema cultural diferente do seu e que corresponde à cultura de acolhimento. Ainda assim, o que se verifica é que os valores culturais de origem destas comunidades e suas representações de saúde e doença emergem, e devem constituir-se como factores essenciais na elaboração de um plano de prestação de cuidados de saúde (Gervais & Jovchelovitch, 1998). Para tal, a noção de que a sabedoria cultural e mais tradicional é tem menos valor pode constituir-se como um erro, pois é ela quem modela a forma de pensar e sentir dos indivíduos, e o modo como são percebidos e representados os estados de saúde e doença (Gervais & Jovchelovitch, 1998).

Considerando que a maioria das decisões relacionadas com a saúde ocorrem num contexto não técnico ou profissional, mas sim num contexto mais social, permitir uma participação mais activa por parte dos elementos da comunidade nas decisões que são tomadas pode revelar-se uma mais valia para a mudança, p.e. dos serviços de saúde. Nesta linha de pensamento, Ornelas (2008) reporta-se à capacidade da comunidade fazer parte da identificação e definição de problemas que interferem com o seu funcionamento. Esta participação cívica permite-lhe organizar-se de forma a responder às suas necessidades de



uma forma eficaz e fazer parte de decisões que orientam o seu futuro. Com foco no conceito de *empowerment* (processo de mudança individual e colectiva), a participação activa das pessoas e comunidades, com as suas diferentes competências e recursos, nas soluções, torna-se fundamental para o crescimento dos indivíduos e das comunidades enquanto experiência comunitária orientada para a intervenção social (Ornelas, 2008). Assim, a recolha de opiniões e crenças na comunidade, possibilita um maior conhecimento das suas características culturais específicas, facilitando a sua participação no processo de mudança e desenvolvendo a sua consciência crítica acerca da sociedade e comunidade (Ornelas, 2008). Estudos realizados com grávidas, nomeadamente no que diz respeito às suas representações relativamente ao parto (Couto, 2003) e crenças e representações da gravidez na educação para a saúde (Couto, 1994), recorreram a relatos de mulheres grávidas para a recolha de dados. A utilização de uma metodologia qualitativa nestes estudos facilitou uma participação activa destas mulheres, o que se revelou crucial na aplicação prática destes estudos.

#### A Gravidez, comportamentos de saúde e crenças culturais

Ser mãe constitui-se como uma experiência que é vivida de diferentes formas conforme as civilizações. Pode ser uma experiência perigosa, dolorosa, satisfatória e importante, de acordo com as características individuais e culturais de cada mulher. Assim, o modo como a mulher vive a gravidez e a maternidade pode relacionar-se por um lado, com a componente cultural que influencia as suas acções, por outro, com as suas características de personalidade (Correia, 1998). Não se encontra, portanto, um comportamento universal e necessário por parte da mãe, mas sim uma grande variabilidade na sua expressão, que decorre das suas experiências, da sua cultura, das suas ambições, dos seus projectos e do seu funcionamento afectivo-emocional (Correia, 1998).

Falar de gravidez implica falar também do parto, não consistindo este apenas num acto biológico, mas também um momento que sofre múltiplas influências do funcionamento psicológico e do ambiente sócio-cultural (Correia, 1998). A sua história, através dos tempos, das culturas e do modo como ele é vivido, não se pode separar do percurso da organização familiar, social e cultural (Gil, 1998).

Na gravidez e maternidade uma maior exigência é feita à mulher relativamente aos cuidados de saúde a ter, e consoante as diferentes realidades sociais e culturais, vários factores morais, culturais, sociais, económicos e religiosos podem influir nos comportamentos de saúde adoptados (Conceição, 2001). Nomeadamente, para alguns grupos étnicos, a gravidez é um estado natural sem necessidade de cuidados especiais de saúde (Registo Nacional, 2002;

Luck et al. 1999; Calado et al. 1997). Num estudo feito com famílias imigrantes em Portugal (Machado et al. 2007), verificou-se mesmo que existe um início de vigilância da gravidez mais tardio no grupo de imigrantes em comparação às mulheres Portuguesas.

No que diz respeito às crenças e representações da gravidez, Couto (1994) realizou um estudo recolhendo informação por parte de três grupos sociais: médicos que fazem consulta de vigilância de gravidez na consulta externa da maternidade, enfermeiros desse mesmo serviço e grávidas que a ele recorrem. Através das entrevistas realizadas, este autor verificou que existe ainda uma forte prevalência de crenças leigas que influenciam os comportamentos das grávidas. Estas são de várias ordens, incluindo a pré-determinação do sexo do bebé, ou relativas a interdições e a prescrições durante a gravidez. Estas crenças são veiculadas de geração em geração, e embora não verbalizadas no momento da consulta, determinam comportamentos da grávida, e podem gerar medo e angústia. Muitas vezes, estes comportamentos são o reflexo não só do conteúdo da crença, mas também do medo que esta despoleta. O medo, é percebido pelo autor como variável que desencadeia a motivação para a protecção do feto e para o estado de saúde das grávidas em si (Couto, 1994). Estas crenças leigas podem não ser facilmente integradas ou compatíveis com as crenças e prescrições médicas, originando uma maior tensão interna entre os dois sistemas de crenças (Jovchelovitch, 2007).

Em termos de serviços de saúde, Couto (1994) verificou que parece não existir ainda um reconhecimento da importância de integrar os saberes sociais e culturais dos utentes desses serviços na educação para a saúde das grávidas.

## 1.2. Objectivos do Estudo

O presente estudo apresenta como principais objectivos gerais:

- Perceber quais são as crenças presentes no período da gravidez e de que modo influenciam os comportamentos de saúde em mulheres de uma minoria étnica (Africanas);
- Contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados às populações imigrantes, adequando as medidas e intervenções à sua especificidade cultural;
- Contribuir para o desenvolvimento de estratégias de promoção de comportamentos protectores de saúde de minorias (mulheres Africanas), eficazes e sensíveis à cultura, no que se refere ao planeamento e acompanhamento da gravidez.

## 2. Método

O presente estudo foi desenvolvido no campo (Bairro do Alto da Cova da Moura – Associação Cultural Moinho das Juventude) tendo sido utilizada uma abordagem exploratória, de natureza qualitativa do ponto de vista metodológico. Para a sua realização subdividimo-lo em duas componentes: 1) realização de grupos focais com mulheres Africanas; 2) e de entrevistas semi-estruturadas com peritos de grupos culturais Africanos em Portugal (*Experts*).

### 4.1. Caracterização da Amostra

Foram constituídos três grupos focais e realizadas três entrevistas individuais a peritos de grupos culturais Africanos em Portugal, perfazendo um total de dezassete participantes.

Dos grupos focais realizados, dois foram compostos por cinco mulheres, e um composto por quatro mulheres. Todas estas mulheres eram de origem Africana e encontravam-se distribuídas numa faixa etária dos 23 aos 46 anos de idade (M=32; DP~ 5.7). As participantes dos grupos constituídos já haviam sido mães e, em termos de qualificação profissional, apresentavam graus escolares entre o 9º ano e o 12º ano, tendo apenas uma frequentado o 1º ano do ensino superior. Nas tabelas seguintes (Tabelas 1, 2, 3) são caracterizadas as participantes dos grupos focais realizados em termos de idade, origem, habilitações literárias e número de filhos.

No que diz respeito aos peritos, estiveram envolvidos neste estudo três participantes, um do sexo masculino e dois do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 39 e os 64 anos (Tabela 4).

Tabela 1: Caracterização do Grupo 1

	Idade	Origem	Hab. Literárias	Nº Filhos
Grupo Focal 1				
Participante 1	42	S. Tomé e Príncipe	9º ano (curso profissional)	3
Participante 2	23	C. Verde (S. Vicente)	12º ano (curso profissional)	1
Participante 3	31	C. Verde	4º ano (1º ciclo)	2
Participante 4	31	C. Verde (nascida em Portugal)	9º ano (curso profissional)	3
Participante 5	22	C. Verde (nascida em Portugal)	12º ano incompleto	1

Tabela 2: Caracterização do Grupo 2

	Idade	Origem	Hab. Literárias	Nº Filhos
Grupo Focal 2				
Participante 1	46	S. Tomé e Príncipe	9º ano (curso profissional)	7
Participante 2	23	C. Verde (nascida em Portugal)	11º ano incompleto	1
Participante 3	35	C. Verde	9º ano	1
Participante 4	30	C. Verde (nascida em Portugal)	1º ano do ensino superior incompleto	2
Participante 5	24	C. Verde (nascida em Portugal)	4º ano (1º ciclo)	1

Tabela 3: Caracterização do Grupo 3

	Idade	Origem	Hab. Literárias	Nº Filhos
Grupo Focal 3				
Participante 1	34	S. Tomé e Príncipe	6º ano (2º ciclo)	2
Participante 2	41	Angola	12º ano	2
Participante 3	36	C. Verde	2º ano (1º ciclo)	4
Participante 4	30	C. Verde	6º ano (2º ciclo)	2

Tabela 4: Caracterização dos participantes das entrevistas individuais – *Experts*

<i>Expert</i>	Idade	Sexo	Origem	Função
1	64	Masc.	Portugal	Fundador e Ex Presidente da Associação de Moradores do Alto da Cova da Moura;  Fundador e actual Presidente da Associação de Solidariedade Social do Alto da Cova da Moura.
2	39	Fem.	C. Verde (há 35 anos em Portugal)	Secretária Geral da Associação Cultural Moinho da Juventude; Auxiliar de educação da Creche “A Árvore”.
3	56	Fem.	C. Verde (há 36 anos em Portugal)	Proprietária de um estabelecimento comercial no Alto da Cova da Moura; Antiga funcionária do Ministério da Marinha.

## 2.2. Instrumentos

### 1) Grupos Focais

A metodologia de grupos focais (Kruegen & Casey, 2000) foi utilizada com o objectivo de recolher dados, com base em opiniões pessoais e partilhadas em diferentes grupos, passíveis de posterior comparação e análise. Os grupos focais facilitam um ambiente mais natural, em comparação às entrevistas individuais, uma vez que os participantes influenciam e são influenciados uns pelos outros, tal como na vida real. As entrevistas por grupos focais pressupõem a combinação de cinco recursos: (1) as pessoas (2) que possuem determinadas características (3) e fornecem-nos dados qualitativos (4) numa discussão focada (5) que ajudam a compreender o tópico em estudo. Estes grupos são usualmente constituídos por cinco a dez elementos, mas a sua dimensão pode variar (Kruegen & Casey, 2000).

Neste estudo utilizaram-se três grupos focais. Estas foram seleccionadas por amostragem de conveniência, e por uma questão de disponibilidade das mesmas não nos foi possível um número igual de elementos em todos os grupos. Todas as participantes foram convidadas a participar no estudo na Associação Moinho da Juventude e, em caso afirmativo, deram consentimento informado para o seu envolvimento e para a gravação áudio da entrevista de grupo, de acordo com códigos éticos e deontológicos em psicologia (APA, 2002; FEAP, 1995).

Embora a realização de grupos focais de menores dimensões tenha tido na sua base a dificuldade em recrutar pessoas interessadas, revelou-se uma mais valia. A realização de grupos mais pequenos facilita a participação activa de todos os seus elementos, assim como elimina constrangimentos ao nível das infraestruturas (Kruegen & Casey, 2000).

As questões colocadas nos grupos focais realizados foram redigidas de um modo sequencial, facilmente perceptível e lógico para os participantes. Foram colocadas perguntas na sua maioria de resposta aberta, tornando-se estas mais específicas e focadas no decorrer na sessão. As questões iniciais serviram o intuito de facilitar a participação e conversação, ao passo que as questões finais permitiram a recolha da informação mais focada.

Seguindo a linha orientadora de Kruegen e Casey (2000), o moderador nestes grupos cumpriu o papel de facilitação e mediação da discussão, não exercendo pressão para o consenso, mas antes procurando dar uma maior atenção aos sentimentos e comentários dos participantes no período da discussão.

Para a componente referida - Grupos Focais -, foi desenvolvido um guião de entrevista específico<sup>1</sup> com base na literatura e objectivos do estudo. Este guião foi composto por oito questões e procurou abordar os seguintes temas: a) Percepção da gravidez e maternidade na comunidade Africana; b) Cuidados adquiridos no período de gravidez e maternidade; c) Diferenças culturais na gravidez e maternidade; d) Percepção do SNS (pontos fortes e pontos fracos).

## 2) Entrevista Semi-Estruturada (Entrevistas Individuais aos *Experts*)

A utilização de uma metodologia de entrevista cumpre o objectivo de obter informações de um determinado entrevistado, em relação a um objectivo específico. No presente estudo utilizou-se a entrevista semi-estruturada, caracterizada pela existência de um guião previamente elaborado para orientação ao desenvolvimento da entrevista. Neste tipo de entrevista, o entrevistador tem um papel activo, permitindo que a mesma se vá adaptando ao entrevistado, através de uma flexibilidade na exploração das questões e da introdução de novas questões (Colognese & Mélo, 1998).

Para as Entrevistas Individuais foi também elaborado um guião de entrevista<sup>2</sup>, composto por sete questões que procuraram abordar os seguintes temas: a) Caracterização da população Cabo-verdiana em Portugal; b) Percepção de saúde (população Cabo-verdiana); c) Percepção do SNS (pontos fortes e pontos fracos).

### 2.3. Procedimento

Numa fase inicial do estudo, foi feito o recrutamento da amostra. Esta foi recolhida na sua totalidade – grupos focais e entrevistas individuais - no Bairro do Alto da Cova da Moura. Os grupos focais decorreram na Associação Cultural Moinho da Juventude, uma vez que a maioria das suas participantes eram mães de crianças que frequentavam algumas das valências desta Associação. As entrevistas individuais aos *experts* foram realizadas no local de trabalho de cada participante. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio com autorização prévia dos entrevistados tendo sido posteriormente transcritas.

Após transcrição de todas as entrevistas, procedeu-se à sua análise com base no programa de análise qualitativa Atlas-ti versão 5.2 e todos os dados foram codificados através de uma metodologia de *Open Coding* (codificação/categorização) e organização de categorias e sub-categorias – *Grounded Theory* (Strauss & Corbin, 1990). A escolha da *Grounded*

<sup>1</sup> Anexo A – Guião de Entrevista Grupos Focais.

<sup>2</sup> Anexo B – Guião de Entrevista Individual aos *Experts*

*Theory* prende-se aqui com o facto de nos permitir perceber os processos a partir dos quais os indivíduos constroem a sua experiência intersubjectiva (Suddaby, 2006). Esta metodologia permitiu-nos conduzir o estudo com base numa interpretação que é feita dos significados e conceitos elaborados pelos participantes (actores sociais) no seu contexto real.

A análise final dos dados foi feita de acordo com o estabelecimento de padrões e temas entre os casos através da sua frequência: a) Geral, no caso de uma sub-categoria presente na totalidade dos participantes; b) Típica, para sub-categorias presente em pelo menos metade dos participantes; e c) Variante, para as sub-categorias presente em menos de metade dos participantes (Hill, Thompson & Williams, 1997; Miles e Huberman, 1994). Esta metodologia tem sido já utilizada por outros investigadores (e.g. Neufeldt, Pinterits, Moleiro, et al, 2006) no âmbito de análise quantitativa de categorias referidas em entrevistas.



## 3. Apresentação e Análise de Resultados

*Grupos Focais*

Para análise dos Grupos Focais realizados, definiram-se um total de cinco temas e doze categorias, encontrando-se estas divididas em sub-categorias. As tabelas em seguida apresentadas (Tabelas 5, 6, 7, 8) descrevem as dez categorias correspondentes aos temas abordados na entrevista de grupo.

Tabela 5: Resultados dos Grupos Focais para o tema “Percepção de gravidez e maternidade na comunidade Africana”

<b>Tema: Percepção da gravidez e maternidade na comunidade Africana</b>					
<b>Categoria</b>	<b>Sub-Categoria</b>	<b>Geral</b>	<b>Típica</b>	<b>Variante</b>	
Características da cultura Africana	. Transmissão da cultura Africana entre gerações	x			
	. “Aguentar até à última”		x		
	. Maior vivência em comunidade em África		x		
	. Percepção negativa da gravidez na adolescência		x		
	. Percepção negativa da IVG <sup>3</sup>		x		
	. Tradição Africana_ famílias numerosas		x		
	. Diferença de atitude face à gravidez_ estilo familiar				x
	. Diferença de atitude face à gravidez_ faixa etária				x
	. Percepção positiva da autonomia de raparigas pré-adolescentes				x
	. Prestação de cuidados a crianças não familiares				x
Comportamentos de saúde	. Acompanhamento médico de mulheres grávidas	x			
	. Recurso ao SNS em situações de mal-estar	x			
	. Uso de terapêuticas receitadas			x	
Comportamentos de risco para a saúde	. Falta de rotinas médicas na gravidez	x			
	. Desvalorização dos riscos de saúde no pós-parto em África_ maior nº de mortes			x	

<sup>3</sup> IVG – Interrupção Voluntária de Gravidez

No que se refere ao tema “percepção de gravidez e maternidade na comunidade Africana”, salientam-se as categorias que revelam uma maior concordância entre as participantes. Assim, e no que diz respeito às características da população Africana, todas as participantes referiram a importância da transmissão da sua cultura de origem entre gerações como forma de a preservar e continuar os seus costumes. Verificou-se ainda que existe a tradição de fazerem parte e constituírem famílias numerosas (“*comem aqui dois, podem comer três e se é para comer quarto comem quatro*” ou “*na nossa cultura já é muita tendência para ter muitos filhos (...) então é uma alegria quando se tem filhos*”). Na sua maioria, as participantes referiram a importância de uma maior vivência em comunidade, assim como atribuem como característica “aguentar até à última”, conceito relacionado com força e resistência física.

Os relatos das participantes revelaram que existe um sentimento negativo face à Interrupção Voluntária de Gravidez, assim como à Gravidez em Adolescentes entre os 13 e os 14 anos de idade (“*mas eu acho que não é muito bem aceite quando acontece numa idade... não aconselhável, entre os 13...*”). As participantes referiram também que muitas vezes as jovens engravidam por falta de informação e disponibilidade da família de discutir acerca das questões relacionadas com a sexualidade. Desta forma, as raparigas acabam por esconder o facto de que têm uma vida sexual activa e não adoptar comportamentos mais preventivos ou saudáveis.

Em termos de comportamentos de saúde adoptados por estas mulheres, é na população mais jovem que se verificaram mais comportamentos de saúde, sendo exemplo dos mesmos o recurso ao médico, Hospital ou Centro de Saúde em caso de doença ou Urgência Médica. Mais ainda, foi referido que mulheres de uma geração mais nova adoptam rotinas de acompanhamento médico da gravidez, ao contrário de mulheres mais velhas que tenham passado este período em África, ou mesmo algumas mulheres já nascidas e com filhos em Portugal.

Tabela 6: Resultados dos Grupos Focais para o tema “Cuidados adquiridos no período de gravidez e maternidade”

<b>Tema: Cuidados adquiridos no período de gravidez e maternidade</b>					
<b>Categoria</b>	<b>Sub-Categoria</b>	<b>Geral</b>	<b>Típica</b>	<b>Variante</b>	
Práticas de saúde tradicionais	. Água quente/ vapores_ recuperação física pós-parto	x			
	Africanas				
	. Banhos com eucalipto e outras ervas_ recuperação física pós-parto	x			
	. Banho c/ alecrim_ prevenção de doença no bebé		x		
	. Canja de galinha_ específico no pós parto		x		
	. Chá_ período de amamentação		x		
	. Cinta de pano_ recuperação física pós-parto		x		
	. Manteiga de vaca_ período de amamentação		x		
	. Milho e mandioca_ período de amamentação		x		
	. Xarope caseiro para tosse		x		
	. Compressas de álcool_ terapêutica utilizada em doença respiratória				x
	. Massagem corporal pós-parto				x
	. Quarentena pós-parto_ recuperação física				x
	. Transporte do bebé às costas_ relação mãe/ bebé				x
Crenças de saúde	. Fazer esforços/ carregar pesos prejudicial na gravidez		x		
	. Medicação caseira mais eficaz_ crença da população mais velha		x		
	. Contacto c/ animais prejudicial antes dos 3 meses de gravidez				x
	. Maior desenvolvimento das crianças em África vs Portugal				x
	. Não andar com os pés no chão após o parto				x
	. Não lavar a cabeça após o parto				x
	. Não sair à rua após o parto				x
	. Não tomar banho após o parto				x
	. Recuperação física após a gravidez mais rápida em África vs Portugal				x

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

Em menor número, algumas das participantes mencionaram que acreditam que a medicação caseira é mais eficaz em termos de convalescença da mulher, assim como um sentimento de que, em África, o corpo recupera mais facilmente. Reportaram ainda que acreditam que as crianças apresentam perfis de desenvolvimento superiores aqueles verificados em Portugal (“(...) *uma criança que cresceu, nasceu e cresceu em África, já é um bocadinho mais acima no desenvolvimento*”).

As informações recolhidas remetem-nos ainda para a influência que as crenças de saúde destas mulheres parecem ter no que diz respeito aos cuidados que são praticados, nomeadamente em termos de alimentação e restrições alimentares, principalmente no período pós parto (p.e. milho e mandioca; não andar com os pés no chão; quarentena).

Tabela 7: Resultados dos Grupos Focais para o tema “Diferenças culturais na gravidez e maternidade entre Portugal e Cabo Verde”

<b>Tema: Diferenças culturais na gravidez e maternidade entre Portugal e Cabo Verde</b>				
<b>Categoria</b>	<b>Sub-Categoria</b>	<b>Geral</b>	<b>Típica</b>	<b>Variante</b>
Estilos de educação	. Mães domésticas em África_ maior disponibilidade para os filhos		x	
	. Maior facilidade na educação das crianças em África vs pagar para ter ama em Portugal		x	
	. Maior liberdade de acção na educação em África		x	
	. Maior instabilidade comportamental das crianças em Portugal			x
	. Distância casa_ trabalho_ constrangimento à disponibilidade para estar com os filhos			x
	. Trabalho_ stress constrangimentos a uma melhor qualidade de vida			
Estilos de vida	. Actividade doméstica da mulher grávida em África		x	
	. Obrigatoriedade de trabalhar em Portugal_ constrangimento a estar com os filhos		x	
	. Menor disponibilidade dos pais em Portugal			x
	. Maior nº de partos por cesariana em Portugal			x
	. Maior recurso a creches em Portugal			x
	. Período de amamentação mais longo em Africanas			x
	. Separação mãe/filho mais precoce em Portugal			x
Outros	. Discriminação social face às mulheres Africanas		x	
	. Preconceito mulher Africana_ maior nº de filhos		x	

Para o tema “diferenças culturais na gravidez e maternidade entre Portugal e Cabo Verde” definiram-se 3 categorias: 1) “estilos de educação”; 2) “estilos de vida”; e 3) “outros”. Para estas categorias, várias variáveis foram referidas, sendo que as mais importantes para as participantes dizem respeito à disponibilidade de tempo que os pais apresentam para estar com os seus filhos. Foram sentidas pelas participantes mais dificuldades neste aspecto em Portugal, uma vez que existe uma maior obrigação de exercer uma profissão. Em África, a maioria das mulheres assumia uma actividade doméstica, o que lhe permite, segundo as entrevistadas, estar mais tempo com os seus filhos, e desse modo participar mais na sua educação (*“na África a maior parte das mulheres são domésticas, em geral são poucas as mães que vão trabalhar fora (...) aqui pelos vistos temos de trabalhar (...)”*).

O trabalho é, então, visto por estas mulheres como um constrangimento a uma melhor qualidade de vida, juntamente com factores como o *stress* e a existência de outros familiares além dos filhos. Deste modo, existe uma opinião global de que em África as crianças têm maior liberdade de contacto com a Natureza, e que em Portugal apresentam comportamentos mais instáveis. Verificou-se ainda um sentimento negativo ao facto de terem de recorrer a amas por indisponibilidade de tempo.

Em termos familiares e no que diz respeito ao número de filhos, as opiniões recolhidas para este tema parecem reflectir uma percepção e experiência do preconceito social face à mulher Africana e o número de filhos (*“eles acham que estamos a fazer um colecção de filhos”*).

Tabela 8: Resultados dos Grupos Focais para o tema “Percepção do SNS (pontos fortes e pontos fracos)”

<b>Tema: Percepção do SNS (pontos fortes e pontos fracos)</b>					
<b>Categoria</b>	<b>Sub-Categoria</b>	<b>Geral</b>	<b>Típica</b>	<b>Variante</b>	
Pontos fortes do SNS	. Acompanhamento médico da gravidez	x			
	. Acompanhamento pré-natal completo		x		
	. Bons meios de diagnóstico		x		
	. Fácil acesso à informação		x		
	. Realização de exames de rotina na gravidez		x		
	. Suplemento alimentar para o bebé				x
	. Terapêuticas utilizadas no parto (p.e. epidural)				x
Pontos fracos do SNS	. Comportamento desadequado dos técnicos		x		
	. Diferença de atendimento em diferentes C.Saúde		x		
	. Falta de apoio dos pessoal técnicos		x		
	. Falta de articulação entre Hospital e C.Saúde		x		
	. Falta de médico de especialidade no C.Saúde		x		
	. Sentimento negativo face ao exame CTG <sup>4</sup>		x		
	. Atendimento feito por estagiários				x
	. Desresponsabilização dos médicos				x
	. Diferença no parto assistido por médicos vs enfermeiros				x
	. Discriminação social				x
. Infraestruturas desadequadas				x	

---

<sup>4</sup> CTG - Cardiotocografia

Para melhor compreender de que modo se pode contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde prestados às populações imigrantes, explorou-se a percepção das participantes em relação ao SNS. Esta análise consistiu numa divisão entre pontos fortes e pontos fracos, obtendo-se uma opinião geral das participantes de que, ao nível dos técnicos de saúde, existe ainda algum preconceito face à mulher Africana e ao número de filhos que tem. Inclusivamente, algumas mulheres referiram que muitas vezes membros da mesma etnia, que são técnicos de saúde, desvalorizam o estado de saúde das grávidas/ puérperas com base na crença de “aguentar até à última” (*“você é de raça negra, na raça negra isso não se faz, levanta da cama e põe-se a andar”*).

Contudo, e em termos de pontos fortes sinalizados, foi referida a importância e o fácil acesso à informação que diz respeito ao planeamento familiar e acompanhamento na gravidez. Comparativamente ao Sistema de Saúde existente em Cabo Verde, caracterizado por uma das participantes como tendo poucos meios (*“(…) mas sendo em Cabo Verde, lá não tem os meios todos”*), existe um sentimento positivo face às práticas de acompanhamento pré-natal e na gravidez (p.e. realização de exames de rotina - ecografia) existentes em Portugal. No entanto, referiram que algumas mulheres Africanas não recorrem ao Planeamento Familiar, e mesmo muitas vezes às consultas de acompanhamento da gravidez (*“(…) muitas mães continuam a não ir às consultas (...) e fazer o planeamento (...) e fazer o pré-natal”*).

Além dos temas e categorias apresentadas nas Tabelas 5, 6, 7 e Tabela 8, agruparam-se ainda duas categorias sob o tema “Outros” (Anexo C), correspondendo estas a categorias adicionais aos temas estudados. Destas foram referidas as dificuldades de integração relacionadas com questões legais e burocráticas – legalização da nacionalidade e registo de residência, morosidade do processo de legalização –, e mesmo dificuldades ao nível da integração das crianças Africanas em escolas Portuguesas. As participantes referiram a forte influência destas dificuldades ao nível das suas condições de vida pois inviabilizam a sua possibilidade de arranjar uma situação laboral estável (*“sempre que bato uma porta para pedir emprego tenho a questão da documentação”*).

Por último, verificou-se uma avaliação negativa por parte de algumas mulheres no que diz respeito às políticas de atribuição de subsídios monetários (Abono de Família e Subsídio de Maternidade) (ver Anexo C). Apesar de se constituírem como iniciativas que são tomadas em prol das famílias mais carenciadas, estes subsídios foram considerados desadequados e atribuídos de forma desigual, não correspondendo às suas necessidades reais.



## Apresentação e Análise de Resultados: Entrevistas Individuais a *Experts*

Da análise realizada às entrevistas individuais a *Experts*, obteve-se um total de catorze categorias, estando estas divididas em sub-categorias. As tabelas em seguida apresentadas (Tabelas 9, 10, 11) descrevem os resultados obtidos para os temas abordados na entrevista.

Tabela 9: Resultados Entrevistas Individuais para o tema “Caracterização da população Cabo-Verdiana em Portugal”

<b>Tema: Caracterização da população Cabo Verdiana em Portugal</b>					
<b>Categoria</b>	<b>Sub-Categoria</b>	<b>Geral</b>	<b>Típica</b>	<b>Variante</b>	
Características da população Africana	. “Ser corajoso”		x		
	. Partir o milho_prática mantida em Portugal		x		
	. Crioulo adaptado_população mais nova				x
	. Crioulo original_população mais velha				
	. Parto em casa_parto tradicional em África				x
	. Percepção negativa da gravidez na adolescência				x
	. Trabalho maioritariamente no campo_Cabo Verde				x
	. Transporte do bebé às costas				x
Dificuldades de integração	. Não reconhecimento da qualificação profissional de nível superior		x		
	. Falta de documentação_processo de legalização		x		
	. Contrato de trabalho_processo de legalização				x
	. Diferentes modos de vida				x
	. Dificuldade em manter hábitos culturais				x
	. Preconceito racial no local de trabalho				x
Outros	. Maior procura de trabalho na construção civil_população masculina		x		
	. Maior importância dada à escolaridade em Cabo Verde vs Cova da Moura				x
	. Maior procura de trabalho na área comercial_falência do trabalho no campo				x
	. Manhã/ madrugada_horários de trabalho				x

Considerando que as entrevistas individuais foram realizadas com peritos culturais Africanos no Bairro do Alto da Cova da Moura, qualquer um dos entrevistado reportou-se maioritariamente a esta realidade social. Assim, verificámos que, segundo os entrevistados, este é o Bairro, dentro do concelho da Amadora, no qual reside um maior número de imigrantes Africanos, sendo na sua maioria de Cabo Verde e de uma faixa etária mais jovem (entre os 20 e os 25 anos de idade). Em termos de qualificação profissional, verificou-se uma maior variabilidade nas opiniões recolhidas, sendo que um dos entrevistados referiu o aumento do número de pessoas com qualificação profissional ao nível superior, enquanto que outro focou a importância da escolarização na formação das crianças e jovens. Este referiu ainda a diferença entre o que se observa na Cova da Moura e aquilo que é verificado em Cabo Verde, onde a escolarização é considerada um factor importante na formação do indivíduo (*“aqui no bairro o que eu vejo, algumas pessoas, é que não vão à escola, enquanto que em Cabo Verde todos os filhos, os mais pobres que sejam vão à escola”*).

No que se refere à língua materna (crioulo), sendo este um factor considerado importante na transmissão da cultura de origem, um dos entrevistados referiu as diferenças que se verificam em termos de expressão linguística. Nos mais novos verifica-se uma maior influência da língua Portuguesa, enquanto que nos mais velhos o crioulo é o original. Tal como nos grupos focais, foram referidas características como “ser corajoso” (equivalente a “aguentar até à última”), e uma percepção negativa da gravidez na adolescência.

Em termos de horários e áreas de trabalho, os entrevistados relataram uma prevalência de horários entre a noite e a madrugada, e uma maior procura de trabalho na construção civil e comércio (população masculina), e trabalhos de limpeza de habitações (população feminina).

Dentro das dificuldades de integração sentidas pela população Africana reportadas pelos peritos, existiu uma maior concordância no que diz respeito ao processo de legalização. Este foi percebido por todos os participantes como um grande impedimento, quer em termos laborais, quer em termos de qualidade de vida (*“(...) não ser legal, as pessoas também têm um impedimento para poder trabalhar, e depois a parte da integração (...) é muito demorada. Tem de ter um contrato de serviço, eles aproveitam qualquer trabalho (...)”*).

Um dos entrevistados acrescentou que existe ainda uma percepção de “não-aceitação” em relação ao modo de vida destes imigrantes por parte dos Europeus em geral, para além das fronteiras de Portugal, assim como grandes dificuldades em termos do reconhecimento das qualificações académicas. Estas dificuldades limitam a procura de trabalho (*“(...) quando vem de lá, obviamente vem com diploma; mas tem de estudar para ter esse diploma completo senão não podes exercer”*).

Tabela 10: Resultados das Entrevistas Individuais para o tema “Percepção do SNS (pontos fortes e pontos fracos)”

<b>Tema: Percepção do SNS (pontos fortes e pontos fracos)</b>					
<b>Categoria</b>	<b>Sub-Categoria</b>	<b>Geral</b>	<b>Típica</b>	<b>Variante</b>	
Pontos Fortes do SNS	. Facilidade de diagnóstico_realização de exames médicos na urgência hospitalar			x	
	. Percepção de ausência de discriminação no atendimento			x	
	. Variabilidade e quantidade de informação disponibilizada			x	
Pontos Fracos do SNS	. Dificuldades de comunicação_desconhecimento de outras culturas		x		
	. Falta de clareza e linguagem complexa em panfletos informativos		x		
	. Estratificação no acesso à assistência médica			x	
	. Morosidade dos exames			x	
	. Percepção negativa da atenção dada aos mais carenciados			x	
	. Percepção negativa da atenção dada aos reformados				
	. Percepção negativa do atendimento médico pelo SNS vs atendimento médico privado				x
	. Pouca variabilidade linguística nos panfletos informativos disponibilizados				x
Comparação entre o SNS e o SS em Cabo Verde	. Diferenças entre o SS Cabo Verde vs SNS	x			
	. Falta de assistência médica em Cabo Verde	x			
	. Falta de recursos técnicos em Cabo Verde	x			
	. Rotinas de planeamento familiar		x		
	. Desconhecimento de certas doenças_p.e. epilepsia			x	

No que diz respeito ao SNS parece existir, por parte dos peritos entrevistados, uma opinião geral mais favorável comparativamente às opiniões recolhidas nos grupos focais. Deste modo, revelaram um sentimento positivo face às práticas médicas no período de gravidez e maternidade no que diz respeito ao acompanhamento que é feito. Foi estabelecida também a comparação entre a utilização de práticas de diagnóstico em Portugal, que não existem ainda em Cabo Verde. Para estes participantes, não se verifica uma diferença ao nível do atendimento de utentes de diferentes etnias, assim como a informação disponibilizada pelo SNS é considerada suficiente.

Os pontos fracos apontados ao SNS prenderam-se maioritariamente com a língua materna e com as dificuldades de comunicação que por vezes parecem existir. Dentro destas dificuldades, foi referido o desconhecimento das especificidades culturais dos utentes que recorrem aos serviços médicos e que muitas vezes pode ser a causa de divergências entre os mesmos e os técnicos (*“(...) que cada povo tem os seus costumes, a sua maneira de estar, a sua maneira de interpretar o apoio que considera essencial para ela (...) intérpretes dentro do SNS apropriados (...)*). Por outro lado, um dos entrevistados revelou uma opinião mais crítica, considerando que na base daquilo que não está bem no SNS, reside uma diferença entre o atendimento no SNS e em médicos particulares. Foi referida a importância de uma maior atenção dada a pessoas mais carenciadas, como são exemplo os mais idosos.

Comparativamente ao SNS, os entrevistados referiram que as maiores diferenças em relação ao Sistema de Saúde em Cabo Verde se prendem com falta de recursos técnicos e assistência médica, e até mesmo no desconhecimento de determinadas doenças (p.e. epilepsia).

Tabela 11: Resultados das Entrevistas Individuais para o tema “Percepção do estado de saúde da população Cabo-Verdiana”

<b>Tema: Percepção do estado de saúde da população Cabo-Verdiana</b>					
<b>Categoria</b>	<b>Sub-categoria</b>	<b>Geral</b>	<b>Típica</b>	<b>Variante</b>	
Comportamentos de Saúde	. Maior recurso ao médico em situação de urgência_ população mais jovem	x			
Comportamentos de Risco para a Saúde	. Menor recurso ao médico_adolescentes grávidas				x
	. Recurso ao médico mais tardio_população mais velha				x
Percepção do estado de saúde	. Qualidade dos alimentos como causa de problemas alimentares		x		
	. Falta de alimentação_causa de doença				x
	. Maior acompanhamento pela família na doença				x
	. Menos cuidados de saúde_população mais velha				x
	. Maior responsabilidade na gravidez_população mais jovem				x
	. Percepção de saúde igual à do português				x
	. Prioridade do “remédio de terra” na doença				x
	. Prioridade do trabalho vs saúde				
	. Relação poder de compra/ qualidade dos alimentos_responsabilização dos governantes				x
Políticas de atribuição de subsídios monetários às famílias	. Sentimento negativo face ao Rendimento Mínimo Social_desadequado às famílias				x
	. Sentimento positivo face ao Subsídio de Maternidade				x
Cuidados na gravidez e maternidade_práticas tradicionais	. Leite retirado da vaca_suplemento alimentar utilizado por mães africanas em Cabo Verde				x
	. Papa de milho vs dieta alimentar				x

Em termos de comportamentos de saúde, os entrevistados indicaram que parece ser a população mais velha quem adopta mais comportamentos de risco, recorrendo com maior frequência a medicação caseira e menos a terapêuticas médicas (“(...) *os mais antigos já são mais pelo remédio, de que eles dizem, o remédio de terra, que é caseiro*”).

Os peritos referiram ainda que, embora a população mais jovem recorra mais facilmente ao médico e ao SNS em caso de urgência ou doença, em termos sociais é alvo de maiores preocupações pois verifica-se uma elevada taxa de delinquência entre os 18 e os 20 anos de idade. A recolha de dados realizada nas entrevistas individuais permitiu-nos perceber que existe já uma sensibilidade para o problema da delinquência, assim como o conhecimento dos vários programas existentes para jovens e que procuram intervir em várias áreas, tendo a população adolescente como alvo. Destes foram referidos os programas de formação profissional para jovens e o apoio que é dado às adolescentes grávidas (“(...) *actualmente em Portugal já dá bastante formação (...) já dão um ordenado para a pessoa se formar (...) tem havido portanto projectos neste campo e tem havido um apoio bastante significativo a estas miúdas (...) muito novas ainda têm passado por esse campo da gravidez precoce*”). Os *experts* defenderam que as adolescentes grávidas são um grupo pouco aceite por parte da comunidade Africana, incorrendo muitas vezes em comportamentos de risco, verificados pelo facto de não recorrerem ao acompanhamento médico, mesmo com apoios sociais.

Em termos de percepção de saúde, tal como referido anteriormente, as entrevistas individuais revelaram que existe uma diferença entre os comportamentos adoptados pela população mais nova e a população mais velha. Contudo, embora a população mais jovem adira mais facilmente às rotinas médicas, nomeadamente, no período de gravidez e maternidade, existe ainda uma forte utilização de práticas tradicionais Africanas, já verificado ao nível dos grupos focais. Nomeadamente, o acompanhamento médico apenas se verifica na gravidez, e não numa fase anterior à mesma (i.e. planeamento).

Das práticas vulgarmente utilizadas e referidas aquando das entrevistas, verificou-se que é dada uma forte importância à alimentação e à recuperação física da parturiente. A alimentação, ou a pobre qualidade da alimentação consumida, foi mesmo referida como uma das causas principais de doença. Ainda, a alimentação foi referida como primordial no desenvolvimento saudável das crianças, em especial a comida tradicional Africana, p.e. papas de milho.

#### 4. Discussão Geral

O presente estudo procurou explorar as crenças e características específicas dos comportamentos de saúde de mulheres Africanas a viver em Portugal, através de uma metodologia qualitativa. A partir dos objectivos definidos para o presente estudo, a análise de dados permitiu-nos identificar algumas crenças específicas desta população sobre os comportamentos de saúde na gravidez e perceber qual o papel dessas crenças nos seus comportamentos de saúde. Este conhecimento poderá facilitar uma melhoria ao nível dos cuidados de saúde prestados às populações imigrantes, embora necessite ainda de uma maior exploração.

Em primeiro lugar, a análise da informação recolhida permite-nos caracterizar a comunidade Africana em termos da importância que é dada à transmissão da sua cultura (e.g. ensino da língua materna e práticas culturais) e à estrutura familiar (i.e. famílias numerosas). Na sua maioria, os imigrantes de etnia Africana mantêm muitas das suas tradições e práticas no país de acolhimento. Estas tradições prendem-se com uma maior vivência em comunidade e com a transmissão dos valores e normas da cultura de origem, sendo esta feita através da língua materna (crioulo). Mediante o valor que a família tem no seio desta comunidade, a gravidez é aceite de forma positiva, excepto quando ocorre numa fase precoce (entre os 13 e os 14 anos de idade). Ainda assim, a Interrupção Voluntária de Gravidez não se constitui como uma opção, pelo que se obteve um sentimento negativo face à mesma. Maior atenção será necessária a esta área de intervenção – gravidez na adolescência de populações imigrantes – em consonância com directrizes internacionais (*Surgeon General's Workshop on Women's Mental Health – Workshop Report, 2005*), que salientam a importância de estudar e intervir junto de mulheres e raparigas para diminuir os riscos específicos que se lhes colocam em determinados estádios de desenvolvimento.

No que diz respeito aos comportamentos de saúde, a informação recolhida permitiu-nos perceber que, mesmo conhecendo as práticas do SNS, existe um grande recurso a práticas tradicionais pelas mulheres Africanas. Estas práticas relacionam-se com crenças que são transmitidas de geração em geração e estão ligadas a cuidados no período do pós-parto, sendo elas crenças leigas de restrição e prescrição alimentar. Estes dados são consistentes com o estudo de Couto (1994) sobre crenças de saúde na gravidez. Existem ainda muitas crenças ligadas a alimentos específicos e acções específicas (p.e. não tomar banho; não sair à rua) que influenciam os comportamentos destas mulheres, principalmente no período pós parto. Mesmo aderindo a terapêuticas médicas, não deixam de recorrer às práticas tradicionais e aos

“remédio de terra” (i.e. medicamento caseiro) pois baseiam-se na crença de que estes são benéficos para a sua saúde.

Em termos de comportamentos de risco para a saúde, verificou-se que é a população mais velha que recorre ao Hospital mais tardiamente, recorrendo primeiramente a terapêuticas tradicionais e caseiras. Parece não existir uma noção da gravidade do problema incorrendo por vezes em situações graves de saúde. No que diz respeito à importância da percepção da gravidade do problema Rogers (1975) na sua Teoria de Motivação para a Protecção, reporta-se à mesma como preditor da motivação para o comportamento. Ou seja, em situações em que não existe esta noção de gravidade, o comportamento de protecção para a saúde não será adoptado. A crença de “aguentar até à última”, enquanto símbolo de resistência física característico dos Africanos, constitui-se um exemplo da forma como não existe uma noção das consequências do problema, podendo agravar o estado de saúde do indivíduo.

A importância que é dada às práticas tradicionais e a não adopção de comportamentos de saúde mais preventivos parecem ser também influenciadas pela percepção negativa que existe do SNS e do comportamento dos técnicos de saúde. Esta situação reflecte a influência da “norma subjectiva” (motivação para aceitar o ponto de vista dos outros ou, o que os outros acham que se deve fazer), e da “atitude relativa ao comportamento” (determinada pela avaliação positiva ou negativa de determinado comportamento e da crença de que adoptar esse comportamento trará algum benefício) (Teoria do Comportamento Planeado, Ajzen & Madden, 1986). Não existindo motivação para aderir às rotinas e terapêuticas indicadas pelo SNS, e sendo realizada uma avaliação negativa de adoptar este comportamento, a utilização de outras práticas, neste caso, tradicionais da cultura Africana, torna-se uma mais valia para esta comunidade.

Os serviços de saúde e os seus técnicos parecem apresentar muitas vezes comportamentos desadequados (e.g. preconceito) e pouco atentos às necessidades específicas das mulheres quando estão grávidas ou no puerpério. Emerge, portanto, a necessidade fornecer a estes técnicos um maior conhecimento das características culturais específicas de cada população. O maior reconhecimento da importância do treino de competências multiculturais dos técnicos de saúde nas últimas décadas (Pope-Davis et al., 2003) tem conduzido à sua inclusão nos códigos deontológicos internacionais das práticas profissionais (APA, 1993, 2002, 2003), bem como contribuído para a definição de intervenções mais sensíveis à diversidade cultural. Um exemplo disso mesmo foi a criação da *EuroMed Network on Migration and Mental Health*, o desenvolvimento de jornais específicos da área (como o *International Journal of Migration, Health and Social Care*), bem como de programas de formação pós-graduada na



Europa. Estes esforços ainda não têm paralelo em Portugal, quer na formação médica, quer da psicologia. Com o presente estudo, contribuímos para reforçar a necessidade de que haja por parte do SNS uma maior sensibilidade e formação ao nível das comunidades imigrantes que a ele recorrem.

Embora existam várias limitações inerentes estudo apresentado, nomeadamente a generalização dos resultados, de certo modo impossibilitada pela dimensão e representatividade da amostra, consideramos premente a replicação destes resultados com outras amostras e metodologias distintas.

Em termos de implicações, julgamos que o aumento gradual do número de imigrantes em Portugal implica um maior trabalho nesta área, nomeadamente: na dinamização de programas de intervenção em saúde pública com equipas multidisciplinares (p.e. equipas de intervenção/ assistência médica ao domicílio); na dinamização de acções de promoção de saúde no que diz respeito à importância do planeamento familiar em populações mais jovens (feminina e masculina); na dinamização de acções de sensibilização para as diferenças culturais existentes em contexto de saúde dirigidas a técnicos de saúde e auxiliares.

Como exemplo tomamos o estudo realizado por Gervais e Jovchelovitch (1998) acerca das crenças de saúde na comunidade Chinesa em no Reino Unido. Numa procura de compreender mais profundamente as representações de saúde e doença desta comunidade, as autoras referem como implicações do seu estudo a promoção de uma maior sensibilização para a diversidade linguística, sócio-económica e de estilos de vida da população Chinesa; a produção de material bilingue com escrita Chinesa; o conhecimento e respeito dos valores e herança cultural dos Chineses; a utilização de intérpretes nos Serviços de Saúde; a existência de agentes específicos (mulher/ homem, local/ nacional) na educação para a saúde, entre outras. Estas implicações parecem-nos igualmente importantes no trabalho que pode ser realizado a nível da intervenção comunitária com os variados grupos etnicamente minoritários em Portugal, pressupondo sempre a participação activa dos indivíduos.

## 5.Referências Bibliográficas

Ajzen, I., Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behaviour: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22, 453-74.

American Psychological Association. (1993). Guidelines for providers of psychological services to ethnic, linguistic, and culturally diverse populations. *American Psychologist*, 48, 45-48.

American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 57, 1060-1073.

American Psychological Association. (2003). Guidelines Multicultural Education, Training, Research, Practice, and Organizational Change for Psychologists. *American Psychologist*, 58, 5, 377-402

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey Bass

Calado, B., Silva, L., Guerreiro, D. (1997). Barreiras e incentivos à vigilância pré-natal, identificação das barreiras – resultados parcelares. *Saúde em Números*, 12 (4), 29-31.

Colognese, S. A., Mélo, J. L. B. (1998). *A Técnica de Entrevista na Pesquisa Social*. In Pesquisa Social Empírica: Métodos e Técnicas. Cadernos de Sociologia, vol. 9. Porto Alegre: PPGS/UFRGS

Conceição, A. (2001). *Acesso das Grávidas aos Cuidados de Saúde. O caso das mulheres oriundas dos PALOP'S e das mulheres portuguesas no Concelho de Águeda*. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Coimbra

Conner, M., Norman, P. (2005). *Predicting Health Behaviour*. 2<sup>nd</sup> Ed London: Open University Press

Cordeiro, M. (2006). Sistemas Prescritivos e Assistência Pré-Natal: Consistência ou Confronto. Tese de Doutoramento em Psicologia e Sociologia da Educação, Badajoz, Universidade de Extremadura.

Correia, M. (1998). Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*, 3 (XVI): 365-371

Couto, A. (1994). Crenças e Representações da Gravidez na Educação para a Saúde. Tese de Mestrado em Ciências da Educação/ Pedagogia da Saúde, Lisboa, Universidade de Psicologia e Ciências da Educação.

- Couto, G. (2003). *Preparação para o Parto. Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Loures: Lusociência
- Federação Europeia de Associação de Psicólogos (1995). *Código de Ética para os Psicólogos*. Atenas.
- Forshaw, M. (2002). *The Essencial Health Psychology*. London: Arnold
- Gervais, M., Jovochehovitch (1998). *The Health Beliefs of the Chinese Community in England*. A qualitative study. London: Health Education Authority.
- Gil, M. (1998). Dar sem (se) perder. *Análise Psicológica*, 3 (XVI): 393-404
- Gurung, R. (2006). *Health Psychology: A Cultural Approach*. USA: Thomson Wadsworth.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, E. N. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *Psychotherapy Psychologist*, 25, 517–572.
- Jovchelovitch, S. (2007). *Knowledge in context: representations, community and culture*. London: Routledge.
- Kruegen, A., Casey, A. (2000). *Focus Groups – a practical guide for applied research*. 3<sup>rd</sup> Ed. Thousand Oaks. London. New Delhi: Sage Publications.
- Leventhal, H., Dieffenbach, M. (1991). The active side of illness cognition. In J. Skelton & R. Croyle (eds). *Mental Representation in Health and Illness*. New York: Springer-Verlag.
- Luck, M., Ferreira, R., Patrício, A., Simões, G., Horta, R., Magalhães, E. (1999). Vigilância da gravidez numa comunidade imigrante africana. Necessidades elevadas, baixa utilização. *Saúde em Números*, 14 (1), 1-4.
- Machado, M. et al. (2007). Cuidados de saúde materna e infantil a uma população de imigrantes. *Revista Migrações*, 1 (Setembro 2007): 103-127
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35 (9), 807-817.
- Miles, M. & Huberman, A. (1994). *Qualitative Data Analysis – an expanded Sourcebook*. 2<sup>nd</sup> Edition. Thousand Oaks. London. New Delhi: Sage Publications.
- Moniz, J., Barros, L. (2005). *Psicologia da doença para cuidados de saúde. Desenvolvimento e Intervenção – Guia metodológico dirigido a psicólogos, enfermeiros e outros técnicos de saúde*. Porto: Edições ASA
- Neufeldt, S. A., Pinteris, E. J., Moleiro, C., Lee, T. E., Yang, P. H., Brodie, R. E., & Orlist, M. J. (2006). How do graduate student therapists incorporate diversity factors in case

conceptualization? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* (Special issue: Culture, Race, and Ethnicity in Psychotherapy), 43(4), 464-479.

Norman, P., Boer, H., Seydel, E. (2005). Protection Motivation Theory. In Conner, M., Norman, P. (2<sup>nd</sup> Ed). *Predicting Health Behaviour*. London: Open University Press.

Ogden, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi

Organização Mundial de Saúde (1985). *As Metas da Saúde para todos: Metas da Estratégia Regional da Saúde para Todos*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Pope-Davis, D., Coleman, H., Lin, W., Toporek, R. (2003). *Handbook of Multicultural Competences in Counseling & Psychology*. Thousand Oaks. London. New Delhi: Sage Publications.

Registo Nacional de RN com peso inferior a 1500 g. *Nascer prematuro em Portugal*. Fundação Bial, 2002, 163-173.

Reis, J. (1998). *O Sorriso de Hipócrates. A integração biopsicossocial dos processos de saúde e doença*. Lisboa: Vega

Reis, J., Fradique, F. (2002). Desenvolvimento sociocognitivo de significações leigas em adultos: Causas e prevenção das doenças. *Análise Psicológica*, 1 (XX): 5-26.

Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.

Surgeon General's Workshop on Women's Mental Health (2005). Workshop Report Denver, Colorado: US Department of Health and Human Services.

Straub, R. (2007). *Health Psychology – a biopsychosocial approach*. 2<sup>nd</sup> Edition. USA: Worth Publishers

Strauss, A. & Corbin, J. (1997). *Grounded Theory in Practice*. Thousand Oaks. London. New Delhi: Sage Publications.

Suddaby, R. (2006). From the Editors: what Grounded Theory is Not. *Academy of Management Journal*, 49 (IV): 633-642.

Taylor, S. (1990). Health psychology: The science and the field. *American Psychologist*, 45(1), 40-50.

Taylor, S. (1995). *Health Psychology*. 3<sup>rd</sup> Edition. New York: McGraw-Hill, Inc.

Teixeira, J. (1992). Psicologia da Saúde: Estado Actual e Perspectivas Futuras. *Análise Psicológica*, 2 (X): 149-157.

Vala, J., Monteiro, M. (2000). *Psicologia Social*. 4<sup>a</sup> Ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

## **6. ANEXOS**

**Anexo A**

**Guião de Entrevista dos Grupos Focais**

Tema 1 - Percepção da gravidez e maternidade na comunidade Africana

1. Há quanto tempo estão em Portugal, e como têm sentido a experiência de viver cá?
2. Como pensam que é vivida a gravidez e maternidade na vossa comunidade?

Tema 2 – Cuidados adquiridos no período da gravidez e maternidade

3. Quando estiveram grávidas, que cuidados tiveram?  
(cuidados de saúde, cuidados de alimentação, outros cuidados p.e. quando surgia algum problema inesperado – a quem recorrem, p.e. sistema de saúde ou outras mulheres, dentro e fora da comunidade)
4. Quais desses cuidados aprenderam com a vossa cultura?

Tema 3 – Diferenças culturais na gravidez e maternidade

5. Gostaria que me falassem um pouco acerca das diferenças que pensam que podem existir entre ser mãe no vosso país de origem e ser mãe em Portugal?  
(p.e. diferenças sentidas entre mulheres que viveram lá e as que apenas nasceram lá)

Tema 4 – Percepção do SNS

6. Em relação ao Sistema de Saúde utilizado em Portugal, e no que diz respeito ao apoio que é dado às grávidas, quais os pontos fortes que indicariam?
7. Ainda em relação ao Sistema de Saúde utilizado em Portugal, e ao apoio que é dado às grávidas, quais os pontos fracos que indicariam?
8. Por último, o que mudariam no Sistema de Saúde para melhor responder às vossas necessidades enquanto mulheres grávidas?  
(respeitando os valores e costumes da sua cultura)

## **Anexo B**

### **Guião de Entrevista das Entrevistas Individuais a *Experts***



### Tema 1 – Caracterização da população Cabo-Verdiana imigrante em Portugal

1. Como caracterizaria a população Cabo-Verdiana residente em Portugal?  
(ponto de vista sócio-económico, demográfico e geográfico)
2. Em termos de integração no nosso País quais são as principais dificuldades que pensa existirem para esta comunidade?

### Tema 2 – Percepção de Saúde

3. Quais as principais diferenças que indicaria entre o Sistema de Saúde em Portugal e aquele que vigora em Cabo Verde?  
(caso não tenha conhecimento, indicar o sistema que conhece melhor)
4. Como é que pensa que a comunidade Cabo-Verdiana encara a saúde e doença?
5. Em que medida é que pensa que as crenças culturais podem influenciar a forma como a comunidade Cabo-Verdiana recorre ao Sistema de Saúde no período da gravidez e maternidade?
6. Em que medida é que pensa que as crenças culturais podem influenciar a forma como a comunidade Cabo-Verdiana adere às terapêuticas indicadas pelos Técnicos de Saúde no período da gravidez e maternidade?

### Tema 3 - Percepção do SNS

7. O que mudaria no Sistema de Saúde Português no que diz respeito ao apoio que é dado às grávidas, nomeadamente de uma minoria com a Cabo-Verdiana?

## **Anexo C**

### **Outros Resultados:**

#### **Grupos Focais e Entrevistas Individuais a *Experts***

Tabela 12: Outros resultados dos Grupos Focais

<b>Tema: Outros</b>					
Categoria	Sub-categoria	Geral	Típica	Variante	
Dificuldades de integração	Ausência de familiares		x		
	Desemprego_processo de legalização		x		
	Morosidade do processo de legalização		x		
	Crianças africanas emigrantes em escolas portuguesas				x
Políticas sociais de atribuição de subsídios monetários (pontos fortes e pontos fracos)	Abono de família desadequado às famílias_ponto fraco		x		
	Atribuição do subsídio de maternidade de acordo com o ordenado_ponto fraco		x		
	Morosidade na atribuição do abono de família_ponto fraco		x		
	Subsídio de maternidade desadequado às famílias_ponto fraco		x		
	Atribuição do subsídio de maternidade a famílias mais carenciadas_ponto forte				x

Tabela 13: Outros resultados das Entrevistas Individuais a *Experts*

<b>Tema: Outros</b>					
Categoria	Sub-Categoria	Geral	Típica	Variante	
Transmissão da cultura Africana	Cozinha tradicional Africana				x
	Crioulo em casa vs português na escola				x
	Diferenças no crioulo falado pela população mais nova vs população mais velha				x
	Importância da língua materna				x
Aquisição de regras e normas sociais	Importância da transmissão de regras na educação das crianças		x		
	Crianças não respeitam regras na actualidade				x
	Importância da escolaridade na formação de crianças e jovens				x
	Menor disponibilidade dos pais_maior dificuldade na aquisição de regras e normas sociais				x
	Sentimento negativo face a educação liberal				x
	Sentimento positivo face educação rígida				x
	Programas de Intervenção social para jovens emigrantes	Maior acesso a outras oportunidades profissionais			
	Sentimento positivo face aos programas de formação profissional				x
	Sentimento positivo face aos programas de apoio a grávidas adolescentes na Cova da Moura				x
	Sentimento positivo face à intervenção social contra a delinquência				x