

UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

Mestrado em Ciências de Enfermagem

“Um olhar para além do ventre materno”

**Crenças, comportamentos e estratégias das primigestas
na gravidez**

Patrícia Margarida Costa Duarte Ferreira

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2009

UNIVERSIDADE DO PORTO

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

**XIII Mestrado em Ciências de Enfermagem
Turma B**

**“Um olhar para além do ventre materno”
Crenças, comportamentos e estratégias das primigestas
na gravidez**

Dissertação de Candidatura ao grau de
Mestre em Ciências de Enfermagem
submetida ao Instituto de Ciências
Biomédicas de Abel Salazar da
Universidade do Porto.

Orientador – Prof. Doutor António Couto.
Prof. Coordenador da Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Porto, 2009

“A curiosidade do espírito na busca de princípios certos, é o primeiro passo na
conquista da sabedoria.”
(Sócrates)

*Aos meus pais, por todo o amor e
sabedoria que me transmitem...
Amo-vos Muito...*

AGRADECIMENTOS

Às participantes do estudo, que aceitaram participar, sem elas não seria possível a realização do mesmo.

Ao Prof. Doutor António de Jesus Couto, orientador deste trabalho, por toda a sua compreensão e encorajamento demonstrado no percurso deste estudo, pela partilha do seu saber e pela sua presença incondicional ao longo de toda a sua orientação. Ficará para sempre....

Aos meus pais e irmãos por todo o apoio, carinho e motivação prestada neste longo caminho. Sem vocês seria muito difícil....

Ao Ernesto, pelo seu apoio e paciência demonstrada nos momentos difíceis e dos que tivemos que abdicar....

A ti, AVÓ...uma presença constante na minha vida...

À Prof. Paula Espada e Márcio Tavares, meus queridos amigos, por todo o apoio de forma integral e momentos de alento que me proporcionaram, abdicando de estarem junto dos seus.

À Isabel, amiga com um “enorme ombro” em todos os momentos vividos nesta jornada...os bons e os difíceis...

A todas as outras amigas/os que estiveram presentes neste processo com as palavras de carinho e de ânimo, como contributo à realização deste trabalho.

Ao Centro de Saúde de Ponta Delgada, pela disponibilidade no acesso às participantes que integraram o estudo.

O meu MUITO OBRIGADA!

SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSPD – Centro de Saúde de Ponta Delgada

DGS – Direcção Geral de Saúde

REPE – Regulamento para o Exercício Profissional

RESUMO

Atendendo à importância que a gravidez assume na vida de uma mulher, casal e família e tendo em conta todas as alterações que provêm deste acontecimento e consequentemente todo o sistema de readaptação indispensável, especificamente em quem vivencia este processo pela primeira vez, pretendemos com este trabalho conhecer as crenças que as primigestas têm face à gravidez, bem como, se elas influenciam os seus comportamentos e que estratégias adoptam para lidar com estas crenças. Foi, igualmente, nosso interesse saber como elas partilham as crenças com os enfermeiros nas consultas de vigilância pré-natal.

Neste âmbito, realizámos um estudo qualitativo de carácter exploratório. Efectuamos entrevistas semi-estruturadas a doze primigestas inscritas no Centro de Saúde de Ponta Delgada, pertencentes ao Concelho de Ponta Delgada e de Lagoa, da ilha de S. Miguel, obedecendo aos critérios de elegibilidade por nós seleccionados e após assinarem o consentimento informado.

Da análise dos dados emergiram quatro temas centrais: “Crenças das primigestas”; “Comportamentos face às crenças”; “Estratégias para lidarem com as crenças” e “Motivos de ausência de partilha de crenças com os enfermeiros durante a consulta de vigilância pré-natal”. Este estudo permite-nos verificar que para as primigestas perante algumas crenças que possuem perante a gravidez adoptam comportamentos em conformidade não fazendo o mesmo para outras, nomeadamente as que implicam a alteração de estilos de vida. Nas estratégias para lidarem com as crenças, as primigestas aderem, partilham dúvidas com pessoas experientes ou apresentam descrença. Verificamos que as primigestas não partilham as suas crenças com os enfermeiros durante a consulta de vigilância pré-natal e o motivo para tal tem a ver com falta de iniciativa dos enfermeiros e com falta de iniciativa das primigestas.

ABSTRACT

Given the importance that pregnancy takes in a woman life, couple and family and taking into account all changes that accompanying this event and consequently entire system that needs to adapt to the entire pregnancy phenomena, we developed this work to know beliefs held by primigravidae, if these beliefs influence their behavior, and what strategies they adopt to deal with those beliefs. It was also our interest to know how they share their beliefs with nurses in routine antenatal surveillance.

In this context, we conducted a qualitative study within an exploratory nature. We carry out semi-structured interviews with twelve primigravidae included in Centro de Saúde de Ponta Delgada, belonging to the municipality of Ponta Delgada and Lagoa, in the São Miguel Island. For this purpose we followed eligibility criteria which guided participants selection. Before the interview participants signed informed consent.

From data analysis emerged four central themes: "first-time mothers' beliefs," "behaviors in the face of beliefs," "Strategies for dealing with the beliefs" and "Reasons for lack of sharing beliefs with nurses during the visit of antenatal surveillance". This study allows us to verify that given some beliefs primigravidae engaged in accordingly behavior but don't follow the same for others, particularly those involving a lifestyle change. Regarding strategies to deal with their beliefs, primigravidae adhere to the beliefs, share questions with experienced people or show disbelief. We found that first-time pregnant women do not share their beliefs with nurses in the outpatient antenatal surveillance and the reason for this is related with lack of initiative by nurses and lack of initiative by primigravidae themselves.

SUMÁRIO

0 – <u>INTRODUÇÃO</u>	22
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	26
1. <u>CRENÇAS, ATITUDES E COMPORTAMENTOS</u>	28
1.1 – CRENÇAS	28
1.2 – ATITUDES	38
1.3 – CRENÇAS E COMPORTAMENTOS	41
2. <u>CRENÇAS NA GRAVIDEZ</u>	44
2.1 – O FENÓMENO GRAVIDEZ E AS CRENÇAS	44
2.1.1 – <u>Crenças relativas à pré-determinação ou adivinhação do sexo do bebé</u>	55
2.1.2 – <u>Crenças relativas a interdições</u>	60
2.1.3 – <u>Crenças relativas a permissões</u>	68
2.2 – ESTRATÉGIAS DE <i>COPING</i> DESENVOLVIDAS FACE ÀS CRENÇAS	69
3. CUIDAR A GRÁVIDA DE FORMA HOLÍSTICA	73
CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	82
1. <u>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</u>	84
1.1 – TIPO DE ESTUDO	84
1.2 – PARTICIPANTES	86
1.3 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS	90
1.4 – PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	93
1.5 – PRINCÍPIOS ÉTICOS	101

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE DADOS	106
--	-----

1. <u>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE DADOS</u>	108
---	-----

1.1 – CRENÇAS DAS PRIMIGESTAS	109
-------------------------------------	-----

1.2 – COMPORTAMENTOS FACE ÀS CRENÇAS	122
--	-----

1.3 – ESTRATÉGIAS PARA LIDAREM COM AS CRENÇAS	132
---	-----

1.4 – MOTIVOS DA AUSÊNCIA DE PARTILHA DE CRENÇAS COM OS ENFERMEIROS DURANTE A CONSULTA DE VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL	138
---	-----

CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS	144
--	-----

1. <u>SÍNTESE E CONCLUSÕES</u>	146
--------------------------------------	-----

2. <u>LIMITAÇÕES DO ESTUDO</u>	150
--------------------------------------	-----

3. <u>SUGESTÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	151
--	-----

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	156
----------------------------------	-----

ANEXOS

**ANEXO I – Pedido de autorização do CSPD para colaboração para o
acesso às participantes**

ANEXO II – Autorização do CSPD para o acesso às participantes

ANEXO III – Guião da entrevista

ANEXO IV – Matrizes de análises

ANEXO V – Consentimento informado

SUMÁRIO DE QUADROS E FIGURAS

Quadro nº 1 – Representação esquematizada do modelo de expectativa-valor de Fishbein	40
Figura nº 1 – Esquema de Análise de Dados segundo Miles e Huberman	95
Figura nº 2 – Representação esquemática do Tema Central: Crenças das Primigestas	110
Figura nº 3 – Representação esquemática do tema central: Comportamentos face à gravidez	123
Figura nº 4 – Representação esquemática do tema central: Estratégias para lidarem com as crenças	133
Figura nº 5 – Representação esquemática do tema central: Motivos da ausência de partilha de crenças com os enfermeiros durante a consulta de vigilância pré-natal	139

0. INTRODUÇÃO

Apesar da gravidez constituir um fenómeno fisiológico e psicológico de extrema importância na vida de uma mulher e família, é igualmente considerado, um fenómeno social, de sumo interesse de análise.

O significado atribuído à gravidez é peculiar a cada cultura e influencia a forma como os membros em sociedade a vivem.

Embora seja vivenciada de forma singular por cada mulher, não pode e nunca será visto como um processo que diz respeito a uma só pessoa, ou, duas (futura mãe e filho). Tal como é afirmado por Kitzinger (1996)” (...) a gravidez é apreciada na maior parte das sociedades como um estado ritual. Uma futura mãe tem uma relação ritual especial com a sociedade, incluindo com o pai da criança, com os clãs de ambos, com o passado na pessoa dos antepassados e com o cosmos representado por deuses.”. (p.75)

Inúmeras são as histórias e relatos de vivências sem comprovação científica sobre a gravidez, transmitidas por gerações, que vão construindo a representação da gravidez, podendo ou não, coincidir com a percepção da grávida.

São conhecidas, em torno deste acontecimento, crenças que, transmitidas ao longo dos tempos tentam explicar determinados factos, de forma simples e compreensível, relacionados com o modo como a grávida deve actuar nesta fase para que crescimento do feto se dê com êxito. (Canavarro, 2006). Neste sentido e como é constatado por Martins (2003) no estudo que realizou nesta área, é por vezes notório a presença de um conflito na forma como com a mulher vivencia a gravidez, que se prende com a informação transmitida pelos profissionais de saúde aquando da realização de exames complementares de diagnostico (ex.: ecografias) e a informação popular relacionadas com as crenças e mitos que possui.

Neste sentido, o nosso problema de estudo surgiu de uma inquietude pessoal e experiência anteriormente vivida a nível profissional, enquanto enfermeira generalista dos cuidados de saúde primários, mais precisamente, no atendimento a grávidas nas consultas de vigilância pré-natal. Após uma longa

reflexão sobre os aspectos abordados nas referidas consultas, e tentando perceber se os mesmos respondem, de alguma forma, às necessidades das grávidas, verificámos que a referência a este tema, quer por parte dos profissionais de saúde, quer por parte das próprias grávidas, é praticamente inexistente.

Perante o referido anteriormente, foi nosso interesse estudar as crenças que as primigestas apresentam relativamente à gravidez, bem como, identificar através do seu discurso, os comportamentos que estão directamente ligados às que possuem.

No nosso entender, a forma como as primigestas lidam com as crenças foi igualmente relevante pesquisar dado que a gravidez é um acontecimento marcante na vida de uma mulher, assinalado por alterações de diversa ordem (fisiológicas, psicológicas e socioeconómicas), que por si só, lhe podem causar determinados receios e angústias. Quando estas mudanças são discordantes com o que a mulher acredita, podem constituir momentos de grande ansiedade, como é defendido por Martins (2003), ao salientar que as crenças que a mulher tem face à gravidez, são determinantes dos seus comportamentos causadores de medos e receios quando confrontadas com esta experiência.

Na nossa perspectiva, aquando do acompanhamento das grávidas pelos profissionais de saúde, aspectos culturais relacionados com tradições e crenças são pouco indagados. Deste modo, achamos fundamental entender se as primigestas partilham com os enfermeiros, no decorrer das consultas de vigilância pré-natal, as suas crenças. Reconhecemos que tal é vantajoso e contribui para a qualidade de cuidados, dando por um lado, a oportunidade aos enfermeiros de detectarem práticas de saúde, mais, ou, menos favoráveis e por outro, permite uma prestação de cuidados adequados às reais necessidades da mulher, de acordo com esta etapa de vida.

Com efeito, o objecto de estudo são as crenças das grávidas primigestas seguidas nas consultas de vigilância pré-natal do Centro de Saúde de Ponta Delgada, bem como os seus comportamentos adoptados face às crenças e as estratégias que desenvolvem para lidarem com as mesmas.

A escolha de questionarmos mulheres que estão grávidas pela primeira vez (primigestas), conferiu-nos segurança a nível de originalidade de informação, dado que não vivenciaram, de facto, esta experiência anteriormente. Temos, assim, o intuito de conhecer as crenças e os comportamentos que têm face à gravidez, resultantes do seu contexto sócio-cultural e não de uma construção de novas crenças ou modificações de algumas já existentes e que tenham sido consequência de uma experiência já vivida.

Assim, partimos para este estudo com as seguintes perguntas de investigação:

- Quais as crenças que as primigestas têm face à gravidez?
- De que modo as crenças influenciam os seus comportamentos durante a gravidez?
- Que estratégias utilizam para lidar com as crenças?
- Como partilham as primigestas as suas crenças com os enfermeiros durante a consulta de vigilância pré-natal?

Nesta conformidade, formulámos os objectivos para este estudo, nomeadamente:

- Identificar as crenças que as primigestas têm em face à gravidez;
- Identificar os comportamentos das primigestas, face às crenças que têm da gravidez;
- Identificar as estratégias utilizadas pelas grávidas para lidarem com as crenças;
- Reconhecer o modo como as primigestas partilham as suas crenças com os enfermeiros durante a consulta de vigilância pré-natal.

O presente trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos.

O Capítulo I é constituído pelo enquadramento teórico, assente na pesquisa bibliográfica fundamentando a problemática de forma lógica. Incidimos na abordagem de temas relacionados com o conceito de crença e sua relação com os comportamentos; a existência de crenças e a sua relação com o processo de gravidez e por último, aspectos subjacentes à assistência de enfermagem à primigesta, numa perspectiva holística.

O Capítulo II, intitulado enquadramento metodológico, visa a descrição dos procedimentos metodológicos utilizados no estudo. Inclui: tipo de estudo; caracterização das participantes e contexto do estudo; procedimentos de recolha de dados, bem como, de tratamento e análise dos mesmos. Finaliza com os aspectos éticos garantidos na realização do estudo em causa.

O Capítulo III integra a apresentação, análise e discussão dos dados de onde emergiram os quatro temas centrais, a saber: “Crenças das primigestas”; “Comportamentos face às crenças”; “Estratégias para lidarem com as crenças” e “Motivos de ausência de partilha de crenças com os enfermeiros durante a consulta de vigilância pré-natal”.

Findamos com o Capítulo IV, referente à síntese e conclusões do trabalho; implicações do estudo nas quatro áreas do saber em enfermagem, bem como sugestões e considerações finais.

Esperamos que, a elaboração deste trabalho sirva como contributo no domínio de competências, quer no campo da formação pedagógica de alunos, quer na orientação em ensino clínico. Pretendemos também, que seja relevante para profissionais de saúde, nomeadamente, enfermeiros, que através do conhecimento das crenças das primigestas em relação à gravidez, a influência das mesmas nos seus comportamentos e estratégias que adoptam para lidar com elas possam auxiliar estas clientes na satisfação de necessidades, promovendo um processo de adaptação com maior probabilidade de sucesso e ajudando-as a viver esta etapa da sua vida da forma mais significativa possível.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. CRENÇAS, ATITUDES E COMPORTAMENTOS

1.1 – CRENÇAS

O tratamento que o tema das crenças tem tido por parte das várias áreas interessadas no conhecimento humano, tem-se revelado pouco consensual. Para além da grande carga de subjectividade a que o mesmo é propenso, é enorme a diversidade de disciplinas implicadas nessa tarefa, sendo que algumas delas são muito diferentes entre si.

Percebemos melhor a origem dessa dificuldade quando, desde logo, se atende ao significado do próprio termo. Segundo a Enciclopédia da Porto Editora crença, substantivo feminino, refere-se a uma “aceitação de uma proposição como verdadeira apesar de ainda não ter sido, ou de não poder ser, cientificamente provada. (...) uma atitude mental capaz de levar à concordância com uma proposição sem o conhecimento que seria necessário à comprovação da sua veracidade”. ¹

Deste modo, a crença pode ser considerada como um “ (...) sentimento de fé religiosa: acto ou efeito de crer = CREDO, RELIGIÃO. (...) Aquilo em que se crê ou acredita: atitude de espírito que admite que uma coisa é verdadeira = CONFIANÇA, CONVICÇÃO. (...) coisa sem sentido, absurda... em que se crê ou acredita sem motivos racionais = BIRRA, CRENDICE.” ²

Face à natureza desse significado, percebe-se, assim, melhor o interesse que, desde há muito, o tema tem gerado junto das ciências sociais, mas não só. De facto, as crenças constituíram, desde sempre, um objecto de estudo privilegiado por parte das ciências sociais e das ciências da saúde, sobretudo nas situações em que se distingue o indivíduo como um ser que crê num ente ou num objecto, já que todas as pessoas constroem a sua realidade através de percepções sobre a realidade que as envolve.

São também muito variados os contributos teóricos dentro destes campos de conhecimento. Pelo lugar que ocupa dentro do pensamento clássico, destaca-se, desde logo, o de Marcel Mauss (2000), para quem a crença corresponde à adesão do homem a uma ideia, sendo “um estado de sentimento e acto de vontade, ao mesmo tempo que fenómeno de formação de uma ideia” (p.119).

¹ Consultado em [http://www.infopedia.pt/\\$crenca](http://www.infopedia.pt/$crenca) a 28 de Março de 2007.

² Consultado em [http://www.infopedia.pt/\\$crenca](http://www.infopedia.pt/$crenca) a 28 de Março de 2007.

Por outro lado, Le Bon (2001) define crença como “um ato de fé de origem inconsciente, que nos força a admitir em bloco uma ideia, uma opinião, uma explicação, uma doutrina.”. Defendendo que as crenças assumem um carácter inconsciente – e, portanto, não consciente, como vulgarmente se pensa –, é uma intuição reconhecida por causas independentes da nossa vontade, uma vez que, e na perspectiva do autor, a razão não provem da formação da crença, ou seja, quando surge a explicação de uma crença, esta já está formada.

Segundo Diniz (2004), a definição de crença surge de acordo com o conteúdo epistemológico em que se inscreve. No entanto, contem um carácter subjectivo que se relaciona como “a *verdade objectiva* acerca dos factos” e um carácter *volitivo* sendo definida como “a acção de acreditar ou o seu efeito” em que acreditar é reconhecer algo como verdade, podendo as crenças, serem entendidas como “um conjunto de “opiniões que constituem os princípios, as regras em que se assenta um partido, uma doutrina.” (p.17).

Por sua vez, Deconchy (2002) considera que as crenças correspondem a proposições que um indivíduo ou grupo aceitam como verdadeiras, mesmo que não tenham comprovação científica. Na perspectiva antropológica, estas são mesmo entendidas como elementos constituintes do sistema cultural a que pertence o indivíduo, influenciando, inclusivamente, a sua conduta e forma de agir em sociedade (Marconi e Presotto, 1989), e podendo apresentar uma conotação mais ou menos positiva, conforme o sistema cultural onde estão inscritas.

A ligação das crenças com a nossa vida quotidiana é perceptível na forma como comunicamos com o mundo e com os outros, quer em pensamentos, linguagem ou acções. Habitualmente, a crença assenta em algo do nosso mundo físico e psíquico – *objecto* ou *conteúdo* da crença –, o que faz com que, para alguns autores, esta expresse “um determinado estado das coisas no mundo e as possibilidades de relação que com elas o crente pode ter.” (Diniz, 2004, p.37).

Em toda a nossa condição de humanos, cremos sempre em alguma coisa, procurando dar sentido à nossa vida com base em regras, em linhas directrizes e em explicações coerentes, mesmo que provindas do senso comum. Os

objectivos por nós delineados, bem como as formas como procuramos cumprilos, assentam no que acreditamos.

Na opinião de Tremblay (1997), a necessidade do ser humano crer em alguma coisa é fundamental para a progressão da sua existência. Para este autor, o Homem está constantemente à procura de uma justificação para o que lhe acontece em qualquer âmbito da sua vida, estando por detrás desta razão algo em que acredita, independentemente do facto de pertencer ao domínio material ou imaterial do sistema cultural onde se insere. Por este motivo, e de acordo com o mesmo autor (1997), não pode haver no mundo uma distinção de crentes e não crentes.

A necessidade de um indivíduo crer em alguma coisa é um factor psicológico preponderante na sua vida, pois mesmo que passe por períodos de cepticismo ou de dúvidas, a orientação de um dogma político, moral ou religioso é indispensável na sua existência consigo próprio e com os outros com quem convive (Le Bon, 2001).

Longval (1997) corrobora desta ideia ao reportar-se à importância das crenças na nossa vida, afirmando que a acção de acreditar em algo promove não só um estado de bem-estar pessoal, mas também a concretização de objectivos. Isto faz com que as crenças sejam vistas como legítimas em qualquer situação, mesmo quando conotadas como ridículas para alguns, uma vez que fazem parte da personalidade de quem crê.

Toda a informação adquirida por um indivíduo ao longo da vida é organizada de forma instintiva e natural, num conjunto de significados resultantes das interpretações e conhecimentos do próprio sujeito, onde estão manifestas as crenças que possuem.

Rokeach (1986), citado por Diniz (2004), refere que as crenças não se encontram isoladas, mas sim ordenadas em sistemas, em consonância com a sua importância, resistência à mudança e ligação com outras crenças existentes, sendo as provenientes do quadro de referência de um indivíduo, como pessoas ou grupos, as que assumem maior importância no seu sistema de crenças, por possuírem um forte elo de ligação com as outras e a sua modificação terá consequências directas sobre as mesmas. Estas são denominadas de crenças *derivadas* e estão relacionadas com aspectos

individuais do próprio sujeito, quer ao nível da identidade pessoal e social quer no que respeita à auto-estima. De um ângulo diferente deste, encontramos as crenças *inconsequentes*, relacionadas com o gosto arbitrário dos indivíduos, que, por possuírem pouca ligação com outras crenças, não provocam efeitos sobre as mesmas quando alteradas.

Segundo o mesmo autor (1986), citado por Diniz (2004), e para além das crenças mencionadas acima, fazem parte da construção do sistema de crenças de um indivíduo as crenças denominadas de *primitivas* (*primitive beliefs*), que são as “...mais verdadeiras que o sujeito tem do mundo físico, psíquico e social. Ou seja, são as verdades básicas que o Homem pode possuir...” (p. 98). Surgem na infância como verdades absolutas, provenientes das crenças daqueles que constituem figuras de referência para o indivíduo, que normalmente são os pais e os parentes mais próximos, e que fazem parte dos contextos de interação social do dia-a-dia, podendo ou não ser partilhadas com o grupo em que estão inseridos.

À medida que o indivíduo vai progredindo nas etapas de desenvolvimento humano, vai ampliando o seu leque de relacionamentos e acrescentando outras figuras de referência portadoras de saberes, originando assim, o afastamento das crenças primitivas e adquirindo as denominadas crenças “*de autoridade*”, de carácter credível e incontestável, tendo como função permitir ao indivíduo uma adaptação ao mundo de forma lógica e real. São de extrema importância, na medida em que auxiliam o sujeito na aprendizagem de confiar, ou não, nas pessoas ou grupos de referência, tornando-os também mais selectivos.

Torna-se, assim, perceptível que este sistema não é, de forma alguma, estanque e imutável no percurso da vida, pois estamos continuamente expostos a novas experiências e a influências externas, como, de resto, é referido por Couto (2000), ao fazer alusão a uma possibilidade de reestruturação ou construção de um novo sistema por influência de determinados factores, como a pressão social e a persuasão.

Retomando Rokeach (1986), citado por Diniz (2004), a existência de um sistema de crenças é imprescindível na vida de um indivíduo, dado que contribui para a essência do próprio sujeito e conhecimento do mundo físico e

social, promovendo a compreensão da identidade individual e do contexto sociocultural em que se insere.

Nem sempre se tem consciência de todas as crenças que se possui. No entanto, e apesar de não nos recordarmos da totalidade das conclusões auferidas de cada experiência vivenciada ou transmitida desde o início da nossa vida, estas não deixam de funcionar como verdades ou realidades aceitáveis por nós, as quais influenciam e justificam a nossa forma de ser e de estar com os outros. Assim sendo, torna-se possível falar em crenças conscientes e inconscientes.

Contudo, e independentemente de estarmos cientes ou não de todas as crenças que incorporamos, abonadas de consentimento, muitas delas podem não estar representadas na nossa mente, ou até nunca serem expressas. Isto torna-se patente, por exemplo, quando verbalizamos algo em que se acredita, mas, no entanto, aquilo que se exprime não corresponde ao que realmente se pensa (Diniz, 2004). O mesmo autor defende ainda que se torna essencial para a obtenção do conhecimento das crenças de um indivíduo “...ouvir o que ele diz. É, pois, a partir de um processo de interpretação, que passa principalmente pela interpretação linguística, que podemos determinar o conteúdo das crenças.” (Diniz, 2004, p.115), uma vez que é através da linguagem e da interpretação linguística que manifestamos as intenções e significações em relação a algo. Contrariamente, Couto (2000) refere que nem todas as crenças são descendentes de enunciados, mas também de experiências, dado que existem coisas que dizemos e outras que fazemos, sendo estas últimas de carácter mais duradouro e definitivo.

Ainda de acordo com Couto (2000), as crenças podem ter fundamentação em diferentes aspectos, como a religião, a fé, a comprovação científica e até mesmo algumas estão aquém de serem explicadas e justificadas.

Muito frequentemente, surge a questão sobre a legitimidade das crenças na nossa vida e até que ponto estas são duvidosas. Para Tremblay (1997), a validade das crenças é muito variável, dependendo da sua origem e dos métodos utilizados para verificação. Nenhuma crença é absolutamente certa, uma vez que todas dependem de um determinado contexto cultural e das informações de que dispomos. Na perspectiva do autor, existem crenças susceptíveis de serem alteradas, as quais são denominadas de *periféricas*,

enquanto que as crenças designadas de *centrais* são mais difíceis de serem contestadas, em virtude de constituírem os pilares da nossa identidade e de estarem associados a estados emotivos fortes.

Todo o indivíduo tende a respeitar e a comportar-se de acordo com aquilo em que acredita. Porém, sobretudo por opressão, pode vir a renunciar aos seus princípios e às suas crenças. Em relação à mudança e/ou alteração das crenças por parte do indivíduo, Abelson (1989), citado por Couto (2000), descreve alguns custos e benefícios das crenças.

À mudança de uma crença está, geralmente, associada a determinados custos que se prendem com a necessidade do indivíduo manter a sua identidade pessoal, por nela estarem representados todos os seus valores e princípios que defende. Tal razão leva a que qualquer modificação a esse nível seja uma experiência extremamente desconfortável quer para o indivíduo, quer para outras pessoas que o rodeiam, sendo-lhe, desta forma, difícil o abandono e alteração das crenças já adoptadas.

Uma possível perda a nível da aceitação social de um indivíduo, pode traduzir-se num custo, relacionado com a expressão de uma crença em particular e que mediante crenças desviantes dos padrões sociais habituais possam produzir sentimentos de repulsa por parte da sociedade ou de constrangimento do próprio indivíduo.

Segundo o autor mencionado anteriormente Couto (2000), os principais benefícios das crenças encontram-se relacionados com a forma como o indivíduo se identifica com um determinado grupo social (identificação social) e como expressa os seus valores. Isto torna-se visível, por exemplo, quando uma crença assume valor relevante para um determinado grupo de pessoas, com o qual o indivíduo se identifica e reconhece a percepção do seu valor para cada elemento do grupo, bem como, para si mesmo.

Ainda a respeito do “valor” de uma crença, Le Bon (2005) refere-se a este como sendo importante para a manutenção de uma determinada crença, dentro de um determinado grupo social. Refere que, uma vez “enraizada” no seio de uma sociedade, a crença dificilmente é abandonada, a não ser que o seu valor comece a ser contestado pelos seus detentores, o que pode originar uma mudança em toda a estrutura da sociedade, uma vez que as crenças estão na

base da uniformidade e ligação de um povo ou comunidade, em virtude de orientarem os seus pensamentos, opiniões e maneira de agir em sociedade (Le Bon, 2001).

Todo e qualquer indivíduo é um ser com características físicas e psíquicas próprias, inserido num meio social, cuja cultura inerente vai influenciar a sua forma de agir e de se comportar na vida. Tal como é referido por Slepj (1998), a cultura constitui um património pessoal de cada indivíduo, reflectindo a sua realidade social, através de valores, normas, símbolos, linguagens e modelos de comportamento, na qual serão desenvolvidas as suas capacidades cognitivas, afectivas e de avaliação.

De acordo com Bernardi (1992), o indivíduo é influenciado nas suas escolhas, tanto por aspectos inerentes a si próprio, como pelas relações que estabelece com outros indivíduos, e com os quais partilha a sua vida e meio onde se insere. Nesta perspectiva, Tylor, citado por Bernardi (1992), define cultura como, um “ (...) complexo unitário que inclui o conhecimento, a crença, a arte, a moral, as leis e todas as outras capacidades e hábitos adquiridos pelo homem como membro da sociedade.” (p.24).

A cultura consiste nos valores mantidos de um determinado grupo de indivíduos, segundo as normas que seguem e todos os bens materiais que criam (Giddens, 1997). Nesta acepção do conceito, encontra-se evidente a noção de integridade, tal como é apresentado por Foster (1962), citado por Marconi (1991), quando define a cultura como “a forma comum e aprendida da vida, compartilhada pelos membros de uma sociedade, constante da totalidade dos instrumentos, técnicas, instituições, atitudes, crenças, motivações e sistema de valores conhecidos pelo grupo.” (p.130).

As crenças que possuímos advêm muitas vezes do que nos é transmitido pelos elementos das várias estruturas sociais a que pertencemos, que por sua vez, já as aceitaram e respeitam-nas desde os seus antecessores. Funcionam como normas na orientação das nossas decisões individuais com o propósito de vivermos de forma aceitável em sociedade. Como refere Diniz (2004), “As crenças só fazem sentido na medida em que são consideradas aceitáveis, verdadeiras ou falsas, justificadas ou injustificadas, pela comunidade.” (p.117). Nesta perspectiva, Le Bon (2001) valoriza o grupo social como factor de extrema importância na adopção das crenças, onde a maioria dos seus

elementos possuem crenças comuns, de tal forma que, na maior parte das vezes, são unanimemente aceites e indiscutíveis por eles. Isto origina que, inclusivamente, não seja permitida a pertença a tal grupo a quem não partilhe e adopte as mesmas ideias.

Na base da partilha de saberes entre os vários elementos de uma mesma cultura, está presente a transmissão de usos, costumes, crenças, valores e comportamentos que sejam coerentes e unificadores de toda essa cultura. Isto mesmo é defendido por Almeida (1999), quando o autor se reporta às crenças “como um conjunto de representações colectivas que são aceites como verdadeiras por uma dada sociedade ou grupo, sem terem sido verificadas ou comprovadas pelos seus membros.” (p.8).

Os aspectos culturais transmitidos de geração em geração numa determinada cultura, são enquadráveis dentro do conceito de tradição, a qual é descrita por Oliveira (1979) como sendo “(...) a maneira pela qual os mais velhos *transmitem* aos mais novos, *um a um*, todos os grandes grupos de fenómenos sociais.” (p.119). Na opinião do autor, a tradição pode ser expressa através da linguagem – *tradição oral* –, quando se transmite oralmente conhecimentos, lendas, narrativas, costumes, mas também através da *tradição simbólica*, a qual traduz o saber dos seus símbolos e gestos, como, por exemplo, objectos, técnicas e arte.

É por meio da tradição que uma cultura se perpetua no tempo, que são demonstradas as ideias do passado e a influência deste nos diversos contextos (social, religioso e familiar) de um povo (Le Bon, 2005). Na perspectiva do autor (2001), algumas das crenças que o indivíduo possui advêm da tradição e propagam-se no seio de uma cultura através de um certo processo de repetição de afirmações, no qual repetir muitas vezes uma palavra ou uma ideia, é transformá-las em crenças.

Muitas das crenças características de uma cultura, em especial as relacionadas com o sobrenatural, são transmitidas oralmente através das gerações e têm por base o conhecimento empírico (Comissão do Real Instituto de Antropologia da Grã-Bretanha e Irlanda, 1973).

Ao conceito de crença é frequente associar-se outros conceitos que podem estar intimamente ligados com o seu teor, ou até serem considerados como seus sinónimos. É, por exemplo, o caso do *mito*.

O termo *mito* advém da palavra “mythos” que significa “palavra” e, segundo o Dicionário da Língua Portuguesa da Porto Editora (2004), constitui “um relato fantástico protagonizado por seres que representam as forças da natureza e os aspectos gerais da condição humana, transmitido oralmente ao longo dos tempos” (p.528). Por um lado, pode ser visto como um conjunto de narrativas orais, anónimas, transmitidas de geração em geração e, por outro, como uma verdadeira linguagem que deve ser salvaguardada numa determinada cultura ou grupo social. A sua função primordial prende-se com a tentativa de explicar ou justificar determinadas práticas culturais como verdadeiras, para todos ou quase todos os membros de uma sociedade (Couto, 2000).

Ainda que os mitos sejam considerados como histórias e narrativas tradicionais, transmitidas por uma herança cultural com o intuito de explicar fenómenos naturais, religiosos, elementos sobrenaturais relativos à origem do Mundo e do Homem, eles são dotados de uma realidade actual, uma vez que exercem influência na vida quotidiana de um povo e dirigem o modo como os indivíduos vivem em sociedade (Comissão do Real Instituto de Antropologia da Grã-Bretanha e Irlanda, 1973). Lévi-Strauss (1978) acrescenta, ainda, que os mitos fazem parte integrante de uma cultura e só podem ser interpretados e compreendidos no contexto dessa mesma cultura.

De acordo com Couto (1994), o mito não tem qualquer finalidade explicativa em si mesmo, surgindo associado às crenças na medida em que representa o conteúdo ou objecto sobre o qual o indivíduo assume uma determinada atitude, conduzindo os seus comportamentos e relações sociais.

O modo como o indivíduo transpõe o mito para a acção, geralmente, por meio de símbolos e gestos, denomina-se de *rito*. De acordo com o autor referido anteriormente (1994) este último deve ser assumido como “um comportamento social mais ou menos estereotipado, determinado pela atitude em relação ao conteúdo de um mito.” (p.58), e que reflecte as crenças, ideias e sentimentos mais ou menos explícitos de um grupo, como, aliás, pode ser presenciado em diversas práticas rituais, tais como cerimónias, orações, danças, entre outras presentes em todas as culturas.

De facto, não nos é difícil identificar a existência de alguns mitos na nossa vida quotidiana ao recordarmo-nos de histórias transmitidas na nossa infância, por gerações mais velhas, mães e avós, portadoras de saberes consolidados no tempo e, mais tarde, por outros membros com quem nos relacionamos ao longo da vida. Tal não acontece sem que, muitas vezes, nos desprendamos da sua origem e não saibamos explicar, de forma racional, a sua causa e funcionamento como refere Copans, citado por Couto (2000).

Neste sentido, a influência exercida pela transmissão cultural no consentimento de uma crença ou mito na nossa vida, é preponderante na avaliação que fazemos de alguns episódios críticos do nosso ciclo vital, como a doença, na medida em que podemos associar o resultado ao respeito, ou não, por determinado ritual como consequência (Couto, 2000).

Por vezes, a crença pode ser entendida como um *tabu*, no sentido em que o termo representa, geralmente, algo proibido ou inaceitável em determinada sociedade. As crenças possuem uma interpretação variável de grande significado numa estrutura social, atribuído a algo sagrado e oculto, ou por outro lado, a aspectos proibidos, cuja transgressão conduz a sanções (Comissão do Real Instituto de Antropologia da Grã-Bretanha e Irlanda, 1973).

Ao longo do decurso de desenvolvimento do indivíduo, ao transpor de cada etapa da vida, como é o caso de uma gravidez, os valores culturais estão presentes e constituem o suporte das nossas acções, de forma a desempenharmos com segurança os novos papéis que nos são propostos.

Podemos assim admitir que as crenças, enquanto elementos de herança cultural, desempenham um importante papel nos comportamentos e formas de agir da mulher em processo de gravidez, muito mais na primeira gravidez em que as experiências vivenciadas têm por base saberes e práticas de quem já passou pela mesma situação, em conjugação, como é óbvio, com outros factores referentes à sua natureza física e psíquica. Aliás, como sublinha Couto (2000), as crenças regulam os comportamentos e as expectativas subjacentes ao período da gravidez e ao momento do parto e do puerpério. Basta pensarmos nas situações em que a grávida não come determinados alimentos por julgar que podem ser abortivos, ou então considerarmos os casos em que aquela leva para a maternidade um objecto com carga simbólica (“amuleto”) com o objectivo de lhe “dar sorte” durante o processo de parto.

1.2 – ATITUDES

Todos os indivíduos comportam-se ou reagem de determinada maneira a qualquer aspecto específico da sua vida, tais como acontecimentos, pessoas, objectos, valores ou conceitos. Esta forma de reacção – que, de resto, pode assumir uma carga valorativa mais positiva ou negativa –, é, normalmente, designada no campo das ciências sociais por atitude. O conceito de *atitude* tem vindo a ser alvo de diversas investigações, apresentando um carácter pouco consensual quanto ao seu significado. Ajzen (1988), por exemplo, define-a como “uma predisposição para responder de forma favorável ou desfavorável a um objecto, pessoa, instituição ou acontecimento.” (p.4).

Na opinião de Lima (2000), a atitude encontra-se, normalmente, relacionada com o comportamento individual. Aquela que é designada de *atitude motora* corresponde à forma de um indivíduo agir tendo por base uma atitude mental, isto é relativa à forma de pensar. É através do comportamento manifestado pelo indivíduo que se podem inferir as atitudes, uma vez que estas não são objectivamente observáveis e manifestam-se através de expressões verbais ou não verbais, de opiniões, de comportamentos, como, por exemplo, a adesão a um grupo, através da aquisição de determinados objectos.

Neste sentido, Matalon (2002) define a atitude como “ (...) uma orientação das condutas ou dos juízos [constituindo uma] variável subjacente das condutas ou às expressões verbais.” (p.19). Torna-se então possível descrever e perceber alguns aspectos do comportamento de uma pessoa se conhecermos a sua atitude face a um determinado assunto.

Eagly e Chaiken (1993), citado por Lima (2000), apesar de defenderem a atitude como uma tendência psicológica, ou seja, um estado interior ao indivíduo que seria manifestada por meio da avaliação, distinguem-na dos traços da personalidade que podem influenciar os comportamentos. Isto porque estes últimos encontram-se, frequentemente, centrados no indivíduo, são estáveis e nem sempre possuem uma componente avaliativa, ao passo que uma atitude pode ser aprendida a partir de experiência vivida ou através de informação que se possui face a um determinado objecto, podendo ser, inclusivamente, alterável no tempo. Assim, a atitude é entendida como um potencial para reagir de determinado modo a um objecto, projectando

reações semelhantes sempre que se verifiquem situações em que este esteja envolvido.

Nesta perspectiva, é evidente a presença de “algo” que está a ser sujeito a uma avaliação, designado por “objecto de atitude”. Tal como Stroebe e Stroebe (1999) referem, ao reportarem-se a investigações efectuadas por alguns psicólogos sociais, como, por exemplo, Eagly e Chaiken (1993), a atitude deve ser entendida como “a tendência de avaliar um «objecto de atitude» particular de forma mais ou menos favorável ou desfavorável.”. Pode este mesmo objecto reportar-se tanto a pessoas, como a acontecimentos físicos e sociais (de entre os quais, a gravidez), ou, ainda, a comportamentos e ideias abstractas (saúde, doença, entre outros).

A avaliação do objecto que é alvo da atitude, e na perspectiva de Rosenberg e Hovland (1960); Ajzen (1988), Eagly e Chaiken (1993), citados por Stroebe e Stroebe (1999), conduz a diferentes tipos de resposta por parte do indivíduo, tais como: respostas do tipo *cognitivo*, correspondendo ao significado ou às crenças que se tem face ao objecto em causa; resposta do tipo *afectivo*, ou seja, sentimentos positivos ou negativos que se tem aquando da experimentação do objecto, e ainda respostas do tipo *comportamental*, que dizem respeito ao modo como se procede e reage ao objecto em causa.

Podemos, assim, supor que existe uma ligação entre as crenças que possuímos e as nossas atitudes face a algo, na medida em que, e de acordo com o descrito acima, as nossas atitudes resultam, provavelmente, da avaliação das crenças que temos relativamente ao objecto e das emoções que experimentamos com o mesmo, sendo o resultado disto uma determinada acção ou conduta.

Para Fishbein e Ajzen (1981), citado por Diniz (2004), “as atitudes face a qualquer objecto são determinadas pelas crenças sobre esses objectos.” (p. 101), ideia esta que enfatiza o papel das crenças na base da formação das atitudes que se possui relativamente a alguma coisa ou assunto. O mesmo autor, ao reportar-se a Rokeach (1986), acrescenta que uma atitude advém de uma organização de crenças duradouras, provenientes de experiências passadas, que se interligam em torno de um objecto, podendo ser referente a uma pessoa, grupo, instituição, tema, actividade ou acontecimentos. Logo, à

semelhança das crenças, as atitudes não nascem connosco, são adquiridas no processo de adaptação do indivíduo na sociedade.

No que respeita à formação das atitudes, esta encontra-se estreitamente relacionada com dois processos internos ao indivíduo – processos *cognitivos* e processos *afectivos*, como é defendido por Lima (1993), citado por Couto (2000). Os do primeiro tipo resultam do facto de que as atitudes são delineadas pelas crenças que se possui relativamente a um determinado objecto e derivam da sua avaliação. Os do segundo tipo assentam no princípio de que as atitudes estão estritamente ligadas a experiências emocionais respeitantes ao objecto, cujo acesso repetido ao mesmo resulta em sentimentos positivos enquanto inicialmente era indiferente.

Torna-se assim provável que a ligação entre a atitude e as crenças pode estar relacionada com a representação mental (imagem mental) que o indivíduo possui acerca do objecto de atitude. Dessa mesma articulação tenta dar conta, por exemplo, o modelo de expectativa-valor de Fishbein (1967), citado por Stroebe & Stroebe (1999) e Lima (2000), o qual considera que as atitudes das pessoas em relação a um objecto costumam resultar das expectativas respeitantes aos atributos que esse mesmo objecto possui, bem como da avaliação feita dos mesmos. Simbolicamente, este modelo é representado pela seguinte equação:

Quadro nº 1 – Representação esquematizada do modelo de expectativa-valor de Fishbein

$A = \sum b_i e_i$ A = atitude em relação a um objecto; b_i = capacidade subjectiva (percebida) de um objecto de proporcionar um valor que seja resultado julgado desejável; e_i = importância do valor para o indivíduo, ou, avaliação do atributo.
--

(Stroebe e Stroebe, 1999, p.33)

Parece-nos que esta perspectiva se coaduna com a situação alvo do nosso objecto de estudo, uma vez que, perante uma gravidez, a atitude que a mulher

adopta pode estar relacionada com aquilo em que acredita, mas também com o valor que a própria gravidez tem para ela, resultando em determinado comportamento ou acção. Enquanto “predisposição psicológica para algo” (Mucchielli, 1985, p.78), a atitude apresenta-se como o elemento mediador, por excelência, da relação que se estabelece entre as crenças e os comportamentos delas resultantes.

1.3 – CRENÇAS E COMPORTAMENTOS

Tendo uma visão do conceito de atitude como a inclusão de todas as experiências que o indivíduo tem em relação ao objecto de atitude, poder-se-á deduzir que esta está directamente ligada aos comportamentos por ele revelados. No entanto, esta conexão linear entre atitude e comportamento não parece ser unânime nas diversas investigações feitas sobre a matéria.

Como foi referido anteriormente, a atitude está relacionada com a representação mental que se tem sobre determinado objecto, acontecimento ou situação, e é considerada como uma predisposição para algo, não sendo necessariamente para uma resposta verbal, como a expressão de uma opinião mas, inclusivamente, de um comportamento não verbal Rokeach (1986), citado por Diniz (2004).

Todavia, no entendimento do autor (1986), a atitude não está directamente relacionada com o comportamento, uma vez que esta representa um conjunto de crenças relativas a um objecto ou situação, cuja forma como se manifesta depende essencialmente da localização em que o objecto da atitude se encontra. Ou seja, qualquer atitude provém do contexto em que o indivíduo e o próprio objecto se insere.

A existência do contexto no progresso dos estudos realizados pela psicologia social sobre a previsão do comportamento humano, com base nas crenças e atitudes, foi fulcral na medida em que realça o conhecimento do indivíduo sobre o mundo social onde está inserido. (Ogden, 2004). Neste sentido, a *Teoria de Acção Reflectida*, desenvolvida por Fishbein e Ajzen (1975), citado por Stroebe & Stroebe (1999), constituiu um dos modelos mais gerais da psicologia social, com maior sucesso na previsão de diversos comportamentos. Fishbein e Ajzen (1975) consideram que o comportamento é uma opção

reflectida entre várias alternativas, resultante da intenção comportamental, sendo esta determinada essencialmente por dois factores. Um, prende-se com a atitude do sujeito em realizar determinado comportamento, qual, por sua vez, não só resulta das crenças relativas ao referido comportamento, mas também da avaliação das consequências da sua execução. Outro factor assenta nas normas subjectivas que derivam das crenças dos indivíduos e dos grupos de referência para o sujeito em questão. Este, uma vez consciente do comportamento que julga que os outros esperam de si e em função da sua motivação em cumprir tais expectativas, formula uma intenção da acção.

Esta teoria vai ao encontro do modelo de expectativa-valor, descrito anteriormente, uma vez que é pressuposto o cálculo entre as expectativas associadas às consequências de se adoptar um comportamento específico e a importância dessas mesmas consequências (Stroebe & Stroebe, 1999).

Apesar de ser aplicada em diversos estudos com sucesso, a Teoria de Acção Reflectida foi alvo de críticas por parte de outros investigadores, especialmente no que concerne ao facto do comportamento ser apenas previsto com base na intenção do sujeito, dependendo da vontade do próprio em realizá-lo ou não.

Neste sentido, Bentler e Speckart (1979), Eiser e colaboradores (1989), citados por Lima (2000), realizaram estudos que demonstraram que o comportamento anterior do indivíduo constituía um factor importante na previsão da sua conduta, por não estar directamente relacionado com o controlo volitivo da pessoa.

Assim, Ajzen (1988) reformulou a teoria anterior, acrescentando outra variável à estrutura básica já existente, *percepção do controlo comportamental*, que se caracteriza pela percepção do próprio indivíduo em desempenhar, ou não, determinado comportamento, originando a *Teoria do Comportamento Planeado* (Stroebe & Stroebe, 1999). De acordo com esta teoria, o comportamento poderá ser influenciado pela percepção do controlo do mesmo mediado pela intenção de realizar o referido comportamento, ou seja, a nossa intenção em realizar determinado comportamento depende da percepção que se tem em executá-lo ou não, bem como das atitudes relativas ao comportamento e das crenças que as pessoas a quem atribuímos importância têm face ao nosso desempenho.

Quando o indivíduo se depara com a incapacidade ou a falta de oportunidade em atingir determinado objectivo, adequa as suas intenções a esta realidade, de forma a atingir um objectivo em concordância com as suas capacidades. Esta adaptação é possível, uma vez que as intenções são, de certa forma, determinadas pela percepção que se tem em alcançar um objectivo (Stroebe & Stroebe, 1999).

De forma análoga, torna-se também possível, e de acordo com a mesma teoria, a percepção do controlo sobre um comportamento ter influência directa no próprio sem depender da intenção, apesar de ser menos provável, uma vez que o indivíduo necessita de ter um controlo efectivo da realidade. Nesta perspectiva, para levar a cabo um certo comportamento, é necessário que tenha uma visão real da situação, o que pressupõe ser exequível em situações óbvias e pouco provadas na prática, como relatam Stroebe e Stroebe (1999).

Ajzen (1988) acrescenta, ainda, que factores internos ao indivíduo – como capacidades, informações, aptidões e impulsos, mais frequentemente conhecidos por “força de vontade” – influenciam vulgarmente a sua percepção quanto a desempenhar, ou não, certos comportamentos, passando-se o mesmo com os factores externos, de entre os quais salientamos as oportunidades de tais acontecimentos virem a acontecer e a dependência de outros para os realizar.

No seguimento do que foi exposto anteriormente, é plausível considerar que as crenças têm uma relação com os comportamentos adoptados, mediados pelas atitudes que se têm respectivamente ao objecto atitudinal. Como salienta Le Bon (2001), a crença orienta os pensamentos, as opiniões e, por conseguinte, a maneira de proceder.

Reportando-nos a uma gravidez como uma situação em que os comportamentos manifestados pela grávida podem estar adstritos ao que acreditam relativamente à gravidez como uma experiência congruente com o seu contexto social e cultural.

Assim, por exemplo, o seu comportamento será condicionado pelo facto de a grávida de ter ou não determinada crença ou mesmo um conjunto de crenças, o que irá depender sempre de uma predisposição orientada numa determinada

direcção, isto é, de uma atitude concreta relativamente ao que são as suas crenças.

2. CRENÇAS NA GRAVIDEZ

2.1 – O FENÓMENO GRAVIDEZ E AS CRENÇAS

Por gravidez entende-se, um processo fisiológico normal decorrente da fecundação de um ou mais óvulos no organismo da mulher, possível em alguns estádio do seu ciclo vital, produzindo-lhe alterações de ordem diversa, tanto a nível fisiológico, como psicológico e sócio-cultural. Tais transformações podem ser de carácter transitório ou permanente, consoante o significado que cada mulher atribui ao próprio processo e aos factores internos e externos envolventes, como por exemplo, o grau de desejo e aceitação da gravidez bem como o significado que a mesma assume na sua vida, a nível físico, psíquico, social, cultural e económico. A lógica adaptativa a estas mudanças, que deverá ser entendida como parte integrante de um processo complexo e gradual de aprendizagem prepara, a vários níveis, a grávida para esta etapa importante da sua vida.

Desta forma, a gravidez pode ser considerada uma fase de transição, que de acordo com Meleis, Swayer, Im, Messias e Shumacker (2000), não é mais do que uma passagem, fase da vida ou mudança de estado na saúde ou doença ocorrida no processo de desenvolvimento individual. Os mesmos autores (2000) salientam que, durante um processo de transição, os indivíduos, inevitavelmente, modificam os seus comportamentos devido à aquisição de novos conhecimentos resultando em numa definição do *self*.

O termo *self*, segundo Damásio (2005), assenta no conjunto de representações categorizadas mentalmente pelo próprio indivíduo relativamente a aspectos que o definem como pessoa tais como, o que e de quem gosta, o que faz, o tipo de objectos que usa, os locais e acções que costuma realizar com mais frequência e representações do próprio corpo biológico reconstruídas constantemente. Por sua vez, Teixeira (2004) refere-se a este conceito como sinónimo de “si mesmo” ou identidade pessoal, emergente das relações sociais estabelecidas entre os indivíduos e cuja natureza não é meramente redutível a aspectos biológicos.

Meleis et al (2000) realçam ainda, que os sujeitos numa face de transição podem tornar-se mais vulneráveis pelo facto de não compreenderem o carácter temporário da situação, o que vai depender, muitas vezes, de determinados factores externos e internos ao indivíduo e do próprio tipo da transição.

Pode-se assim, entender a gravidez como um processo de transição do tipo de desenvolvimento individual e familiar, uma vez que é necessária uma adaptação quer por parte da mulher quer da família, às alterações físicas, psicossociais e económicas que indiciam mudanças. Esta adaptação vai depender de determinados factores dos quais salientamos as tendências culturais e sociais, as alterações corporais, as expectativas e grau de desejo relativos à gravidez, a segurança, o apoio emocional e situação financeira, podendo tornar-se num processo de *stress* mais ou menos moderado.

Apesar, da gravidez ser encarada como um processo fisiológico normal da vida de uma mulher e uma experiência única, vai originar mudanças a vários níveis da sua vida e da família. A forma como a grávida e família se adaptam a estas mudanças dependerá de como a cultura e a sociedade percebem a maternidade, produzindo um grande impacto na experiência da gravidez, por parte de cada mulher, como relata Canavarro (2006).

Na perspectiva de Cordeiro (2002), este período de transição constitui um factor preponderante na maturação do ciclo da vida da mulher, na medida em que, o percurso desta etapa possibilita reestruturação a nível da sua personalidade, perante si própria e perante os outros, dado que qualquer processo de gravidez envolve transformações e reajustes a nível de papéis e articulação de várias tarefas (Fonseca & Magão, 2007).

É do conhecimento geral, que esta experiência pode ter uma conotação mais ou menos positiva de acordo com a significância que cada mulher lhe atribui, dependente das circunstâncias benéficas ou não, por ela percebidas. Para Canavarro (2006), estes significados correspondem a representações da gravidez, as quais, por sua vez, são influenciadas por determinados factores em constante mudança, nomeadamente: i) factores genéticos – consistem em características físicas, anatómicas e funcionais do organismo da mulher, de modo, a que seja capaz de passar por este processo fisiológico; ii) factores históricos e sócio-culturais – incluem aspectos inerentes à história do papel da mulher como um ser reprodutor, aspectos condicionantes à sua vida social:

carreira profissional, vida pessoal e relacional, podendo ocasionar comportamentos de natureza diversa face à gravidez: iii) factores de desenvolvimento – dizem respeito à história da própria mulher, ou seja, a aspectos e experiências já vividas e aprendidas ao longo da sua vida, que influenciam fortemente a aceitação da gravidez, tais como: a relação que tem e teve com a sua própria mãe, o papel que a figura materna assumiu na sua infância e a relação que tem com o seu cônjuge.

Nesta óptica, Brazelton, citado por Pedro (1985), relaciona todas as experiências anteriores vivenciadas pela mulher com o modo como esta se adapta ao processo, ajustando-se às novas responsabilidades advindas de uma gravidez. Ou seja, quando maior tiver sido o ajuste destas experiências com a sociedade que a rodeia, mais benéfico o significado que atribui à gravidez e, consequentemente mais salutar será a adaptação às alterações que ocorrerão neste sentido. Corroboram esta ideia Fonseca e Magão (2007), como é citado por Camarro, Fradique, Carneiro, Guedes & Rebelo (2007) ao salientarem que, “a mulher transporta para a gravidez um total de experiências acumuladas do passado e que influenciam a sua percepção da gravidez e da maternidade.” (p. 76).

Em muitas sociedades actuais e geralmente após um casamento, a gravidez é encarada como um dever de procriação, podendo ser entendida como um facto social. Na perspectiva de Durkheim (1998):

“Facto social é toda a maneira de agir, fixa ou não, susceptível de exercer sobre o indivíduo uma coerção exterior, (...) que é geral no âmbito de uma dada sociedade sendo, ao mesmo tempo, uma existência própria, independente das manifestações individuais.” (p.39)

Este conceito, apresenta características específicas, tais como, a *exterioridade*, uma vez que são maneiras de agir, pensar ou sentir exteriores ao indivíduo que vive em sociedade, transmitidas de geração em geração, antecedendo e ultrapassando a sua existência; *coercitividade*, dado que exercem um poder de autoridade sobre os indivíduos, impondo-se independentemente das suas vontades e *generalidade*, uma vez que são comuns a toda a sociedade ou ao grupo, conferindo a sua distinção de outras sociedades (Lakatos, 1991). Neste sentido, em determinadas sociedades a gravidez ao ser assumida como um

compromisso de procriação, exerce um poder imperativo nos indivíduos influenciando os seus juízos e condutas relativamente ao seu significado, constituindo um factor importante na sua construção pessoal e social, onde interfere nas formas de relacionamentos e reconhecimentos sociais.

O significado que se dá ao que nos rodeia, é essencial para a nossa subsistência como humanos e convivência em sociedade, na medida em que, toda a informação obtida sobre um objecto ou acontecimento ocorrido na nossa vida permite-nos construir um conhecimento sobre o mesmo, o que irá influenciar a nossa maneira de agir de acordo com a interpretação que se tem do objecto ou acontecimento em questão. Neste sentido, sendo a gravidez uma ocorrência possível na vida de uma mulher, ladeada de significado quer para ela quer para o seu grupo social e sobre a qual existem determinadas regras e condutas que devem ser respeitadas pela sociedade em geral, traduz-se num constructo social.

Berger e Luckmann (2004) debruçaram-se sobre o estudo do conhecimento socialmente construído face a uma realidade ocorrida num determinado grupo social. Na sua opinião, as sociedades possuem, umas relativamente a outras, conhecimentos específicos e diferenciados quanto a um objecto ou acontecimento, a que denominam por “realidade social”. Os mesmos autores (2004), sublinham que esta realidade advém das experiências da vida quotidiana “(...) apresentando-se como uma realidade interpretada pelos homens, e, de modo subjectivo, dotada de sentido para eles, na medida em que forma um mundo coerente.” (p.31).

A interpretação que cada mulher faz da gravidez resulta da interacção e comunicação que tem com os outros onde apreende o conhecimento deste fenómeno, difundido de geração em geração, assumindo-o como verdade objectiva e socialmente institucionalizada, com o propósito de agir de forma congruente com o restante grupo social (Berger e Luckmann, 2004). É nesta perspectiva que Vala (2000), referindo-se à génese do conceito de representação social por Moscovici em 1961, no seu livro *La psychanalyse: son image et son public*, salienta que os indivíduos não são meros receptores e emissores de informação mas capazes de construir significados e ordenar a realidade social.

O conceito de representação social elaborado por Moscovici surge a partir dos conceitos de “representações colectivas” e “representações individuais” definidas por Durkheim.

Para Durkheim (1998) as representações colectivas diferem das representações individuais na medida em que as primeiras dizem respeito a conceitos universais da sociedade na sua totalidade, ao passo que, as segundas correspondem a percepções individuais, dependentes da consciência de cada um e variáveis de sujeito para sujeito. Neste sentido e na opinião do autor, as representações colectivas expressam primazia em relação ao indivíduo, por caracterizarem a sociedade na sua globalidade, apesar das representações individuais serem parte constituinte da mesma:

“(…) qualquer sociedade dá origem a fenómenos novos, diferentes dos que ocorrem nas consciências solitárias, é necessário admitir que estes factos específicos residem na própria sociedade que os produz e não nas suas partes, quer dizer, nos seus membros.” (p.17)

Moscovici na década de 60 retomou o conceito de representações colectivas de Durkheim, no contexto da Psicologia Social, sobre o binómio indivíduo-sociedade, propondo uma outra concepção denominada “representação social” que difere da anterior por possuir um carácter dinâmico e transformista e não se tratar apenas de uma reprodução de fenómenos sociais dentro de uma sociedade. Para este autor, as representações sociais advêm das relações interpessoais partilhadas num dado meio social, originárias, muito frequentemente, de experiências vividas e transmitidas entre si (Vala, 1986). Assim, Moscovici (1981), como é citado por Vala (2000) define representações sociais como:

“(…) um conjunto de conceitos proposições e explicações criado na vida quotidiana no decurso da comunicação interindividual. São o equivalente, na nossa sociedade, dos mitos, e sistema de crenças das sociedades tradicionais (...)” (p.458).

Na opinião de Jodelet (1989), qualquer representação social contem uma forte ressonância a este nível pois trata-se de “uma modalidade de conhecimento socialmente elaborada e partilhada, com um objectivo prático, contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social.” (p.36).

Apesar do conceito de representação social assumir um carácter polissémico na medida em que é definido à luz das diversas ciências sociais que o estudam, o proposto por Moscovici contribuiu em grande escala para a renovação da Psicologia Social ao fazer emergir de um novo campo científico. Em concordância com o referido anteriormente Jodelet (1989), refere que a construção deste conceito é marcada pelas seguintes características: i) *vitalidade*, uma vez que a base na concepção surgiu de várias investigações quantitativas e qualitativas de quadros teóricos e metodologias distintas; ii) *transversalidade*, porque promoveu uma discussão interdisciplinar; iii) *complexidade*, dada a abrangência de fenómenos que confronta, nomeadamente, sociológicos e psicológicos.

No entanto e na perspectiva de Vala (2000), a representação social deve ser entendida como fenómeno e conceito, sendo o produto de interacções e fenómenos comunicados e partilhados no interior de um grupo social, demonstrando a sua situação, os seus problemas, as suas estratégias e as relações com os outros grupos. Neste sentido, torna-se visível o relevo dos fenómenos sociais na construção deste conceito, traduzindo uma actividade cognitiva e simbólica daquele grupo social, porque tal como é defendido por Abric (1987) é “o produto e o processo de uma actividade mental, através da qual um indivíduo ou um grupo reconstitui o real com o qual ele é confrontado e atribui a ele um significado específico” (p.64).

Assim, ao conceito da gravidez é adjudicado um significado social, que embora seja um fenómeno fisiológico, exclusivo da mulher, é vivenciado por mais do que uma pessoa, inseridas num grupo social e envolvidas por uma determinada cultura. Tal como é salientado por Soifer (1991), a gravidez é uma conjuntura que não envolve apenas a mulher, mas igualmente o seu companheiro e o meio social que a circunda, acompanhando-a em todo o seu processo psicológico do passado, denominada de “regressão” e que se inicia, na opinião da autora, “na percepção inconsciente das mudanças orgânicas e hormonais e na sensação da incógnita” (p.22), característico do começo da gravidez.

A tradução de um determinado conhecimento em representação social é explicada por Moscovici (1961), citado por Vala (2000) por dois grandes processos sócio-cognitivos interligados: a *objectivação* e a *ancoragem*.

A objectivação é o processo pelo qual se organizam os elementos de uma representação e a forma como o abstracto se torna algo concreto e adquire expressões de uma realidade vivida. Este processo é mediado por três momentos: i) a *construção selectiva*, diz respeito à operação em que as informações, crenças e ideias acerca do objecto da representação sofrem um processo de selecção e descontextualização, através de critérios normativos e culturais, para que parte desta informação seja útil e coerente; ii) a *esquematisação estruturante*, equivale à organização dos elementos da representação em esquemas de relações estruturadas onde adquirem uma expressão figurativa, ou seja, a cada elemento corresponde uma imagem que o simplifica; iii) a *naturalização*, é o método que permite a concretização de cada elemento figurativo em algo real para o sujeito, ou seja, é a transição do abstracto em concreto, expresso em imagens e metáforas, e da percepção em realidade do senso comum (Vala, 2000).

O autor supracitado (2000) refere-se à ancoragem como o processo de “assimilação de um objecto novo por objectos já presentes no sistema cognitivo. Estes objectos consistem nas âncoras que vão permitir construir a representação do novo objecto” (p. 475). Este processo é constituído por dois mecanismos específicos, por um lado, permite ao novo objecto ser inserido no sistema de significações e categorias do pensamento humano, possibilitando convertê-lo em algo familiar e, por outro, uma vez gerada a representação, favorece a organização das relações sociais através da formação de sistemas de interpretação e classificação de pessoas e acontecimentos.

Exposto o referido, importa ainda salientar a pertinência das representações sociais face às funções que desempenham num grupo social. Para Vala (2000), a construção de uma representação social relativa a um objecto, pessoa ou acontecimento promove a produção de conhecimento sobre esta realidade social, na medida em que a sua interpretação é comum aos indivíduos que dela partilham por meio da descodificação dos elementos novos e a sua inclusão em sistemas de pensamentos pré-existentes, tornando-os familiares a este mesmo grupo.

Outra utilidade conferida às representações sociais, evidencia-se no que é advogado por Moscovici (1976), citado por Vala (2000) em que estas “(...) constituem uma orientação para acção na medida em que modelam e

constituem os elementos do contexto em que um comportamento ocorre.” (p.483). Ou seja, as representações estabelecem uma inter-relação entre o objecto e o contexto em que ocorrem. Paralelamente a esta função, justificam as acções e interacções que se tem com os outros no sentido em que a forma como o fazemos depende da representação que possuímos deles.

Por ultimo, as representações sociais, ao interpretarem um conhecimento socialmente elaborado e partilhado através do processo de comunicação, onde cada grupo social categoriza os objectos em códigos linguísticos específicos vigorando o modo como cada grupo interage e se organiza em determinada realidade, contribui para a diferenciação social. Conjuntamente a este facto, a comunicação das representações sociais promove a identidade social por meio do processo de socialização ou integração do indivíduo na sociedade, tornando-se membro desta (Vala, 2000). Nesta perspectiva, Jodelet (1989) salienta, ainda, a importância da comunicação e socialização, através da partilha de códigos linguísticos e de formas de ver a realidade social objectiva (normas, valores e ideias) para a presença de uma coesão social dentro dos grupos.

De acordo com Spink (1995), as representações sociais apesar de se caracterizarem por um conhecimento cognitivo, constituído por elementos da mesma natureza e serem socialmente elaborados e partilhados, traduzem-se em fenómenos sociais, dado ser imprescindível perceber o contexto onde são produzidos.

A representação de uma realidade social, como é o caso da gravidez, está estritamente relacionada com o património cultural de cada indivíduo, na medida em que este acontecimento é vivenciado quer pela mulher grávida quer pelo grupo social a que pertence de acordo com o seu sistema de valores, normas, símbolos e modelos de comportamentos. Desde modo e, na opinião de Slepj (1998), as normas do próprio contexto sócio-cultural são transmitidas, sobretudo, por meio da linguagem de geração para geração.

Embora, o conceito de cultura seja alvo de várias definições ao longo da sua história, objecto principal de estudo da antropologia e de interesse em outras ciências sociais, na actualidade, é entendido num sentido amplo como:

“ (...) código comum a todos os membros de uma formação colectiva organizada; código que regula as práticas e os sistemas sociais de representação como os ritos, os mitos e as ideologias, as concepções do universo, as doutrinas filosóficas, as teorias científicas que as subentendem.” (Slepoj, 1998, p.194).

Todo e qualquer indivíduo como membro de uma sociedade possui cultura, ou seja, adquire um modo de vida específico e particular de acordo com o grupo onde está inserido, manifestando um sistema de valores, usos e costumes relacionados com a cultura de que faz parte. Apesar desta integridade cultural, tem a noção da existência de outros padrões culturais onde os elementos fundamentais como valores, normas, ideias e comportamentos devem ser avaliadas perante a cultura onde surgem, podendo ser válidos em determinado sistema cultural e rejeitados por outros, como é defendido no relativismo cultural (Marconi, 1991).

A aquisição do pressuposto da visão relativista é consentida por meio do processo denominado de Endoculturação, como menciona a mesma autora (1991) e diz respeito ao processo de “ (...) aprendizagem e educação em uma cultura desde a infância.” em que “Cada individuo adquire as crenças, o comportamento e os modos de vida da sociedade a que pertence.” (p.145), não devendo actuar de forma diferente do que é aceite pela mesma sociedade. Em concordância com esta ideia, Slepoj (1998) valoriza a cultura como uma forma de significado e orientação dos comportamentos adquiridos pelo indivíduo relativamente a um acontecimento ou situação ocorrida no seio social.

No entanto e na perspectiva de Slepoj (1998), a cultura não constitui totalmente um factor dominante das condutas dos indivíduos que dela fazem parte, explicado pelo facto de que a personalidade de cada sujeito representa uma forma reflexiva e autónoma do próprio em analisar criticamente os modelos sócio-culturais a que estão submetidos, conferindo-lhes a possibilidade de contestarem certas imposições culturais.

A autora (1998) reporta-se a Abram Kardiner, antropólogo e psicanalista para descrever os factores que estão na base da construção da personalidade individual bem como, da sua progressão autónoma, estando dependentes da relação que o indivíduo teve enquanto criança e adolescente com princípios ditos primários estáveis tais como: i) a organização familiar, que inclui as

relações entre pais e filhos, obrigações impostas à criança pelos pais, partilha e divisão do trabalho na família e organização da autoridade; ii) disciplinas corporais a que a criança é submetida, respeitante às fases de educação oral, vesical e anal e forma de alimentação; iii) modelos de acolhimento ou de descuido institucionalizado das crianças, referentes a formas de defesa, protecção, vigilância, exposição a riscos e sofrimento; iv) comportamentos sexuais autorizados às crianças, abrangendo a adopção de papéis do outro sexo, bem como os jogos eróticos que lhes são permitidos e, finalmente, v) o modo de subsistência como factores económicos, condições habitacionais e laborais, motivações e sentimentos de recompensa a que são sujeitas.

De forma análoga, não se pode descurar que o indivíduo não esteja sujeito a influências culturais desde a infância, através do processo de interacção com os pais e familiares mais chegados, posteriormente através da educação escolar, organizações religiosas, grupo de pares ou amigos e da pessoa significativa, na adolescência, bem como, através dos *mass média* que exercem uma forte influencia quer no indivíduo, quer em todo o grupo social, condicionando os seus comportamentos. Desta forma e de acordo com a opinião de diversos autores, não se deve fazer menção à dicotomia sociedade/cultura. Como é o caso de para Lakatos (1991) para quem:

“As culturas atendem aos problemas da vida do indivíduo ou do grupo, e as sociedades necessitam de cultura para sobreviverem. Ambas estão intimamente relacionadas: não há sociedade sem cultura assim como não há cultura sem sociedade (homens).”
(p.145).

Como já foi referido, a gravidez constitui um acontecimento marcante para a vida da mulher e da sua família, enquanto partes constituintes de um sistema social. Trata-se de uma experiência que é moldada por um conjunto de crenças transmitidas culturalmente e resultantes do contexto sócio-familiar onde a mulher se insere podendo ou não, inclusive, influenciar vários dos comportamentos adoptados durante esse período.

Neste sentido, o significado atribuído à gravidez difere de mulher para mulher, consoante os factores mencionados anteriormente, como foi aliás confirmado por Couto (1994), quando verificou junto de um grupo de grávidas entrevistadas, que estas apresentavam diferentes percepções relativas ao

acontecimento em causa, percepções estas que iam desde uma situação de satisfação e de realização pessoal e social, até ao entendimento subjectivo de uma transformação do corpo e de manifestação de doença.

A forma como a grávida vivencia e se adapta às mudanças inerentes à gravidez não tem apenas um carácter subjectivo, inscrevendo-se igualmente no sistema social e cultural que serve de referente à própria mulher. Este sistema de influências pode ser analisado com pormenor no plano específico das crenças que normalmente encontramos dentro num determinado sistema cultural.

Como seres sociais que são, as grávidas transportam consigo uma herança cultural, repleta de valores e crenças indissociáveis da sua forma de agir, tal como salienta Kérouac (1996). Desta forma, o sistema sócio-cultural onde se insere a mulher grávida assume um papel determinante no modo como se adapta, aceita e se comporta durante o processo por que passa.

A gravidez bem como o seu desenvolvimento constituem desde os tempos antigos uma temática curiosa e ladeada por mistérios, mitos, tabus, preconceitos e rituais, dependendo de cada cultura e período histórico.

A visão da maternidade bem como o seu significado, as práticas, as crenças e os mitos adjacentes sofreram modificações ao longo dos tempos, não deixando, no entanto, de existirem quer, sobre a forma de narrações transmitidos de geração em geração, ou de registos escritos.

Diversos são os relatos existentes sobre a forma como a gravidez é vivenciada por povos da antiguidade até ao tempo actual, expondo aspectos relativos a condutas da grávida para proteger o feto e o seu bem-estar. Desde os primórdios, a grávida era vista como um ser “resguardado”, cuja protecção conferida era, já, descrita no antigo testamento (Êxodo, 21,22 referenciado por Couto, 2000) “Se no decurso de uma alteração entre os homens, um deles for de encontro a uma mulher grávida e se ela der à luz sem outras complicações, o culpado ficará sujeito à indemnização imposta pelo marido da mulher (...)” (p.88).

No mesmo entendimento, Zampleri (2001) refere que na antiguidade as mulheres grávidas assumiam culturalmente um papel privilegiado por promoverem e serem responsáveis pela perpetuação da espécie humana, sendo vulgarmente conotadas de “seres escolhidos por Deus”.

O resguardo concedido à mulher grávida, tinha como objectivo principal o bem-estar físico e emocional da mesma e consequentemente a protecção do seu filho(a). Ainda hoje, esta situação é evidente através da partilha de relatos e experiências quotidianas com os mais próximos com quem nos relacionamos, onde a preocupação primordial é o bom desenvolvimento materno e fetal, muitas vezes, representada por crenças e conselhos transmitidos de geração em geração.

Tendo por suporte a bibliografia consultada, podemos reunir as crenças relativas à gravidez em três categorias:

- Crenças relativas à pré-determinação ou adivinhação do sexo do bebé;
- Crenças relativas a interdições;
- Crenças relativas a permissões.

2.1.1 - Crenças relativas à pré-determinação ou adivinhação do sexo do bebé

A decisão de ter um filho pode estar na base de diversos motivos, quer conscientes quer inconscientes, tal como refere Maldonado (1997). Esta resolução pode estar na origem da manutenção do vínculo afectivo da relação entre homem e mulher, da concretização de um desejo de perpetuar esta mesma união, ou até mesmo, ser uma razão culturalmente aceite num enlace conjugal.

Para muitas grávidas o sexo do futuro bebé torna-se um factor importante na medida em que, perspectivam ter um filho do sexo feminino ou masculino, dependente muitas vezes das influências sócio-culturais e familiares a que estão expostas, embora vulgarmente não verbalizem com frequência. Como por exemplo, Loux (1983) refere que a preferência por uma menina, está associado ao facto desta poder estabelecer uma relação de maior proximidade com a mãe e de ajuda nos trabalhos quotidianos. Por outro lado, o desejo de ter um rapaz como primeiro filho, pode estar relacionado com a tradição do filho mais velho assumir um papel de protecção para com os outros membros da família.

Diversas são, as práticas encontradas na bibliografia que prognosticam o sexo de um bebé. Barbaut (1991) faz menção a exemplos de regimes alimentares a atender de forma a controlar ou a pré-determinar o sexo de um bebé, muitas vezes obedecido por povos primitivos, como é o caso de, antes da concepção, o homem ter uma alimentação rica em carnes sanguíneas, com o objectivo de fortalecer e enrijecer a sua “semente”, dando origem a um macho, bem como a grávida ter apetite para comer carnes de animais de caça e beber pequenas quantidades de álcool. Outra forma de ajuda para a concepção de um rapaz, era a mulher grávida ingerir alimentos muito picantes (Loux, 1983).

Couto (2000), faz referencia a alguns autores que descrevem crenças relacionadas com a alimentação, quer da grávida quer do cônjuge, que suscitam o sexo do bebe. É o exemplo mencionado por Bastos (1923) ao relatar que, se no momento da concepção a mãe se alimentar melhor do que o pai, nascerá um rapaz, caso se verifique o contrário, nascerá uma rapariga. O facto de uma grávida comer e dormir muito, é sinónimo de transportar uma rapariga no ventre, ou ainda, se tiver desejos de comer alimentos em conserva de vinagre. Se desejar ingerir açúcar ou restos de alimentos, será rapaz como refere Massé, citado por Couto (2000). Este autor (2000) ao mencionar estudos realizados em Maputo da Universidade Eduardo Mondlane (UEM) (1980), acrescenta que numa cultura de Moçambique, os Macuas, se um casal que já tenha filhos do mesmo sexo, ao desejar modificá-lo, a grávida deve tomar um “remédio” para o efeito. E caso haja somente a inquietação de conhecer o sexo do bebé, deve-se ter em atenção o tipo de alimentos que agradam a grávida, ou seja, se forem idênticos ao da última gravidez, a criança será do mesmo sexo.

O uso de determinados objectos por parte da grávida, também constitui um aspecto importante na adivinhação do sexo do bebé, como reporta Barbaut (1991) ao salientar que para muitos povos primitivos uma mulher era passível de controlar o sexo do seu filho durante a gravidez, “ (...) devendo abster-se de todo o trabalho feminino durante esse período” se quiser ter um rapaz, bem como, deve transportar com ela “ (...) uma zagaia ou um arco; se quer ter uma rapariga, traz consigo um fuso.” (p. 95).

Couto (2000) ao fazer menção a várias crenças descritas por Waring (1981) atribui à utilização de uma liga feita por palha por uma noiva virgem, um

factor de pré-determinação do sexo dos filhos, em que “ se a liga for de folhas de trigo, terá um rapaz e uma rapariga se for de aveia.” (p. 94).

Condições relacionadas com o acto sexual e aspectos físicos da grávida são frequentemente expostas por diversos autores na bibliografia pesquisada, tal como é apresentado por Barbaut (1991):

“ Para o *Talmud*, se se deseja um rapaz, é preciso esperar que a mulher deseje arduamente o seu esposo; se se pretender uma filha, pelo contrário, é preciso que o homem, violentamente excitado, tome de improviso a sua mulher e a ame, por assim dizer, contra a vontade dela.” (p.30)

A autora (1991) narra a existência da teoria “oposto direito/esquerdo”, fundamentada por Hipócrates, ensinada pela medicina de então, que se baseava na ideia que o testículo direito predisponha a bebés do sexo masculino e que o da esquerda originaria bebés do sexo feminino. Neste sentido, também era aconselhado aos homens a atarem o testículo esquerdo, o mais que tolerassem, com a finalidade de procriarem filhos machos.

Matos (1993), citado por Couto (2000) relata que, em tempos, na França, chegou-se mesmo a autorizar a hemicastração, procedendo à remoção do testículo esquerdo, com a finalidade de gerarem filhos do sexo masculino para sucessores ao trono.

Ainda e de acordo com a importância dada ao lado direito do corpo para a procriação de um filho varão, Couto (2000), fazendo alusão a Matos (1993) acrescenta que Anaxágoras (500-425 a.C.) ponderava que “ (...) se o casal tivesse relações sexuais com o marido deitado para o lado direito e a mulher permanecesse, também, deitada, para o lado direito, após a relação, a fertilização ocorreria por fusão de humores vindo do testículo direito e do lado direito da mulher e, nesse caso, a criança seria, sem duvida, um rapaz.” (p. 90).

Ao aspecto físico da grávida é dado ênfase, no que respeita à cor de mamilos aquando da gestação, pelos Árabes, em que ao adquirir uma tonalidade avermelhada indicia rapaz e uma tonalidade negra, rapariga. O formato do ventre da grávida, quando arredondado suscitava um rapaz e pontiagudo, rapariga (Barbaut, 1991). Este raciocínio é objecto de alguma controvérsia e

discordância entre vários autores, tal como é apresentado por Ocampo Lopez (1989), citado por Couto, (2000) pois, na Colômbia, uma barriga redonda é sinal de rapariga, enquanto que, uma barriga de forma mais alargada simboliza rapaz.

Segundo Nunes (1997) se a grávida tivesse uma barriga empinada, simbolizava um rapaz, bem como, a existência de uma linha escura no ventre, durante toda a gravidez.

Couto (2000) no seu trabalho realizado em 1994 aponta para a existência de desconformidades a este nível, constatando diferentes significados atribuídos à forma do ventre grávido em relação à previsão do sexo do bebé. Diversas são as crenças descritas por este autor (2000) em relação a outras situações tais como:

- Se a grávida aumentar muito o tamanho do “rabo” terá um rapaz e se engordar em demasia, terá uma rapariga;
- O sexo da criança que em maior número aparecer nos sonhos da mulher grávida, será o prenúncio do real sexo do seu filho;
- Segundo Massé (1938) se uma grávida é ágil, trabalha muito, apresenta-se sorridente, ou, se o feto mexer muito é sinal de um rapaz; se pelo contrário, tiver pouca actividade, dormir e comer muito e na cara apresentar manchas (máscara gravidica), é rapariga, apesar de Couto (1994) na pesquisa que efectuou, ter constatado que esta versão era divergente no sentido que tanto uma cara considerada bonita ou com manchas significava o nascimento de um menino ou de uma menina;
- Ao perguntar a uma grávida, sem que ela perceba o intuito “O que tem nessa mão?”, se ela levantar e mostrar a mão direita, será um rapaz; se levantar a mão esquerda, nascerá uma rapariga. Outras alterações são verificadas, ao fazer a mesma questão e a grávida mostrar as mãos com as costas viradas para cima, terá um rapaz, se for com as palmas das mãos voltadas para cima, é rapariga, como menciona Basto, citado por Couto (2000). De acordo com Nunes (1997), esta crença tenha o significado inverso.

A presença de diversos rituais associados a inúmeros factores estão, de igual forma, descritos na bibliografia como crenças relativas à adivinhação do sexo

do bebé. Neste sentido, Barbaut (1991) remota à Idade Média onde era típico dizer-se a uma grávida para escavar um buraco na terra com o calcanhar e que se este buraco passado três dias, estivesse ainda aberto, teria um rapaz, caso estivesse fechado, seria uma rapariga. Outras crenças são ainda descritas pela autora (1991), ao fazer referencia ao facto de se colocar sobre o ventre grávido um pouco de sal, enquanto ela dorme e na manhã seguinte, questioná-la sobre qual o nome que daria ao seu filho e se ela pronunciasse o nome de um rapaz em primeira instancia, era sinal de que iria nascer um filho do sexo masculino.

A utilização de um pêndulo ou agulha segurada por um fio, colocada sobre a palma de uma mão da mulher grávida se começar a balançar em movimentos circulares, é pronuncio de ser uma menina, enquanto que, se oscilar em movimentos rectilíneos, é rapaz (Barbaut, 1991).

Massé (1938), citado por Couto, (2000) descreve que na Pérsia Antiga, era frequente atirar-se de um terraço alto, várias peças de roupa, do enxoval do bebé, sendo uma de rapaz e outras de rapariga e aquelas que caíam numa bacia, manifestava o sexo da criança que iria nascer. Acrescenta ainda o autor mencionado anteriormente (1938) que a grávida ao encontrar na rua um alfinete, daria à luz uma menina, se fosse uma agulha, seria um rapaz.

Na nova Guiné, no povo Arapesh existe a crença de que as mulheres grávidas não devem cortar nada a meio, para que possam ter um rapaz (Kitzinger, 1996).

Não deixa de ser um facto curioso, a utilização de cálculos por parte de determinados povos no século XI sobre o ciclo menstrual da mulher, onde são estabelecidos os períodos favoráveis correspondentes à concepção quer de rapazes, quer de raparigas, como é salientado por Barbaut (1991). A mesma autora acrescenta ainda que os chineses:

“ (...) empregam um processo aritmético: multiplicam sete por sete, subtraem a idade da mãe, acrescentam depois o número dezanove, mais o número correspondente ao mês em que teve lugar a concepção. O número impar indica um rapaz, e número par uma rapariga.” (p, 94-95).

Analogamente, o ciclo menstrual é um ponto de referência para a determinação do sexo da criança como é descrito por Nunes (1997) no

trabalho que efectuou relativamente aos costumes existentes nas aldeias, “ (...) se quiser um rapaz deve arranjá-lo antes de vir a menstruação, se quiser uma rapariga deve arranjá-la ao ir a menstruação embora.” (p. 106).

É frequente encontrarmos inúmeros relatos na actualidade, sobre a influência dos astros na previsão do sexo do bebé relativamente à data de nascimento prevista. Neste sentido, Barbaut (1991), expõe o que é característico dos Lapões, que ao observarem uma estrela por cima da Lua, após terem conhecimento da gravidez de uma mulher, prevêm que a criança seja um rapaz, se a estrela estiver por baixo da Lua, será uma rapariga.

O período de concepção decorrido em determinadas fases ou ciclos da Lua são apresentados pela mesma autora (1991), na medida em que o sexo masculino é predisposto pela fase de Lua Nova e o feminino pelo último quarto da Lua (quarto minguante).

Comparativamente, Molina (1978), citado por Couto (2000), no antigo Livro de S. Cipriano faz referência à importância da mudança dos ciclos da Lua antes da data de nascimento prevista com o objectivo de se saber o sexo do bebé. Neste sentido, se houver mudança da fase da Lua nove dias antes do nascimento, significa que nascerá um rapaz, se não houver, é uma rapariga.

Nunes (1997) salienta a ideia, que a observação de experiências com animais durante a gestação transpôs-se para a mulher grávida no que respeita ao nascimento de um rapaz ser frequente no quarto crescente e de raparigas na lua cheia.

Torna-se assim, notório a existência de múltiplas crenças em relação à previsão do sexo do bebé, com interpretações semelhantes.

2.1.2 – Crenças relativas a interdições

As proibições, têm sempre uma conotação depreciativa para os transgressores, ficando assim sujeitos a punições, muitas vezes determinadas pelo meio social em que se inserem, constituindo um impacto na sua forma de agir em grupo e de ser aceite pelo mesmo.

Em torno de todo o processo de gravidez, existe uma panóplia de crenças e de interdições que se prendem com o facto da grávida não dever tocar, comer, agir ou até mesmo, olhar para determinadas coisas, sob pena de ter repercussões na formação e saúde do seu filho.

Da pesquisa bibliográfica efectuada encontramos como causa principal das interdições apresentadas à grávida, a conexão existente entre o corpo materno e fetal como um todo, tal como é declarado por Joaquim (1983): “ (...) o corpo de uma mulher, um e dois ao mesmo tempo, o corpo da mãe e o corpo da criança têm no entanto uma única e mesma superfície.” (p. 55). Esta ideia é corroborada por (Loux, 1983) quando refere que, como se tratasse de uma “estampagem” entre as regiões anatómicas de ambos.

A literatura descreve inúmeras crenças interditórias à forma como a grávida se comporta a vários níveis. Tal como é lembrado por Barbaut (1991), remetendo-nos a tempos longínquos onde perdurava a crença de que o nascimento de um filho com alguma “anormalidade” era sinal de não cumprimento das normas estabelecidas pela sociedade, por parte da grávida. Sendo interpretada como um castigo, muitas vezes oriundo das forças divinas.

Tal facto, não é totalmente descurado na actualidade, por parte de algumas culturas, encarando os comportamentos “desviantes” da mulher grávida, alvos de punição e resultantes em algo de menos bom ou existência de algum defeito no seu filho ou momento do parto.

Neste sentido pretendemos agrupá-las da seguinte forma:

Interdições a contactos e uso de objectos – a inibição de contacto com determinados objectos bem como a sua utilização durante toda a gravidez, constitui um tema habitualmente abordado quer na literatura quer nos relatos declarados por pessoas da nossa realidade social e que advêm de tempos remotos.

O uso de anéis, pulseiras ou laços pelas grávidas era interdito nas civilizações antigas, pelo facto de simbolizarem algo que provocasse aperto e dificultasse o trabalho de parto ou por ser figurativo do bebé nascer com o cordão umbilical enrolado no pescoço e consequentemente provocar-lhe asfixia (Barbaut, 1991). Esta pretensão tem igual significado com o uso de colares e fios pela grávida durante a gestação.

De forma análoga, é-nos apresentado por Nunes (1997) a proibição da grávida na realidade camponesa usar qualquer objecto encostado ao peito como carteiras ou meadas de linho, sob a pena do filho nascer com manchas na face ou madeixas de cabelo branco, bem e também não poder tocar em órgãos de porco nas matanças, como o pâncreas, por provocar manchas no bebé.

Nos Açores, mais propriamente na ilha Terceira, a utilização de cordões, cruzes, medalhas e pulseiras suscita o aparecimento de sinais no corpo da criança. O uso de uma chave perto do peito da grávida ou na boca é causador da presença de lábio rachado (leporino) na criança, referido por Martins (1994), citado por Couto (2000).

Neste seguimento, Couto no trabalho que desenvolveu em 1994 já descreveu diversas crenças apresentadas pelas grávidas participantes no estudo, relativamente à proibição do uso de determinados objectos como resultado directo do aparecimento de manchas e sinais no corpo do bebé. Entre elas, podemos encontrar as seguintes: usar botões ou objectos de metais como moedas ou cintos com fivela; transportar chaves e tesouras nos bolsos; usar alfinetes ou roupas apertadas que provocam impressão das costuras no corpo da criança que se está a gerar e ser tocada na barriga com as mãos de outra pessoa por haver a probabilidade de vir assinalada.

O contacto por parte da grávida com **flores e plantas** é descrito como uma proibição, como é apresentado por Joaquim (1983) ao mencionar que se uma mulher grávida semeou alguma coisa, só deve dar à luz após ter colhido o fruto com a sua própria mão, tendo como explicação a homologia existente entre o corpo da mãe que está a conceber um ser e a planta que está a gerar um fruto.

Cheirar flores é outra das interdições referidas na bibliografia, por poderem causar o aparecimento de manchas e formas no corpo do bebé (Joaquim, 1983; Barbaut, 1991, Couto, 1994).

Interdições relativas a convívios e contactos directos com **animais** na gravidez, são igualmente enumerados por diversos autores. Assim, e como é narrado por Barbaut (1991), existem relatos de que a proximidade da grávida com determinados animais, apesar de não especificar quais e a causa, pode ser prejudicial na medida em que, a grávida pode gerar um “bicho”.

Segundo Joaquim (1983), a grávida “(...) se tocar no baço de porco ou de galinha (...)” o filho “pode nascer com o baço pintado ou com a pele escura (...) ou com as feições do animal em que tocou.” (p. 57).

Neste seguimento, Kitzinger (1996) descreve que uma grávida não se deve assustar com um animal enfadonho, como por exemplo um rato, porque corre o risco do filho nascer com uma marca em forma do animal. Esta autora (1996) acrescenta que, se uma mulher grávida “(...) torcer o pescoço de uma galinha e sentir pena do animal, o bebé pode nascer parecido com uma galinha.” (p. 80).

No que diz respeito a **práticas alimentares** e apesar de não existir em grande número relatos e descritos na nossa realidade social sobre este aspecto, Joaquim (1983) relata que as grávidas não devem comer lebre, coelho e polvo para que a criança não nasça com a forma do animal (no caso do polvo), mas igualmente com alguma característica do mesmo como lábio leporino (lebre e coelho) ou revestido de pêlo (coelho). Esta autora acrescenta ainda, quanto à criança poder nascer com lábio leporino, a grávida deve evitar beber por um copo rachado.

Nunes (1997) faz referência ao conselho oferecido às mulheres grávidas para ingerirem umas “pinguitas de aguardente” com o objectivo de matar o bicho, caso estas estivessem a gerar algum e em simultâneo com o filho, o que é vulgarmente credível para as mesmas, não tendo qualquer efeito nocivo na criança.

No estudo efectuado por Couto (1994) são-nos apresentados diversos alimentos com efeito nocivo quer para a grávida quer para o bebé, de entre os quais e, com uma interpretação abortiva durante os primeiros meses de gravidez, temos a ingestão de polvo, lulas, marisco e de chá de salva ou de mirra. Com uma conotação responsável pelo aparecimento de malformações no bebé e de manchas à nascença, é enumerada a raia, o marisco, a cabeça de coelho e todos os alimentos que tenham caroço. Outros alimentos são relatados como interditos mas sem explicação conhecida, como é o caso da cavala, sardinha e salsa. A ingestão de azeitonas é descrita como causadora da cegueira no bebé.

Entre o povo de Arapesh, da Nova Guiné, as grávidas não devem comer carne de peramele porque podem morrer de parto difícil, ou até mesmo rãs por ser

prenúncio de trabalho de parto muito rápido, ou ainda, enguias, por ser responsável por um parto prematuro (Kitzinger, 1996).

Nas Filipinas, as mulheres grávidas não devem comer bananas duplas para não gerarem gémeos (Barbaut, 1991). De acordo com esta linha de pensamento, Martins (1994), citado por Couto (2000), reportando-se à Ilha Terceira, nos Açores, salienta que as grávidas não devem comer frutos pegados, para não terem gémeos e para que a criança não nasça com dois dedos dos pés ou das mãos presos, como é assumido numa das cidades desta ilha, Praia da Vitória.

A **influência dos astros** em diversos aspectos da vida humana, não é de longe uma temática abordada recentemente e no que concerne ao processo de gravidez, constitui um objecto de discussão e de crédito para muitas pessoas.

Muitos povos primitivos associavam à Lua o poder de engravidar uma mulher, tendo o homem um papel pouco activo no processo, somente o de romper o hímen para que os raios da lua pudessem penetrar. Tal como é mencionado por Zampieri (2001), a mulher deveria fazer oferendas a este astro, invocando-o e dormir exposta à luz da lua nova. Outro facto interessante, narrado por Barbaut (1991) é o da mulher que não queira engravidar, não dever olhar a Lua e dever dormir de costas para a Lua nova esfregando o ventre com saliva, para evitar o seu poder fecundador.

Nunes (1997) relata-nos a associação feita pelos populares relativamente ao sexo da criança determinado pelas fases da lua e a dos animais:

“O meu homem andava com a cria e dizia que se andassem as cabras no quarto crescente ou na lua cheia quando ficavam prenhas, nasciam mais cabritos e na lua nova, nasciam mais fêmeas. E ele também ia pelas luas para ser rapaz ou rapariga.” (p.105).

Contrariamente, Barbaut (1991) refere que, em grande escala, existe a partilha da crença por muitos povos, que se a fecundação se der no decorrer da lua nova, a criança será um menino e se for na última fase da lua (quarto minguante) nascerá uma menina.

Assim denota-se, que a lua tem um lugar privilegiado no que respeita à determinação do sexo do bebé, no entanto, não é linear a consonância

existente na bibliografia consultada, sobre a fase deste astro com a determinação do sexo da criança.

A envolver a temática sobre a **prática de relações sexuais** durante a gravidez, encontramos na bibliografia consultada diversas opiniões, provenientes de alguma controvérsia e discussão desde tempos remotos da história da humanidade.

Na Idade Média, o comportamento do homem no acto sexual era premonitório da aparência física do filho que se iria gerar, na medida em que, se este tivesse comportamentos semelhantes a algum animal, como a um macaco, porco, ou, a um cão, durante o acto de fecundação, o filho nasceria com características do animal imitado (Barbaut, 1991).

A mesma autora faz alusão ao povo *Talmud*, que proibia qualquer acto sexual durante o primeiro e segundo trimestre da gravidez, pela posição que o feto assumia no ventre materno, respectivamente, na região inferior do útero e mediana, sendo deste modo nocivos quer para a mãe quer para a criança. Todavia e como o bebé se posicionava na região superior do útero materno durante o terceiro trimestre de gravidez, as relações sexuais já não eram interditas e eram até mesmo aconselhadas como forma de fortalecer o futuro recém-nascido.

Na perspectiva da igreja, a pratica das relações sexuais durante a gravidez, não era abonatória, prendendo-se com o facto do objectivo único do acto sexual ser o de procriação. Assim, havia a convicção de que se desrespeitasse esta visão, o bebé seria castigado por “Deus, criador de todas as coisas”, não chegando a nascer (Barbaut, 1991).

A conotação de *tabu* à prática das relações sexuais é ainda hoje perceptível por alguns povos e sublinhada por Kitzinger (1996), em relação ao povo Mbuti, no Gongo, onde as relações sexuais só são permitidas após o parto.

Apesar de ainda existir uma certa relutância no que concerne à prática das relações sexuais na gravidez, de acordo com Colman e Colman (1994), existem mulheres e homens que acreditam ser benéfico ao desenvolvimento do feto a prática das mesmas.

No estudo que Portelinha (2003) efectuou sobre a existência de crenças relativas às relações sexuais ao longo da gravidez, destacam-se dois tipos de crenças, as indutoras e as inibidoras. Das primeiras, as mais verbalizadas pelas grávidas foram no sentido do acto sexual ser benéfico, uma vez que, promovem a proximidade do casal e consequentemente a felicidade do bebé. Por outro lado, o impedimento da prática relacionada com as relações sexuais assentava na noção de poder prejudicar o bebé, magoando-o, em qualquer trimestre.

A interdição relativamente à realização de determinados **rituais** por parte das grávidas é igualmente um aspecto vedado na gravidez, muitas vezes ligado a práticas supersticiosas.

De uma forma geral, surgem proibições associadas a rituais ligados à morte, como é apresentado por Joaquim (1985), em que as grávidas não devem ir a cemitérios, assistirem os funerais ou enterros e até mesmo, verem defuntos, para evitar qualquer mal à criança que vai nascer. Reportando-se a crenças na Jamaica, Kitzinger (1996) faz alusão ao facto da grávida não dever ver um defunto porque “ (...) o seu sangue pode congelar, o que fará arrefecer o bebé, morrendo dentro dela.” (p. 79-80). Acrescenta ainda Barbaut (1991), que para além da mulher grávida ser impedida de assistir a enterros, não deve ouvir o som dos sinos que pronunciam um funeral, bem como entrar na casa mortuária, ver um cadáver, ou olhar um defunto no caixão.

Existem também, crenças relativas a rituais de outra ordem, tal como é apresentado por Joaquim (1983) quando diz que a grávida não se deve aproximar de outras mulheres que estejam com dores, para que delas não padeçam. Outra interdição, concerne ao facto de qualquer grávida não dever ser madrinha de baptismo, por existir a possibilidade de uma das crianças poder vir a falecer.

Kitzinger (1996) faz menção a crenças existentes na Jamaica, que aconselham as mulheres grávidas a não preparem com muita antecedência os objectos para a criança que vai nascer para não terem um nado-morto. De modo idêntico, é desaconselhado as grávidas esticarem os braços acima da cabeça, para não “esfolar” o pescoço do bebé e não deixar marcas, quando baixarem os braços e para que o cordão umbilical não fique enrolado no pescoço da criança.

Interdições relativas à prática de hábitos quotidianos, são descritos na bibliografia com alguma frequência e prendem-se com a modificação dos mesmos de forma a evitar danos na criança que está a ser gerada, como é sublinhado por Joaquim (1983) no que diz respeito à mulher grávida não olhar anomalias, dado que, “ (...) contam-se várias histórias de mulheres que olharam aleijados e os filhos nasceram com defeitos semelhantes aos que elas tinham visto.” (p. 57).

O anunciar da gravidez precocemente é, do mesmo modo desaconselhado como forma de “afastar os maus olhares” por parte de outras pessoas e que possa ter repercussões na formação da criança que está a ser gerada, prendendo-se mais uma vez com a vulnerabilidade do feto no ventre materno, marcada pela inexistência de um filtro entre o corpo materno e o da criança.

Outra crença descrita pela autora mencionada acima (1983), liga-se ao facto da grávida não dever coser qualquer peça de roupa que tem vestida, pois a criança fica agarrada à mãe e só nasce quando a mulher a descoser. Esta crença está associada à ligação estreita entre os comportamentos por parte da mãe e os efeitos directos na criança que está a gerar.

A grávida deve evitar cruzar as pernas, para que a criança não tenha dificuldades em nascer (Barbaut, 1991).

Kitzinger (1996), descreve que, na Jamaica existe a interdição à grávida de beber água em excesso para não afogar o bebé, ou, beber por garrafas ou cascas de coco sob a punição da criança nascer estrábica.

De acordo, com Couto (1994,2000) a grávida não deve andar debaixo de cordas, arames ou saltar fios ou degraus de escadas, para que o bebé não nasça com o cordão umbilical enrolado no pescoço.

A razão pela qual a mulher grávida deve respeitar as interdições relativas a diversas crenças, as quais estão relacionadas com inúmeros aspectos, é-nos apresentada por Joaquim (1983) e Nunes (1997) como forma de justificar o vínculo existente entre o corpo materno e o fetal durante todo o processo de gestação, como se existisse um só corpo, tendo já sido referido anteriormente.

2.1.3 – Crenças relativas a permissões

A gravidez, não é de forma alguma encarada como um período de comportamentos inibitórios adstritos à mulher. Verifica-se a existência de determinadas concessões relativas à forma como a grávida se comporta com a finalidade de contribuir para o sucesso deste acontecimento valorizado socialmente.

Desta feita, enunciaremos algumas premissas traduzidas em crenças e advindas, essencialmente, da sociedade onde a grávida está inserida, como forma de vivenciar uma gravidez saudável e com êxito.

Com certa frequência, é visível em diversas culturas, a permissão relativa ao cumprimento dos desejos que a mulher grávida pode apresentar com o intuito de garantir o bem-estar da mesma e consequentemente do bebé, independentemente da natureza e racionalidade dos mesmos.

Em consonância com o descrito anteriormente, Barbaut (1991) faz referência à antiguidade, em que as mulheres grávidas teriam todo o direito de satisfação dos seus desejos, os quais eram encarados como sagrados ou de forma a evitar qualquer dano no feto, ou até mesmo, provocar-lhe a morte. Tal como é apresentado por Joaquim (1983) “ O facto de não se satisfazer os desejos das grávidas à causa de aborto.” (p. 56).

O estatuto conferido à mulher grávida, como um ser que está a gerar outro e onde tudo lhe é permitido, leva a que a não realização dos desejos fosse ter repercussões directas a nível da aparência da criança a nascer, como, ficarem com a boca aberta, torta, ou até mesmo, com marcas no corpo Kitzinger (1996).

A ingestão de bebidas alcoólicas é, de forma idêntica, permitida à grávida, tal como é referido por Couto (1994) ao identificar a crença, de que a mulher grávida deve beber aguardente em jejum para desinfectar o bebé ou matar os bichos existentes no útero. Acrescenta ainda a crença, sobre a autorização de beber vinho ou comer bacalhau salgado com a finalidade de promover a produção de leite.

A nível religioso, é relatado por Barbaut (1991), que o *Corão* permite que uma mulher em estado de gravidez seja dispensada do jejum durante o Ramadão,

se não o puder suportar, bem como assistir à missa sentada, na religião Católica. Esta autora (1991) reforça, ainda, a existência de outras permissões relativamente ao uso de vestes largas nos últimos meses de gravidez, emanadas pelos romanos, como forma de não prejudicar o filho.

2.2 – ESTRATÉGIAS DE *COPING* DESENVOLVIDAS FACE ÀS CRENÇAS

O impacto que as crenças existentes na gravidez exercem na mulher que vivência este acontecimento bem como o valor que lhe é atribuído, discutido no capítulo anterior, pode ser entendido como um factor profetizador dos comportamentos adoptados pela mulher durante este período. Neste sentido, torna-se para nós pertinente avaliar a forma como lida com as crenças a nível emocional e se a sua presença, quando consciente, traduz-se num factor gerador de *stress* na adopção e selecção das suas condutas.

Tendo por base todo o pressuposto teórico de que ao significado que cada mulher atribui a este acontecimento da vida estão subjacentes as crenças transmitidas pelo meio social e cultural a que pertencem e a sua provável influência no modo de agir, para além de todas as alterações físicas e psíquicas a que estão sujeitas ao longo deste processo, compreendemos que as grávidas podem apresentar diversas manifestações psicológicas como forma de se adaptarem às mesmas.

Como situação ilustrativa, Stroebe & Stroebe (1999) aludem à gravidez como um acontecimento da vida causador de *stress* na ordem dos 40%, de acordo com a escala “Social Readjustment Rating Scale” desenvolvida por Holmes e Rade (1969). A avaliação deste acontecimento de vida como uma condição de *stress* teve por base o ajustamento social decorrente dos indivíduos a novas situações podendo mesmo constituir um risco de saúde dado que o *stress* psicossocial em grande escala conduz a um impacto negativo na mesma e como é relatado pelos mesmos autores (1999), a avaliação psicológica é fundamental na resposta a uma situação causadora de *stress*, produzindo efeitos directos na saúde do indivíduo, neste caso especificamente, na mulher grávida.

Em conformidade com o referido, Lazarus e Folkman (1984), citados por Stroebe & Stroebe (1999), consideram que o *stress* relativo a uma situação

deve ser entendido como o resultado da percepção por parte do indivíduo, da existência de uma discordância entre os recursos internos e externos ao próprio, não sendo capaz de lidar com esta necessidade.

De forma geral, o modo como uma mulher está a vivenciar uma gravidez e aliado ao desejo de sucesso da mesma, tende a agir em conformidade com o objectivo pretendido, preocupando-se com o bem-estar do filho que está a gerar. Neste sentido e, de acordo com as crenças que possui, a forma como se comporta resulta de uma avaliação a nível psicológico entre o que acredita que deve ser feito e o que é cientificamente e socialmente correcto fazer, aquando este período.

Esta apreciação tem por base os recursos internos que possui que são usualmente as suas crenças, atestadas e transmitidas por pessoas significativas para ela e todos os recursos existentes na sociedade em que está inserida e sujeita a regras.

Assim, pode surgir que a mulher percepcione que o que acredita que deve ser feito para que a gravidez tenha um bom resultado esteja em consonância com o que a sociedade emana e por outro lado pode entender de alguma forma a existência de uma discrepância, por mais pequena que seja, entre o que acredita e o que é socialmente aceite ou vice-versa e constituir assim um factor que lhe provoque ansiedade e até mesmo receio, pondo em causa o resultado da gravidez e consequentemente o conforto do seu filho, representando uma possível situação de causadora de *stress*.

É essencialmente, neste contexto psicossocial que a grávida determina o modo como lida com as suas crenças e avalia os recursos que possui para atingir os seus propósitos.

Com o intuito de provar que os indivíduos interagem com o meio onde estão envolvidos, fazendo sempre uma interpretação psicológica do ambiente onde actuam, Lazarus e Folkman (1984) desenvolveram a Teoria Transaccional do *stress*, onde definiram *stress* psicológico como a “ (...) relação particular entre a pessoa e o ambiente, a qual é avaliada pelo indivíduo e considerada como algo que sobrecarrega ou excede os seus recursos e prejudica o seu bem-estar” (p.19). Para estes autores, o modo como se avalia a intensidade do *stress* experimentado depende, essencialmente, de dois processos

consecutivos: i) a avaliação cognitiva, correspondente à compreensão da causa que determina uma situação de *stress* e do nível do mesmo; ii) o *coping*, processo em que o indivíduo avalia que estratégias possui para concretizar o seu objectivo.

O termo *coping* é actualmente utilizado em diversas áreas da saúde e de uma forma indissociável ao conceito de *stress*, na medida em que, refere-se a estratégias utilizadas pelo indivíduo para lidar com situações indutores de *stress* (Serra, 1999).

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – versão 1.0 (2006), o *coping* diz respeito:

“ (...) à disposição para gerir o stress, que constitui um desafio aos recursos que a pessoa tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel auto protectores que o defendem contra ameaças subjacentes que são, percebidas como ameaçadoras de auto-estima positiva; acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição de stress, verbalização de aceitação da situação; aumento do conforto psicológico.” (p. 80).

No modelo teórico de Lazarus e Folkman (1984), este conceito é entendido como um processo cognitivo e comportamental que o indivíduo emprega entre ele próprio e a situação que o ameaça com a finalidade de dominar o impacto sobre o seu bem-estar físico e psicológico. Referem-se ainda, ao conjunto de esforços comportamentais como acções e pensamentos usadas para controlar, reduzir ou suportar as exigências internas e externas que ultrapassam ou ameaçam os recursos do indivíduo, para definir estratégias de *coping*.

Estas estratégias surgem de uma forma indefinida quando determinado acontecimento é percebido como uma ameaça. Exemplificando, no caso da mulher grávida entender como factor perturbador a existência de algum comportamento adoptado por si não concordante com o que acredita (crença), podem ser desencadeadas reacções emocionais de alarme e consequentemente respostas psicológicas (medo, ansiedade, culpabilização), comportamentais (agem ou não de acordo com o que acreditam) e fisiológicas (mal-estar físico, etc.).

Para Lazarus e Folkman (1984), as respostas individuais às situações indutoras de *stress* podem ser de dois tipos, a que denominam de processos de *coping*: i) *coping* centrado no problema, são estratégias que incidem na gestão e alteração do problema causador de perturbação desencadeando respostas comportamentais tais como, obtenção de informação, alteração das crenças relativas ao acontecimento e/ou, alteração da situação em causa; ii) *coping* centrado nas emoções, correspondem a respostas com foco na redução das perturbações emocionais causadas pelo agente *stressor*, de forma a, minimizá-las, podendo surgir estratégias de evitamento, distanciamento, minimização, comparações positivas ou até procura de significados positivos no acontecimento negativo.

Nesta senda, Serra (1999) considera que quando o *stress* é avaliado como pouco intenso ou controlável até certo ponto, o indivíduo apresenta estratégias centradas no problema, enquanto que se é interpretado como uma situação de menor possibilidade de controlo ou de dimensão mais grave, surgem respostas no sentido de diminuir as lesões emocionais secundárias ao processo que o desencadeou.

No entanto, as estratégias de *coping* utilizadas por um indivíduo para dar resposta a situações causadoras de *stress*, variam de acordo com os diferentes acontecimentos perturbadores e com a sua personalidade. Em concordância com este facto, Serra (1999) e Ribeiro (2005) aludem que, tanto a situação geradora de *stress* como os traços de personalidade do indivíduo, influenciam fortemente os comportamentos adoptados na avaliação realizada a cada acontecimento da sua vida quotidiana.

Ainda e na perspectiva de Hanson (1998), o *coping* é entendido como um recurso de adaptação do sujeito às fontes de *stress*, ou seja, às causas provocadoras de instabilidade emocional. Assim e de acordo com o autor, a forma como cada pessoa responde é mediada pela percepção que faz da situação e dos recursos de adaptação que possui para fazer face à mesma e pela sua personalidade, visto que pessoas diferentes responderem de forma distinta ao mesmo factor de *stress*. Transpondo isto para a forma como as grávidas lidam com as crenças que têm face à gravidez, torna-se visível que nem todas as grávidas reagem de igual forma ao mesmo tipo de crenças e lidam com elas de forma diferente.

3. CUIDAR A GRÁVIDA DE FORMA HOLÍSTICA

Sendo a gravidez um processo fisiológico feminino, considerado normal, que assume um papel crucial na vida de cada mulher, é vivenciada de forma peculiar de acordo com as suas necessidades, crenças, modo de vida e experiências. No entanto, este período caracterizado por mudanças repentinas a diversos níveis (físicos, emocionais, sociais, económicos e familiares) é partilhado com a família e todo o grupo social ao qual pertence, tendo uma influência significativa sobre o seu modo de ser e de agir face à gravidez, por estarem presentes valores e costumes transmitidos por gerações passadas e que, inevitavelmente, fazem parte da sua identidade.

A vigilância pré-natal constituiu uma preocupação premente das políticas de saúde em Portugal, para a melhoria dos cuidados a nível da saúde materna e infantil, com o objectivo primordial de reduzir os indicadores de mortalidade e os factores de morbilidade materna, fetal e neonatal, tendo sido criado para este fim o Programa de Saúde Materno Infantil (PSMI) pelo Ministério da Saúde, vigente nos Despachos 8/89 de 17 de Março e 20/91 de 13 de Setembro (DGS, 2001).

A vigilância pré-natal tem uma importância extrema na redução da morbilidade e da mortalidade materno-infantil na medida em que permite prevenir e identificar riscos ou patologias que podem ocorrer na gravidez, seguir e tratar adequadamente, prevenindo complicações quer para a futura mãe, quer para o feto. Esta vigilância pré-natal é da responsabilidade da equipe de saúde, contudo, em diversos aspectos, é realizada pelos enfermeiros, nomeadamente, enfermeiros obstetras e enfermeiros generalistas que trabalham em centros de saúde e, na actualidade, nas recentemente criadas unidades de apoio familiar.

Pelo facto da gravidez ser considerada uma etapa do ciclo vital do ser humano, é por si só, alvo dos cuidados de enfermagem na prevenção e identificação de problemas/riscos fisiológicos bem como na promoção do bem-estar e manutenção da saúde da grávida e família. Como está patente no nº 1 do Artigo 4º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE], aprovado pelo Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro, referindo a Enfermagem como profissão na área de saúde:

“(…) tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”

Neste sentido, estão descritas nas Competências dos Enfermeiros de Cuidados gerais, emanadas pela Ordem dos Enfermeiros (2003), que os cuidados de enfermagem “ (...) tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue” (p.8), como é o caso da gravidez, promovendo “ (...) satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida” (p.9).

Para Perry (1999), os cuidados de enfermagem à grávida devem ter por base a promoção da saúde, não apenas a nível individual (de cada mulher e dos seus filhos) mas também a nível colectivo (família e sociedade), ao longo de todos os estádios da gravidez, momento do parto e puerpério. Grande parte destes cuidados são providenciados nas consultas de vigilância pré-natal tendo o enfermeiro a responsabilidade de orientar as clientes para o auto-cuidado, conferindo-lhes um papel activo e responsável na promoção e manutenção da sua saúde, não descurando a identificação de possíveis problemas e factores de risco como forma de prevenir complicações nesta etapa de vida e futuramente.

Hesbeen (2000) reforça ainda que aos cuidados prestados pelo enfermeiro à pessoa/família têm que estar inerentes as suas competências e qualidades.

A família deve fazer parte do plano de cuidados à grávida, por constituir um sistema de suporte de cada um dos seus membros e no caso de uma gravidez, implica mudanças e reestruturação de papéis sociais. O enfermeiro nunca deve ignorar o modo como grávida e família estão a vivenciar esta fase, tendo como objectivo providenciar a orientação da mesma no processo de adaptação e promover o seu bem-estar neste estágio do ciclo vital. Torna-se portanto salutar que o enfermeiro adquira previamente conhecimentos sobre os possíveis problemas decorrentes das diferentes etapas do desenvolvimento da família, visando a promoção da saúde familiar, tal como é enfatizado por Williams (1999).

Para além das representações que cada mulher tem face à gravidez e maternidade e dos motivos subjacentes, o suporte familiar, conjugal e social são factores preponderantes e condicionantes de todo o processo de adaptação a esta nova situação. Para Rodrigues (2008), a família assume um papel de relevo em termos de transmissão de saberes aos seus membros relacionados com o papel que a mulher deve assumir nesta etapa da sua vida, apesar de se estar a assistir nas culturas ocidentais industrializadas a um decréscimo do conceito de família alargada para famílias nucleares e monoparentais.

No contexto destas mudanças e de acordo com a mesma autora (2008), os enfermeiros “ (...) ocupam um lugar privilegiado no conjunto dos cuidadores que podem acompanhar a gravidez (...)” (p.169), devendo para isto, ajustar as suas práticas às realidades sócio-culturais de cada casal.

Na base da percepção à adaptação de todas as alterações biológicas e psicossociais inerentes a um processo de gravidez, estão presentes variáveis de ordem cultural, como os sistemas de valores e crenças que cada mulher e família apresentam assumindo um papel determinante no modo como este percurso é vivenciado (Portelinha, 2003). A autora ressalta ainda, para a importância de se atender ao valor sócio-cultural da gravidez nos cuidados prestados à grávida, visto que todo o simbolismo existente em torno desta pode “ (...) interferir e encobrir as verdadeiras experiências existenciais da mulher, mesmo perante os profissionais de saúde.” (p.16).

Rodrigues (2008) afirma que, a forma como cada sociedade vive a “magia” da gravidez é consonante com os seus conceitos, tradições e cultura, indo ao encontro de um desenvolvimento físico e espiritual harmónico no decorrer de todo o processo. Assim e na perspectiva da autora, toda a herança cultural traduzida por rituais, crenças, valores e tradições influencia de forma directa a visão que cada mulher tem da maternidade e como se deve comportar durante a gravidez, para atingir o objectivo imposto pela sociedade, onde está inserida, relativamente ao papel que lhe é esperado assumir nesta etapa da vida.

Na base dos cuidados de enfermagem à grávida/família tem que estar presente o conceito de Cuidar, que para Collière (1999) é um *acto individual*, quando prestamos cuidados a nós próprios desde que nos tornamos independentes e um *acto de reciprocidade* quando prestamos, temporária ou definitivamente,

qualquer cuidado a outrem que necessite de ajuda para satisfazer as suas necessidades vitais, tal como acontece em determinados momentos da vida.

Ligados à existência humana, a autora referenciada anteriormente (1999), distingue os cuidados em relação à sua natureza em: cuidados quotidianos e habituais, vulgarmente utilizados no vocabulário inglês (Care) que têm como finalidade a manutenção a fim de dar continuidade à vida, estando englobados nestes “ (...) tudo o que contribui para o desenvolvimento da vida do novo ser (...)” (p. 238) e os cuidados de reparação (Cure), que estão associados ao tratamento de doenças, ou seja, todos aqueles que auxiliam e actuam na reparação de uma situação que seja considerada um entrave ou obstáculo na vida de um indivíduo, como por exemplo, uma doença ou um acidente. Estes últimos, e na opinião da autora, devem ser complementares aos primeiros visto que, se forem realizados de forma contínua, contribuirão para a descentralização do homem do seu próprio meio.

No contexto dos princípios basilares à enfermagem como ciência humana e profissão, Watson (2002, p.30) salienta que esta “ (...) tem um compromisso forte com o cuidar da pessoa na sua totalidade e um interesse pela saúde dos indivíduos e de grupos”, ajudando-os na aquisição de competências, auto-controle e promoção de auto-cuidado em qualquer condição de saúde ou doença. Isto só se torna possível através de uma relação estabelecida entre enfermeiro e cliente onde o enfermeiro é visto como co-participante do processo de cuidar. A autora (2002) acrescenta ainda que o enfermeiro assume um compromisso moral e ético relativamente à protecção da dignidade humana e preocupação com o bem-estar dos outros.

A Teoria do Cuidar Interpessoal, desenvolvida por Watson, em meados dos anos 70, constituiu um marco, deveras importante, na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa/cliente de forma holística, servindo de fio condutor e orientador em toda a sua prática, como é defendido por Tomey e Alligood (2004:p. 7), ao definirem teoria de enfermagem como “ um grupo de conceitos relacionados que sugerem acções para conduzir a prática (...)” e a sua existência pretende “ (...) ser um guia mental para as enfermeiras na prestação de cuidados de enfermagem.” (Basto, 1998, p.44)

Kerouac, Pepin, Ducharme, Duquette e Major (1996, p.77) afirmam que “Los principios inherentes al cuidado (...) describen de forma global el “como” de la

prática enfermeira.”³ E que é através deste tipo de cuidados que se favorece o crescimento e desenvolvimento pessoal.

Implícitos aos cuidados de enfermagem que visam o cliente na sua totalidade, entendendo os seus sentimentos e a sua singularidade, os 10 factores identificados por Watson, citado por Neil (2004) são indispensáveis à filosofia do Cuidar, sendo estes: formação de um sistema de valores humanista-altruísta; instilação da fé e da esperança; cultivo da sensibilidade perante si e para com os outros; desenvolvimento de uma relação de ajuda e de confiança; promoção e aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos; utilização sistemática do método científico de resolução de problemas para a tomada de decisão; promoção do ensino-aprendizagem interpessoal; fornecimento de um ambiente mental, físico, sócio-cultural e espiritual de auxílio, protecção e correcção; assistência na satisfação das necessidades humanas básicas e aceitação das forças existências e fenomenológicas.

Neste sentido, prestar cuidados de enfermagem à grávida utilizando os factores de cuidados identificados por Watson permite que o enfermeiro promova e preste cuidados à cliente de forma humana, desenvolvendo uma relação de bem-estar, ajudando-a a adquirir comportamentos saudáveis para a sua saúde e do seu filho, utilizando o auto-reconhecimento da sua sensibilidade de forma a ser mais autêntico e sensível para com a cliente. Para tal, é necessário estabelecer uma relação de ajuda e confiança com a cliente através da empatia e comunicação eficaz uma vez que nesta fase há necessidade de dar apoio na gestão de conflitos, promovendo e aceitando a expressão de sentimentos da grávida relativos à situação e colocar em prática o processo de enfermagem de forma sistemática e organizada, na qual deve informar a grávida sobre aspectos decorrentes da gravidez de forma a responsabilizá-la pela sua saúde e do seu filho.

Torna-se também imperativo o conhecimento de todas as influências a que está sujeita quer a nível externo quer a nível interno, ou seja, conhecer a grávida em todas as suas vertentes: física, psicológica, cultural, social e económica de forma a ajudá-la na satisfação das suas necessidades. Para além

³ Tradução: “os princípios inerentes ao cuidado, descrevem de forma global como se praticam os cuidados de enfermagem”

de que, se devem incluir nos cuidados, aspectos inerentes à psicologia existencial e fenomenologia, para melhor entendimento das situações.

Ribeiro (1995), vem corroborar estas ideias, ao mencionar, que o enfoque do modelo de cuidar coloca o cliente no centro dos cuidados, devendo o enfermeiro dar atenção as suas necessidades, aos problemas que podem decorrer do seu desequilíbrio ou instabilidade e dificuldade de adaptação a situações de *stress*, através da valorização da relação interpessoal, do respeito pelas crenças e valores do cliente e da promoção do auto-cuidado. À semelhança do que deve fundamentar a prática de cuidados de enfermagem à grávida.

A gravidez, como já foi referido em capítulos anteriores, por Canavarro (2006), independente de ser planeada ou não, constitui sempre um momento de crise na vida de uma mulher/casal, por todas as mudanças que têm que ocorrer no seu decurso, a todos os níveis. Deste modo e, tendo em linha de conta a assistência a prestar num momento desta natureza, Honoré (2004), defende, que os cuidados vão muito para além das intervenções, como respostas dadas às necessidades demonstradas explicitamente mas, essencialmente, devem ir ao encontro do valor que o acontecimento tem para aquela pessoa e a forma como ela está a vivenciá-lo. Ou seja, devem centrar-se no indivíduo como pessoa que é e nos seus desígnios, como é indubitável na sua definição de Cuidar “ (...) indica uma maneira de se ocupar de alguém, tendo em consideração o que é necessário para que ele realmente exista segundo a sua própria natureza, ou seja, segundo as suas necessidades, os seus desejos, os seus projectos.” (p.17).

Um atendimento à grávida, que tenha em conta as suas expectativas e os seus significados atribuídos à gravidez, contribui de forma unívoca, para a valorização da humanização de cuidados. Deste modo e segundo Zampleri (2001), torna-se inadiável neste século prestar cuidados personalizados à mulher grávida /família, não enaltecendo somente a dimensão biológica mas compreendendo a gravidez como uma experiência humana complexa, individual e social. Pois, os cuidados de enfermagem à grávida/família, só farão sentido se, assentarem nos seus processos de vida e se, se adequarem às suas necessidades (Torres, 2005).

Já, Madeleine Leininger ao desenvolver a Teoria da Diversidade do Cuidar Cultural, defende que todo o ser humano “ (...) é mais do que um ser físico e mental (...) nascem, vivem, casam-se, trabalham e morrem num contexto cultural.” (Leininger, 1998, p.32). Para a autora, a cultura assume um papel crucial na vida das pessoas, na medida em que organiza “ (...) os modos de vida uniformizados e valorizados das pessoas que influenciam as suas decisões e acções (...)” (Welch, 2004,p.568).

De acordo com Welch (2004), a Teoria da Diversidade do Cuidar Cultural, de Leininger, é direccionada à prática de enfermagem no sentido, de se implementarem acções de enfermagem coerentes com a cultura dos clientes, tendo por base, os pontos de vista, conhecimentos e praticas empíricas dos mesmos. Realça conceitos como: cuidar, cultura, cuidar cultural, valores e variações culturais como sendo significativos para a implementação da teoria. Kérouac et al. (1996) acrescentam que, de acordo com a perspectiva do cuidar transcultural, a pessoa é compreendida como um ser que carrega uma herança cultural repleta de valores e crenças indissociáveis à sua forma de agir nas actividades quotidianas. Este conceito inclui indivíduos, famílias e grupos culturais. A saúde, reflecte as capacidades dos indivíduos no desempenho das actividades diárias de forma a atingirem o bem-estar valorizado e praticado, cujo percepção varia de uma cultura para a outra, consoante as suas crenças e valores O modo como as pessoas desempenham as actividades de vida é influenciado pelos factores físicos, ecológicos, sociais e pela própria visão que têm do mundo, sendo o ambiente entendido por todo este contexto que influencia as experiências vividas e percebidas. Os cuidados de enfermagem visam o cuidar humano, respeitando os valores culturais e estilos de vida de cada indivíduo de forma a promover ou conservar os comportamentos benéficos para a saúde bem como a sua recuperação.

De acordo com o mencionado, é pertinente associar à prática de enfermagem no que se refere aos cuidados prestados à grávida/família, o respeito pelos valores culturais e crenças que têm face à gravidez e que estão relacionados com estruturas económicas, religiosas, relações de parentesco, práticas e expectativas próprias da cultura onde se inserem sendo importante o enfermeiro conhecer a forma como esta cultura influencia esta etapa de vida, como aponta Perry (1999).

Na actuação do enfermeiro relativa à assistência à grávida devem estar subjacentes os princípios do cuidar reconhecidos por Leininger, de modo que a sua cultura seja considerada na busca do bem-estar, na promoção e recuperação da sua saúde e da do seu filho. Assim, o enfermeiro deve ter em conta, tal como é descrito por Correia de Castro (2008): i) *preservação da cultura* - que diz respeito a todas as acções de enfermagem que ajudam a grávida a manter os comportamentos e valores culturais benéficos à sua saúde e à saúde do seu filho; ii) *acomodação cultural* - acções de enfermagem que reconhecem os valores culturais da grávida mesmo os que apesar de não terem comprovação científica para a promoção da saúde têm significado para a grávida e são adjuvantes da integração da prática dos cuidados, como as crenças que pode apresentar face à gravidez; iii) *repadronização cultural* - consiste nas acções de enfermagem que ajudam a grávida a reorganizar ou a modificar comportamentos vantajosos para a saúde, respeitando sempre os seus valores culturais. Este último princípio requer que o enfermeiro tenha conhecimento da base cultural daquela grávida e que o faça de forma sensível e progressiva.

Leninger (1991), citada por Bezerra e Cardoso (2006), alerta para a importância dos profissionais de saúde adquirirem a capacidade de escutarem e respeitarem o conhecimento intrínseco ao cliente bem como as suas vivências e não apenas sujeitarem-se ao conhecimento científico, pois só assim podem satisfazer as necessidades peculiares de cada indivíduo.

Torna-se assim fundamental, que os enfermeiros respeitem as crenças que as grávidas apresentam face a todo o processo de gravidez, assumindo o facto de que possuem todo um legado cultural único e que através do seu conhecimento o enfermeiro pode, por um lado, compreender o que a grávida espera de ajuda por parte destes e, por outro, pode detectar se as práticas de saúde são propícias ou não, como refere Leninger (1991), citada por Bezerra e Cardoso (2006).

No âmbito da qualidade dos cuidados de enfermagem, preocupação emergente da actualidade, foi necessário regulamentar o exercício profissional dos enfermeiros, e publicar a certificação de competências do enfermeiro de cuidados gerais (2003), legislada pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses,

das quais faremos alusão a algumas que estão subjacentes ao supracitado, nomeadamente:

“ 34 - Vê o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes de saúde;

37 - Actua de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade para adoptarem estilos de vida saudáveis;

39 - Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades” (Competências do enfermeiro de cuidados gerais, 2003,p.19-20)

Concomitantemente e para concluir este subcapítulo, podemos inferir que, a concepção do documento de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) se traduz numa mais-valia para esta ciência, no sentido, em que fomenta uma linguagem comum entre os enfermeiros, o que vai certamente proporcionar uma melhor qualidade no atendimento ao cliente e nos cuidados a prestar, tal como é descrito por Cardoso, Brito e Ribeiro (2006). A utilização deste documento na assistência da grávida pode ser um benefício para a nossa prática de cuidar a grávida/família.

CAPÍTULO II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A fase metodológica de um processo de investigação visa descrever o trajecto pelo qual o estudo percorreu, por forma, a responder às questões inicialmente delineadas para a sua realização.

Para Fortin (1999), no decorrer desta fase o investigador deve identificar, a escolha de um desenho apropriado com a determinação de um método, a definição da amostra, a selecção da técnica de recolha de dados, bem como, a análise dos mesmos, que utilizámos ao longo de todo o processo.

Neste sentido, pretendemos descrever todo o percurso metodológico efectuado no nosso estudo, nomeadamente o tipo de estudo, os participantes, os procedimentos de colheita de dados, os procedimentos de tratamento e análise de dados e os princípios éticos.

1.1 – TIPO DE ESTUDO

Nesta perspectiva, entendemos que o interesse de pesquisa sobre as crenças relativas à gravidez, bem como os comportamentos adoptados e a forma como lidam com as mesmas, intrínsecas a cada mulher e dependentes do contexto cultural e social em que estão inseridas, enquadra-se no paradigma naturalista, como é definido por Polit, Beck e Hungler (2004) ao mencionarem que a realidade do fenómeno a estudar é múltipla, resultante de várias interpretações e construções fornecidas pelos indivíduos que participam no estudo, sendo a compreensão do fenómeno o produto da interacção entre o investigador e os participantes.

Sendo que o conhecimento empírico do fenómeno estudado é reduzido a nível nacional e inexistente na Região Autónoma dos Açores, onde se realizou a investigação em causa, achamos pertinente recorrer a uma investigação qualitativa, uma vez que, e na opinião dos mesmos autores (2004), este tipo de pesquisa baseia-se nos pontos de vistas e na realidade dos participantes, enfatizando as suas experiências vividas e dando significado às interpretações sobre determinado aspecto ou fenómeno. Como é realçado por Esteves (1998), “(...) as técnicas qualitativas são particularmente justificadas (...) como meios

mais adequados, embora não exclusivos, ao estudo da produção e circulação de sentido, mormente quando estão em estudo problemas emergentes em populações escondidas” (p. 2).

As situações onde este tipo de abordagem é aplicado, são inúmeras, essencialmente quando está subjacente o interesse em compreender situações complexas e conhecer as percepções subjectivas de uma experiência, como refere Gollander (1996). Corrobora esta ideia Streubert (*in* Streubert e Carpenter, 2002), ao salientar a pertinência e adequação deste método na investigação em enfermagem, como contributo para o desenvolvimento do conhecimento nesta ciência enquanto disciplina e profissão, através das percepções resultantes da experiência humana num determinado fenómeno.

Isto significa, em termos gerais, subscrever um conjunto de características e de princípios que se tornam de cumprimento obrigatório aquando da adopção de uma metodologia qualitativa na investigação. Estas componentes são elencadas por Bogdan e Biklen (2003) do seguinte modo:

- A fonte de dados corresponde ao ambiente natural, onde os indivíduos permanecem no seu contexto real e usual;
- Os dados recolhidos são descritivos, sendo apresentados sob a forma de palavras e não de números, e vulgarmente justificados por citações;
- O investigador interessa-se mais pelo processo do que os resultados obtidos, isto é, dá ênfase à riqueza que os dados transmitem para a análise do estudo, mais do que, a quantidade dos dados obtidos;
- O investigador analisa os dados de forma indutiva, agrupando-os após a recolha e construindo de forma contínua significados reflexivos;
- A descrição e compreensão da forma como as pessoas dão sentido às coisas constitui o foco de interesse do investigador, isto é, como interpretam e percebem uma situação, bem como, a forma como constroem estes significados.

Ao contrário do que é comum verificar-se em estudos mais extensivos e que recorrem a metodologias quantitativas, os procedimentos qualitativos

incentivam a presença do investigador de forma contínua, sem fazer pausas e cedências de teorização, como ressalva Esteves (1998). Isto quer dizer que a investigação não apresenta, forçosamente, duas fases distintas e sequenciadas (construção teórica seguida de verificação empírica). Por outras palavras, regressa-se à teoria, por diversas vezes e sempre que necessário, tanto na fase de recolha de informação, como nas de análise e de interpretação dos resultados.

Sendo o objectivo primordial do nosso estudo a descrição de um fenómeno de interesse para a enfermagem, consideramos que assume uma natureza descritiva, relacionada com o facto da abordagem ser qualitativa.

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), os estudos exploratórios, à semelhança dos descritivos, iniciam-se por algum fenómeno que suscita interesse ao investigador. Todavia, em vez de simplesmente observar e registar a incidência de um fenómeno, a pesquisa exploratória procura estudar as dimensões deste fenómeno, nomeadamente, a forma como ele se manifesta e outros factores com os quais ele se relaciona. Gil (1999) acrescenta, que nestes estudos a principal finalidade é a de descobrir intenções e questionar ideias e conceitos, tendo como objectivo a realização de estudos posteriores.

Assim, considerámos que o nosso estudo é também de carácter exploratório, uma vez que a evidência existente sobre as crenças e comportamentos das primigestas, ainda é um fenómeno pouco explorado na nossa realidade. Neste sentido, Polit, Beck e Hungler (2004) defendem que este tipo de estudo deve acontecer quando uma nova área ou tópico é investigado e fenómenos pouco entendidos são explorados através da abordagem qualitativa.

1.2 – PARTICIPANTES

Ao definirmos quem são as pessoas que irão participar no nosso estudo, decidimos denominá-los por participantes, recorrendo à terminologia adoptada por Streubert (*in* Streubert e Carpenter, 2002). Na verdade, a autora (2002) considera que, num estudo qualitativo, a posição que o investigador assume é

a de que “não se age nas pessoas que tomam parte da investigação, mas que estas são activas no estudo” (p.25).

De acordo com a autora supra mencionada (2002), para que os indivíduos sejam seleccionados para participar na investigação qualitativa, há que ter em conta a sua experiência, a sua cultura, a interacção social ou fenómeno de interesse, ou seja, na investigação qualitativa a informação deverá ser obtida a partir de pessoas que têm especial conhecimento sobre o assunto que se pretende estudar. Este tipo de amostragem pode ser definida, de acordo com Lincoln, Guba (1985) e Patton (1990), citados por Streubert e Carpenter (2002), como sendo de natureza intencional. Fortin (1999), neste tipo de estudos, as amostras de grandes dimensões devem ser evitadas para que não sejam obtidos amontoados de dados que, seriam difíceis de analisar posteriormente. Assim, reconhece-se que neste tipo de estudo o número de participantes não é o mais importante, mas antes a qualidade dos dados, o que pressupõe a participação de bons informantes, que sejam capazes de falar sobre a sua experiência, bem como de partilhá-la com o investigador.

Ainda a esse propósito, diferentes autores, nomeadamente Rodrigues Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez (1999) e Streubert (2002) são da opinião de que os participantes deverão ser seleccionados também por possuírem informação a que interessa aceder, tendo em conta não só a sua experiência, mas também outros critérios como os relativos à cultura, à interacção social ou a fenómenos de interesse.

Para Streubert (*in* Streubert e Carpenter, 2002), os participantes são parte activa no estudo, contribuindo para uma melhor compreensão das suas vidas e interacções sociais, devendo, a sua selecção ter por base critérios relativos à sua experiência (prioritariamente), à sua cultura, interacção social ou fenómeno de interesse. Neste sentido, atendendo ao anteriormente exposto e tendo presente os objectivos do nosso trabalho foram definidos critérios para a selecção dos participantes, que Polit, Beck e Hungler (2004) definem como sendo os critérios utilizados para designar os atributos específicos da população que se deseja estudar e através dos quais são seleccionados as participantes do estudo. A acrescentar, Loureiro (2006) salienta que a sua

escolha é realizada através da definição de critérios de selecção, que visam assegurar um conhecimento específico do fenómeno que se pretende descrever e analisar e que sejam capazes de o comunicar, com o intuito de partilhar esse conhecimento.

Deste modo, os critérios de selecção para este estudo foram:

- Mulheres grávidas pela primeira vez (primigestas), com o intuito de conhecer as crenças e os comportamentos que têm face à gravidez, resultantes do seu contexto sócio-cultural e não de uma construção de novas crenças ou modificações de algumas já existentes e que tenham sido consequência de uma experiência já vivida;
- Prímigestas inscritas num Centro de Saúde (neste caso, o do concelho de Ponta Delgada), uma vez que nestas instituições as grávidas que não têm médico de família e/ou médico obstetras, são assistidas nas consultas de vigilância pré-natal, por enfermeiros obstetras e/ou enfermeiros generalistas, que lhes providenciam cuidados de enfermagem em todos os estádios da gravidez. Na perspectiva de Perry (1999), estes cuidados de enfermagem têm como foco principal o auto-cuidado, conferindo-lhes um papel activo e responsável na promoção e manutenção da sua saúde em todas as suas vertentes (física, psicológica e sócio-cultural);
- Prímigestas que acedessem participar no estudo, após devidamente esclarecidas e assinarem o consentimento informado, como forma de respeito pelo direito à autodeterminação das mesmas.

Para acedermos aos participantes procedemos à elaboração de um pedido de autorização ao Conselho de Administração do CSPD (Anexo I) para acesso aos participantes (selecção e contacto), que foi deferido (Anexo II).

A escolha desta Instituição de Saúde deveu-se a um conjunto de razões: o facto de esta possuir uma abrangência significativa a nível populacional, sendo o maior Centro de Saúde da Região Autónoma dos Açores, abrangendo uma população de cerca de 80.000 habitantes de acordo com os Censos de 2001.

Além do mais, este Centro de Saúde abrange um total de 29 freguesias distribuídas por dois Concelhos (Ponta Delgada e Lagoa), sendo composto por sete Unidades de Saúde (S. José, Matriz, Arrifes, Feteiras, Capelas, Santo António e Lagoa), quer em meio rural, quer em meio urbano dos Concelhos em causa, o que se traduz numa heterogeneidade populacional e numerosa, o que aumentou a probabilidade de encontrarmos participantes que pudessem satisfazer os critérios de elegibilidade por nós definidos.

Tivemos como participantes privilegiados, os enfermeiros generalistas e/ou obstetras que assistem as grávidas nas consultas de vigilância de saúde pré-natal do CSPD, os quais constituíram elementos fundamentais no auxílio da selecção das participantes e mediadores na informação sobre a realização do estudo a realizar com aviso prévio do primeiro contacto. A sua colaboração foi importante, no processo de acesso e selecção das participantes.

Nos estudos qualitativos e de acordo com Fortin (1999), não existe uma referência ideal do tamanho das amostras. A sua definição depende do objectivo do estudo, da qualidade dos informantes e do tipo de amostragem utilizada. Para a autora (1999) e neste tipo de estudos, o fundamental será a qualidade dos dados e não o número de participantes, bem como, a capacidade dos informantes transmitirem a sua experiência e partilhá-la como o investigador.

Fortin (1999), socorrendo-se de Morse, explica que nos estudos qualitativos “pequenas amostras são geralmente suficientes para obter a informação sobre o fenómeno estudado” (p. 211).

Assim, foram entrevistados todos os elementos que cumpriram os critérios de elegibilidade previamente estabelecidos, o que totalizou doze participantes, número que considerámos aceitável dada a natureza e os objectivos do trabalho, bem como à riqueza e diversidade das experiências relatadas. No entanto, importa ainda referir que, pela repetição de forma regular da informação apresentada pelas participantes, consideramos que atingimos a saturação

1.3 – PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Uma etapa necessária num trabalho de investigação é a recolha de dados, que é fulcral uma vez que fornece a informação necessária para dar resposta à pergunta de partida e para alcançar os objectivos formulados. Qualquer pesquisa necessita de uma base de dados que, segundo Bogdan e Biklen (1994), corresponde aos materiais não trabalhados, colhidos pelo investigador junto de quem se encontra a estudar, constituindo, deste modo, a base de análise.

Pode dizer-se que a escolha e a utilização dos instrumentos de análise, como refere Rodrigues Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez (1999), normalmente é feito em função dos objectivos genéricos e específicos da investigação, mas também do corpo conceptual que sustenta essa mesma pesquisa. A sua eficácia dependerá sempre da informação pretendida (Costa, 2005).

Uma vez que a forma de recolha de dados é diversificada, é da responsabilidade do investigador escolher a que melhor se adequa ao objectivo do estudo e às questões colocadas. A reforçar essa ideia, Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez (1999), salientaram que no processo de investigação qualitativa, a colheita de dados tem que ser coerente com a abordagem quando se deseja aceder à perspectiva dos participantes quanto a uma situação com a descrição e interpretação que lhe confere, como é o nosso caso, a entrevista é um dos procedimentos de escolha.

A entrevista, permite que fiquemos na posse de um discurso verbal, a partir do qual se procederá à compreensão dos fenómenos sócio-culturais em estudo, de forma mais adequada, o que está de acordo com o que é afirmado por Carpenter (*in* Streubert e Carpenter, 2002) “ (...) o método primário de colheita de dados é a voz das pessoas que experimentam um determinado fenómeno” (p.64).

Ainda assim, e uma vez que o objecto em estudo no nosso trabalho são as crenças relativas à gravidez, os dados que iriam ser colhidos revestiam-se necessariamente de subjectividade. Deste modo, procuramos recorrer a uma técnica de recolha de dados mais adequada que nos permitisse uma análise

objectiva da visão pessoal de cada participante em relação ao fenómeno em estudo, o que nos levou a considerar a entrevista.

Do mesmo modo, se o nosso quadro conceptual incide nas noções de crença, atitude, comportamento e estratégia de *coping*, todas elas pertencentes a uma dimensão psicossociológica da realidade social das primigestas, a entrevista permitirá, à partida, uma abordagem mais adequada de cada um destes conceitos, pois os objectivos a que nos propomos exigem o aprofundamento dos mesmos.

Merriam (1998) refere, a este propósito, existirem dois tipos de entrevistas, nomeadamente a estruturada ou uniformizada e a não – estruturada ou não uniformizada. Importa frisar que as entrevistas que realizamos são do tipo semi-estruturado, ou seja, encontram-se dotadas de um carácter flexível que permitiu responder às exigências de uma pesquisa indutiva e em que o entrevistador é livre de formular e sequenciar as questões.

Através da entrevista semi-estruturada e de acordo com Bogdan e Biklen (1994), tem-se a oportunidade de obter dados semelhantes entre os múltiplos sujeitos. Neste tipo de entrevista o investigador apresenta uma lista de assuntos que pretende abranger, a partir da qual elabora questões e apresenta-as ao informante segundo a ordem que lhe convém.

Portanto, considerámos que a entrevista semi-estruturada seria a que melhor se adequava ao nosso tipo de estudo, uma vez que, e como refere Patton (1990), numa entrevista semi-estruturada o entrevistador recorre a tópicos que estabelece previamente e permite que os participantes, através do seu discurso, delineiem o caminho que pretendem para o seu discurso. Neste sentido, elaborámos um guião de entrevista (Anexo III), definida, por este autor, como sendo uma lista de questões que se pretende explorar no decorrer da entrevista, o que permite que o entrevistador disponha de uma série de perguntas abertas e directas pelas quais se possa guiar, estimulando assim para uma comunicação livre e favorecendo a exploração mais profunda das respostas dos entrevistados.

Na utilização da técnica da entrevista o entrevistador deve permitir que o entrevistado fale abertamente sobre o tema, sendo o papel do entrevistador mais passivo, limitando-se a ouvir o participante. De acordo com Foddy (1996) o entrevistador deverá ser capaz de controlar a entrevista, conduzindo-a e estabelecendo um clima de confiança, que favoreça a resposta das questões e permitindo a expressão livre. Para que isso seja facilitado, deve-se aplicar o instrumento de colheita de dados em espaço próprio que garanta a privacidade aos interlocutores, pelo que deverá ser permitido aos participantes a escolha do local e do horário. Todas as participantes determinaram a hora e local, exceptuando duas participantes. O local da entrevista foi no domicílio. Nas que assim não foi, ocorreu na unidade de saúde após consulta de vigilância pré-natal.

Quivy e Campenhoudt (1998) consideram ser essencial que a entrevista seja gravada. Bogdan e Biklen (1994) defendem que a gravação das entrevistas é a melhor forma de evitar a perda de informações importante, quando são extensas ou então quando sejam a principal técnica de estudo. Assim sendo, as entrevistas foram gravadas em fita de banda magnética áudio através do uso de um gravador áudio, de modo a recolhermos na íntegra a informação fornecida pelos participantes, viabilizando a sua análise posterior. no entanto houve a preocupação de a sua utilização ser discreta. Reconhecendo, ainda, as vantagens do gravador, Rodrigues Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez (1999), alertam que após os participantes darem o seu consentimento é que se deve começar a gravar e aconselham ter o cuidado de verificar o funcionamento do mesmo. As doze entrevistas foram realizadas no período de 11 de Setembro a 30 de Dezembro de 2008.

Como já foi referido anteriormente, contámos com a colaboração de participantes privilegiados, nomeadamente as enfermeiras que realizam consultas de enfermagem de vigilância pré-natal do CSPD, a quem recorremos para que nos ajudassem a identificar e a seleccionar as grávidas que poderiam participar no nosso estudo de acordo com os critérios de elegibilidade delineados. Neste sentido, e após a identificação inicial de eventuais participantes, foi solicitado a estas enfermeiras que estabelecessem um primeiro contacto com as primigestas auscultando o seu eventual interesse em participar no estudo. Nos casos afirmativos, foram fornecidos ao investigador

os dados das utentes para que pudesse ser estabelecido o contacto, apresentando-se como investigador e informando-as do propósito do estudo, esclarecendo dúvidas e certificando da sua intenção de participar na investigação.

Streubert (*in* Streubert e Carpenter, 2002) atestam que “após o investigador obter acesso é importante estabelecer relação para manter interesse e consideração pelo informante da investigação. Este deve confiar no investigador antes de se sentir disponível para revelar informação” (p.27). Deste modo, com o procedimento atrás descrito procurámos estabelecer/iniciar uma relação de proximidade com os participantes.

Ao longo das entrevistas procuramos manter uma postura de interesse e de desconhecimento perante a informação que nos foi sendo transmitida. Mesmo quando percebíamos o que nos era dito pelos participantes, procurávamos clarificar os assuntos mencionados, tentando obter explicações mais concisas e pormenorizadas, postura sugerida por Rodrigues Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez (1999).

1.4- PROCEDIMENTOS DE TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Por termos efectuado uma entrevista gravada, a etapa seguinte foi transpor a informação para texto. Rodríguez Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez (1999) defende, que deve ser o investigador a fazer as entrevistas e a transcrevê-las. À medida que fomos realizando as entrevistas, procedemos ao seu tratamento e análise. Tal como o explicam vários autores, entre os quais, Streubert (2002), na investigação qualitativa, a análise de dados começa quando se inicia a colheita de dados.

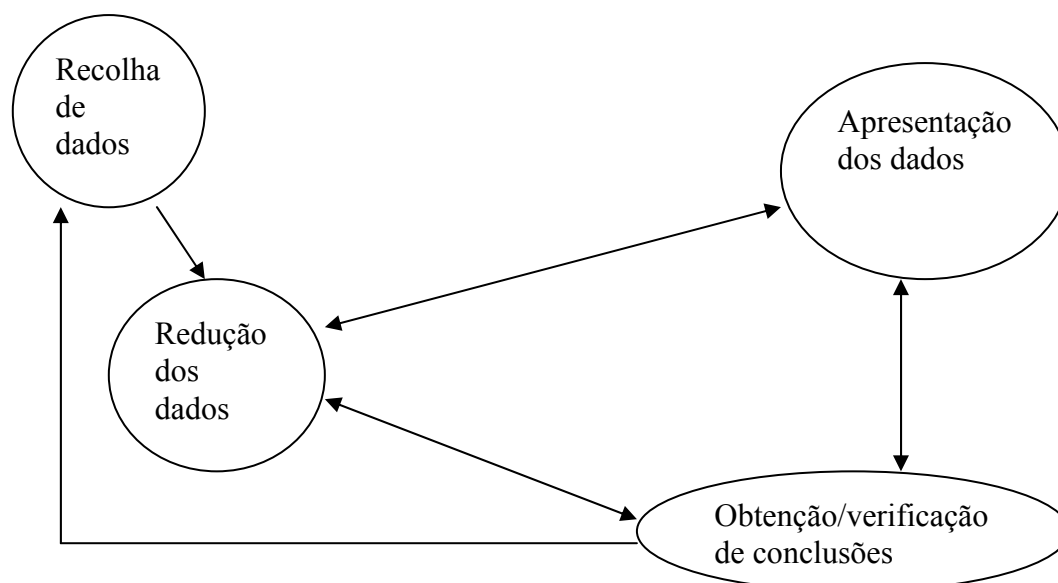
Primeiro procedemos à transcrição integral das entrevistas. Para Savoie-Zajc (2003) a transcrição do *verbatim* é o método mais adequado porque possibilita ter todo o material sem qualquer falha, possibilitando a análise mais fiel dos dados. Por termos procedido à transcrição de cada entrevista o mais rápido possível a seguir à sua realização, tivemos a oportunidade de recordar pormenores, nomeadamente, alguma linguagem não verbal. O que desta se

evidenciou foi incluído nas notas sempre que pertinente para compreender a disposição e contexto da entrevista.

Segundo Rodríguez Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez (1999) analisar os dados é examinar sistematicamente um conjunto de elementos informativos para delimitar e descobrir relações entre os mesmos e o todo. A análise tem por finalidade obter um maior conhecimento da realidade estudada e, tanto quanto possível, elaborar modelos conceptuais explicativos. Segundo os autores (1999) a análise de dados é um processo intuitivo, flexível, que permite encontrar sentido. Portanto, o processo realiza-se sem que exista um método processual claramente estabelecido, uma vez que vai emergindo, apoiando-se, no entanto, em procedimentos precisos que englobam diferentes fases, comuns à maioria das análises qualitativas.

Verificámos nas leituras efectuadas que, na análise de conteúdo, não existem modelos ideais nem previamente estabelecidos. As regras estão de acordo com os teóricos de referência adoptados e pelos objectivos do estudo. Tal processo implica a participação activa do investigador que organiza os dados de modo conceptual e apresenta a informação segundo categorias. Também para Rodríguez Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez (1999:204) não existe um único modo padronizado de análise de dados mas identifica-se, na maioria dos casos, tarefas e operações que se incluem num processo analítico comum. É o caso do processo de Miles e Huberman (1994), por nós adoptado para esta investigação e que descrevemos e explicamos a partir daqui de acordo com os nossos procedimentos de análise dos dados. Este processo tem por base uma dialéctica e um movimento de vaivém entre as diferentes etapas: redução dos dados, apresentação dos dados e obtenção e verificação dos dados, conforme configuração gráfica representada na figura nº1.

Figura nº 1 – Esquema de Análise de Dados segundo Miles e Huberman



Adaptado de Rodríguez Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez (1999:205)

A redução dos dados é definida por Miles e Huberman (1994) segundo Léssard-Hébert, Goyette e Boutin (1994) como um processo de selecção, de simplificação, de abstracção e de transformação do material compilado. Este processo inicia-se muito inicialmente, aquando da determinação do que se pretende estudar, isto é, antes da colheita de dados e prolonga-se até à codificação.

Rodríguez Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez (1999) explicam que esta primeira parte da análise pretende simplificar, resumir e seleccionar a informação. Segundo os mesmos autores (1999), Miles e Huberman (1994) recorrem a uma redução de dados que designaram por antecipada e é efectuada antes da colheita de dados. Encontra-se na problemática e indica a opção do investigador em recolher determinados dados em detrimento de outros. Desta forma o processo de Miles e Huberman (1994) é coerente entre todas as etapas do trabalho de investigação, permitindo uma ligação coesa entre si.

A redução de dados propriamente dita, como apresentada por Rodríguez Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez (1999:206-213) inclui: separação em unidades, identificação e classificação das unidades e síntese e agrupamento.

Segundo os autores anteriormente mencionados (1999), ao texto integral aplica-se uma segmentação em elementos singulares, a separação em unidades. No conjunto de dados diferenciam-se segmentos ou unidades que são relevantes e significativos. Os critérios para este procedimento podem ser diversos: espaciais (linhas do texto, número de linhas, páginas, etc.); temporais (duração em minutos, horas ou dias); temáticos (o mais frequente e que atende aos segmentos ou unidades de acordo com o tema abordado); gramaticais (orações, parágrafos); de conversação (declarações, mudanças de orador); ou sociais (informação sobre pessoas com um determinado estatuto ou papel social). Nesta investigação recorreremos ao critério temático e, tal como os autores (1999) propõem, designamos cada parcela do texto seleccionada de acordo com um determinado tema por “unidade de registo”.

A etapa seguinte consiste na identificação e classificação das unidades anteriormente determinadas, ao categorizar-se e codificar-se um conjunto de dados. Isto exige o exame das unidades de registo de modo a identificar nelas uma ou outra categoria, cuja aglomeração temática nos conduziu ao tema central. A codificação é, segundo Rodríguez Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez (1999) uma operação concreta em que a cada unidade se faz corresponder um código próprio na qual pensamos estar relacionada com uma categoria

Para a organização dos dados procedemos a várias leituras das entrevistas transcritas de modo a obter uma visão geral.

Procedemos então à marcação, sublinhando a cores os segmentos de textos que designámos, por “unidades de registo” consoante o que nos parecia corresponder aos objectivos do estudo.

Rodríguez Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez (1999) explicam que a categorização permite classificar de modo conceptual as unidades incluídas no mesmo tópico. Uma categoria engloba um significado ou tipo de significados e pode referir-se a uma situação e contexto, actividades e acontecimentos, relações entre pessoas, comportamentos, opiniões, sentimentos, perspectivas, métodos e estratégias ou processos. Este processo ocorre em simultâneo com

a separação em unidades de registo quando, como no nosso caso, o critério é temático.

Ainda e para os referidos autores (1999), categorizar dados é ajuizar, decidir se determinadas unidades de registo podem ou não ser incluídas num código. Podem ser estabelecidas a partir de um marco teórico e conceptual concebido para tal, isto é, *a priori* ou, à medida que se examinam os dados, ou seja num processo indutivo, *a posteriori*. Este último foi o nosso caso, pois não tínhamos nada teórico que nos guiasse a categorização, excepto os objectivos. Os mesmos autores (1999) consideram que este processo indutivo leva a um sistema de categorias que advém da análise e constitui um mapa de significados que reflecte a complexidade da experiência humana.

A identificação e classificação das unidades de registo têm a ver com a sua síntese, pois ao categorizar-se incluem-se diferentes unidades no mesmo tópico ou conceito. Rodríguez Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez (1999) acrescentam que a própria categorização é uma operação de síntese pois permite reduzir um determinado número de unidades a um conceito (tema central) que as represente.

A etapa seguinte de Miles e Huberman (1994) apresentada por Rodríguez Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez (1999) é a apresentação dos dados.

No nosso trabalho construímos diagramas que incluem as dimensões e respectivas categorias. Segundo Strauss e Corbin (1990) apresentados também por Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez (1999), os diagramas são representações ou imagens visuais das relações entre os conceitos e são importantes instrumentos de análise. Também apresentamos o que Miles e Huberman (1994) designam por matrizes que podem albergar diferentes tipos de informação, com a apresentação de tabelas e aspectos especificados em filas e colunas.

As matrizes que construímos incluem o tema central em estudo no seu título. Na própria matriz, a coluna da extremidade esquerda apresenta o tema central, enquanto a 2ª e 3ª coluna correspondem a categoria e sub-categoria, respectivamente. A seguir, continuando a descrever da esquerda para a direita,

encontra-se uma coluna mais larga para as unidades de registo e respectiva entrevista. As matrizes de análise podem ser observadas no Anexo IV.

No que se refere à obtenção e verificação de conclusões, Rodríguez Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez (1999) ainda segundo Miles e Huberman (1994) consideram nesta etapa a obtenção de resultados e conclusões e a verificação de conclusões.

Na primeira procura-se obter resultados e conclusões relativamente aos objectivos propostos. Neste estudo, apresentamos os resultados da investigação e a interpretação dos mesmos que exigiram várias decisões quanto ao significado. São apresentados de modo a explicar o significado atribuído aos dados e consiste na apresentação dos resultados e das interpretações que as participantes fazem do tema em estudo. As conclusões são proposições que demonstram os conhecimentos adquiridos face ao assunto estudado. Trata-se de construir um significado coerente, global, em que se reconhece a relação mais ou menos complexa entre os diferentes conceitos. Exige também a comparação entre os diferentes contextos, casos e situações.

Segundo Rodríguez Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez (1999) nesta fase é essencial contextualizar e comparar os dados com outros estudos, integrando os resultados da investigação actual em outros trabalhos e teorias. Procurámos seguir algumas estratégias propostas por Goetz e LeCompte (1988) apresentadas por estes autores (1999) nomeadamente a consolidação teórica, isto é, confrontação dos resultados obtidos com posições teóricas que tínhamos desenvolvido no enquadramento teórico, aplicação de outras perspectivas teóricas onde pudéssemos integrar os dados, possibilitando deste modo a sua generalização e comparação com o já conhecido, recorrendo a metáforas e analogias consideradas úteis para dar sentido a toda a nossa investigação. Cumprimos igualmente as recomendações de que, entre o final da colheita de dados e análise, tenha decorrido tempo que permitisse abstracção.

Para Streubert (*in* Streubert e Carpenter, 2002) “a meta do rigor na investigação qualitativa é apresentar rigorosamente as experiências dos

participantes no estudo” (p.33). Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), reportando-se a Lincoln e Guba (1985) para avaliar a fidedignidade dos dados qualitativos, devemos basear-nos em quatro critérios, a saber: credibilidade, transferibilidade, segurança e confirmabilidade. De forma a assegurar a credibilidade e o rigor de um trabalho, estes critérios deverão ser cumpridos e deverão ser congruentes e adequados ao paradigma no qual o estudo se insere. Assim sendo, de seguida serão discutidas as medidas que adoptamos para assegurar que estes critérios fossem respeitados.

No que respeita à credibilidade Lincoln e Guba (1988), citados por Polit, Beck e Hungler (2004), referem que este critério diz respeito à confiança na verdade dos dados. Para o aperfeiçoamento e documentação da credibilidade da pesquisa qualitativa, existe uma variedade de técnicas, nomeadamente: o desenvolvimento, por parte dos investigadores, de observações, contactos e convívio com os informantes durante um período de tempo considerado adequado de modo a obterem um conhecimento cumulativo do fenómeno, ou como diversos autores defendem (Streubert, 2002; Loureiro, 2006; Rodríguez Gómez, Gil Flores e Garcia Jiménez, 1999; Lincoln e Guba, 1985) a verificação dos resultados com os participantes, que os reconhecerão como verdadeiros ou não, tendo por base a sua experiência vivida.

Para garantir que este critério era respeitado, no decorrer do nosso trabalho desenvolveram-se os contactos necessários com os participantes no sentido de acedermos à informação pretendida.

Quanto à transferibilidade Polit, Beck e Hungler (2004), fazendo referência a Lincoln e Guba (1985), salientam que se refere à capacidade de generalização dos dados, isto é, de que modo as descobertas provenientes dos dados podem ser transferidas a outros locais ou grupos. Ainda para os mesmos autores (2004), a transferibilidade refere-se à estabilidade dos dados através do tempo e mediante determinadas condições e acrescentam que o investigador deve ser capaz de “(...) fornecer dados descritivos suficientes no relatório de pesquisa de modo que os consumidores possam avaliar a aplicabilidade dos dados a outros contextos” (p. 212).

Deste modo, para que este critério fosse garantido descrevemos de modo pormenorizado o fenómeno em estudo, a metodologia utilizada para ser estudado, bem como os contextos onde a investigação decorreu. Houve também a preocupação de escolher participantes que pudessem fornecer descrições importantes e ricas relativamente ao fenómeno em estudo, focando a forma como as crenças que detinham (ou não) influenciava a forma como estariam a viver a gravidez.

No que se refere à segurança, Polit, Beck e Hungler (2004) afirmam que, nos dados qualitativos, diz respeito ao equilíbrio que esses mantêm ao longo do tempo e mediante condições. Streubert (*in* Streubert e Carpenter, 2002), baseando-se em Lincoln e Guba (1985), referem que só se pode atingir a segurança se o investigador garantir a credibilidade das suas descobertas, razão pela qual só se pode falar em segurança se houver credibilidade.

Polit, Beck e Hungler (2004) apresentam dois métodos de se avaliar a segurança dos dados. O primeiro método alude à técnica convencional de separação do grupo de investigadores em dois grupos, que deverão trabalhar de forma separada as fontes de dados, dirigindo interrogatórios independentes, a partir dos quais os dados possam ser cruzados e comparados. Ressalve-se, porém, que a comunicação contínua e regular entre as equipas deve ser assegurado para que o sucesso deste procedimento seja alcançado. O segundo método consiste numa auditoria por interrogatório em que se faz uma pesquisa dos dados e da documentação importante, por um revisor externo ao estudo. Este método foi o que utilizámos no nosso trabalho, sendo que o revisor externo foi ao orientador deste trabalho, sendo que lhe foi entregue os objectivos do estudo, bem como o guião das entrevistas, suas transcrições e os resultados da sua análise, para que fossem revistos e auditados.

Outro critério presente para garantir a qualidade dos dados qualitativos foi a confirmabilidade, que, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), diz respeito à objectividade ou neutralidade dos dados, de forma a haver concordância entre duas ou mais pessoas independentes acerca da relevância ou significados dos dados. Segundo Streubert (*in* Streubert e Carpenter, 2002) este critério é satisfeito sempre que se descreva em pormenor todas as decisões e

procedimentos para que outro investigador possa seguir um mesmo percurso de investigação. Relacionado com este critério, está o conceito de *auditabilidade*, processo que Loureiro (2006) refere possibilitar a verificação do processo de condução da investigação. Polit, Beck e Hungler (2004) mencionam que as auditorias por interrogatório também servem para satisfazer este critério e acrescentam que pode constituir um modo de influenciar os outros e convencê-los. Streubert (*in* Streubert e Carpenter, 2002) afirma que, quer a segurança quer a confirmabilidade dos dados, pode ser garantida por este processo, uma vez que ao assegurar a confirmabilidade está-se a garantir a segurança dos dados.

Como forma de assegurar este critério e, conseqüentemente, a segurança dos dados do nosso estudo, houve a preocupação de descrever todas as etapas pelas quais a nossa investigação passou, descrevendo e justificando todas as nossas opções metodológicas e todos os procedimentos realizados. Por outro lado, toda esta investigação foi acompanhada de perto por um perito em investigação qualitativa, com experiência no desenvolvimento e orientação de trabalhos de investigação, que o auditou regularmente.

1.5 – PRINCIPIOS ÉTICOS

Para este trabalho de investigação seguimos as orientações do Relatório Belmont que não sendo específico de enfermagem, esquematiza de modo muito concreto, aspectos essenciais de investigação em enfermagem.

Como a investigação qualitativa possui aspectos *sui generis* apresentamos o Relatório Belmont segundo a apresentação de Polit e Hungler (1999) e faremos as devidas referências ao que de peculiar existe nesta abordagem relativamente a cada princípio e os nossos procedimentos para os respeitar.

O relatório Belmont articula três princípios éticos essenciais: beneficência, respeito pela dignidade humana e justiça. A seguir expomos cada um em detalhe.

O Princípio de Beneficência tem por base a máxima: acima de tudo não causar dano. Inclui várias dimensões, nomeadamente:

Isenção de dano, o que implica que os participantes não sejam expostos a riscos. Para tal, a investigação apenas deve ser levada a cabo por pessoas qualificadas. O investigador necessita de estar preparado para a qualquer momento interromper a investigação se houver razão para suspeitar que a sua continuação pode lesionar, incapacitar ou angustiar desnecessariamente. As lesões psicológicas podem ser muito subtis, o que exige atenção muito particular neste sentido. Para respeitar, recorremos ao que as autoras (1999) aconselham: deixámos as participantes fazerem perguntas sobre o trabalho antes e após a entrevista, proporcionámos informação escrita e fornecemos o nosso contacto. Tivemos o cuidado de pensarmos muito bem em todas as perguntas para não as melindrar e cremos que tal não sucedeu. Uma pessoa fora do âmbito da investigação em causa que reveja os dados e as categorias bem como a validação com os próprios participantes são adequados. Cumprimos o primeiro destes procedimentos com a revisão por uma pessoa com experiência em investigação qualitativa; quanto ao segundo procedimento, não o desenvolvemos, o que, como explicamos nas Limitações do Estudo, constitui uma das suas limitações.

A isenção de exploração tem na sua base a defesa de que ao envolver-se na investigação o participante não é prejudicado ou desfavorecido. É imprescindível estar muito atento às vulnerabilidades de cada pessoa. Na investigação qualitativa esta situação pode ser ainda mais sensível pela proximidade entre o investigador e o participante. Contudo, o estabelecimento de uma relação de confiança é possível a partir daqui. Estivemos atentos ao seguinte: uma participante privilegiada – enfermeira da prestação de cuidados foi a primeira ligação com as participantes a quem depois explicámos o que pretendíamos aquando do primeiro contacto.

A ponderação dos riscos/benefícios é outro aspecto do mesmo princípio. As pessoas concordam em participar numa investigação por muitas razões mas essencialmente porque percebem que é importante para as outras pessoas e desejam ser-lhes úteis. O investigador deve então esforçar-se para que os benefícios sejam maximizados e comunicar os riscos e os benefícios.

O **Princípio de respeito pela dignidade humana** inclui o direito à autodeterminação e o direito à informação completa.

No que se refere ao primeiro, as pessoas devem ser entendidas como autónomas, capazes de controlar as suas actividades e destinos. Significa que os participantes podem decidir voluntariamente se desejam participar ou não sem o risco de qualquer penalidade. Implica igualmente que a qualquer momento possam desistir, recusar a dar mais informação ou pedir explicações e clarificações. Isto inclui estar livre de qualquer tipo de coerção, implícita ou explícita. Explorámos todos os aspectos anteriores e as participantes tiveram oportunidade de decidir com as enfermeiras do serviço, primeiro e com a autora desta investigação depois, se desejavam participar.

O direito à informação completa relaciona-se com o anterior, pois tudo deve ser claramente explicado e os participantes devem conhecer a natureza do estudo, o âmbito e alcance da sua participação, o que acontecerá com a informação que fornecem, as suas responsabilidades e as do investigador e os potenciais riscos e benefícios, obtendo-se imprescindivelmente o seu consentimento informado. Estivemos atentos a estes aspectos e pedimos o consentimento informado por escrito aquando da recolha de dados. Obtivemos o consentimento informado por escrito de acordo com as orientações de Polit e Hungler (1999), isto é, declarámos que qualquer informação seria potencialmente utilizada no estudo, explicámos a sua finalidade, o tipo de dados a obter, a natureza do compromisso, a autoria e responsabilidade do trabalho, o modo de selecção das participantes, os procedimentos de recolha de dados, os potenciais riscos e benefícios, o compromisso com a privacidade e o modo de a assegurar, a natureza do consentimento voluntário, o direito à desistência e o contacto da autora, o qual ficou com as participantes.

Merriam (1997) propõe um continuum para analisar os riscos/benefícios na investigação qualitativa pois podem surgir dilemas éticos relativamente à colheita de dados e à disseminação dos resultados. Um dado a ter em conta é quanto o investigador divulgará do que lhe foi revelado, quão informado pode ser o consentimento e uma atenção muito especial à privacidade e confidencialidade para não impor riscos aos participantes, já que a natureza

emergente da investigação qualitativa pode fazer com que o investigador se depare com considerações éticas não esperadas e não previstas. Tal constatação é feita também por Carpenter (2002) que a atribui ao pouco controlo existente mas afirma que é ao investigador que cabe a responsabilidade ética da investigação que desenvolve. Explicámos todas as decisões aos participantes antes e após a entrevista e verificámos a sua concordância. No Anexo V apresentamos o consentimento informado.

O **princípio de justiça** inclui o direito a tratamento justo e o direito à privacidade.

O direito a tratamento justo e equitativo deve manter-se antes, durante e após a participação. Inclui: a justiça e a não discriminação de qualquer participante; que os riscos e benefícios tenham sido bem ponderados e sejam proporcionais; a escolha dos participantes ter sido feita exclusivamente por motivos relacionados com a investigação; as pessoas que declinem a participação ou que decidem desistir não devem ser prejudicadas; o cumprimento de todos os compromissos assumidos; a acessibilidade do investigador ao participante em qualquer momento; o acesso do participante a ajuda profissional se surgir algum efeito secundário à sua participação; a não divulgação de assuntos sensíveis; a clarificação de aspectos; tratamento correcto, respeitoso e cortês em todos os momentos. Procurámos ter estas recomendações em mente e respeitá-las.

O direito à privacidade assenta na consciência de que qualquer investigação com seres humanos implica a intrusão nas suas vidas. O investigador deve estar bem seguro de que a sua investigação não é mais intrusiva do que o necessário e de que a privacidade dos participantes é respeitada durante todo o processo. A informação deve ser estritamente confidencial, o que pode ser conseguido através do anonimato ou de qualquer outro método para manter a confidencialidade. Quanto à confidencialidade e anonimato Merriam (1997) afirma que o segundo é impossível na investigação qualitativa pois implica que nem mesmo o investigador consiga relacionar determinada informação com a pessoa que a forneceu. Neste tipo de abordagem a interacção pessoa-a-pessoa é muito próxima e os investigadores conhecem muito bem os participantes. Quanto à confidencialidade, o pequeno número de pessoas que participam, e

as descrições pormenorizadas podem tornar difícil a sua manutenção. Mesmo assim, a autora (1997) sublinha que tudo o que o investigador prometeu para manter a confidencialidade deve ser cumprido. Merriam (1997) apresenta a recomendação de Kimmel (1988) de que o investigador considere as possíveis consequências da investigação antes de a começar, apresente os dados com a mínima distorção para manter os benefícios potenciais e tome especial atenção à disseminação dos resultados. No nosso caso, as participantes têm a sua identidade apenas conhecida pela autora do trabalho e são aqui apresentadas apenas como “E” de “entrevista”. As cassetes apenas foram numeradas sem apresentar qualquer nome, na transcrição das entrevistas aparece a primeira letra do nome.

Ao longo deste trabalho procurámos estar conscientes do que Merriam (1998) afirma no sentido de que nenhum guia de orientação inclui as *nuances* éticas que, por vezes, surgem. Portanto, tentámos estar atentos e ser cuidadosos em cada etapa e fomos procurando reflectir na mesma e nos procedimentos.

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE DADOS

1. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE DADOS

Neste capítulo procedemos à apresentação e discussão dos dados como forma de dar cumprimento aos objectivos formulados para esta investigação.

Relativamente à caracterização das participantes deste estudo, pode-se constatar as doze têm idades compreendidas entre 18 e 33 anos, com idade gestacional variável entre 20 a 39 semanas de gestação. Para a totalidade das participantes, o grau de aceitação da gravidez foi positivo, apesar de três referirem não a ter planeado.

No que se refere ao estado civil, sete são casadas, quatro solteiras e uma separada. Como habilitações literárias, cinco possuem o 12º ano de escolaridade, quatro o 9º ano e cada uma das restantes têm o 6º ano, 8º ano e frequência universitária.

Quanto à naturalidade das participantes, oito são naturais da freguesia de S. José, duas do Rosário e Cabouco e as outras duas, da Fajã de Cima e Santo António, respectivamente. No que concerne à área de residência das participantes, seis distribuem-se pelas freguesias de Fenais da Luz (duas), S. Vicente Ferreira (duas) e Vila da Lagoa (duas), enquanto as restantes habitam nas seguintes freguesias: Matriz, S. José, Fajã de Baixo, Fajã de Cima, Santo António e Capelas. Deste modo, dez participantes pertencem ao concelho de Ponta Delgada e duas ao de Lagoa.

Em concordância com o descrito anteriormente e alusivo à área de residência com maior número de habitantes, seis das participantes do estudo fazem parte da zona urbana, residentes nas freguesias de Matriz, S. José, Fajã de Cima, Fajã de Baixo e Rosário e Cabouco e as outras seis da zona rural, correspondente às restantes freguesias.

Apresentam ainda, as seguintes profissões: Operadora de Caixa (2); Domestica (2); Empregada Domestica (1); Ajudante de Lar (1); Animadora Sócio-cultural (1); Administrativa (1); Técnica de Reabilitação Física (1); Empregada Comercial (1); Estudante (1); Técnica Auxiliar de Farmácia (1).

Na nossa investigação surgiram quatro temas centrais: “Crenças das primigestas”; “Comportamentos face às crenças”; “Estratégias para lidarem com

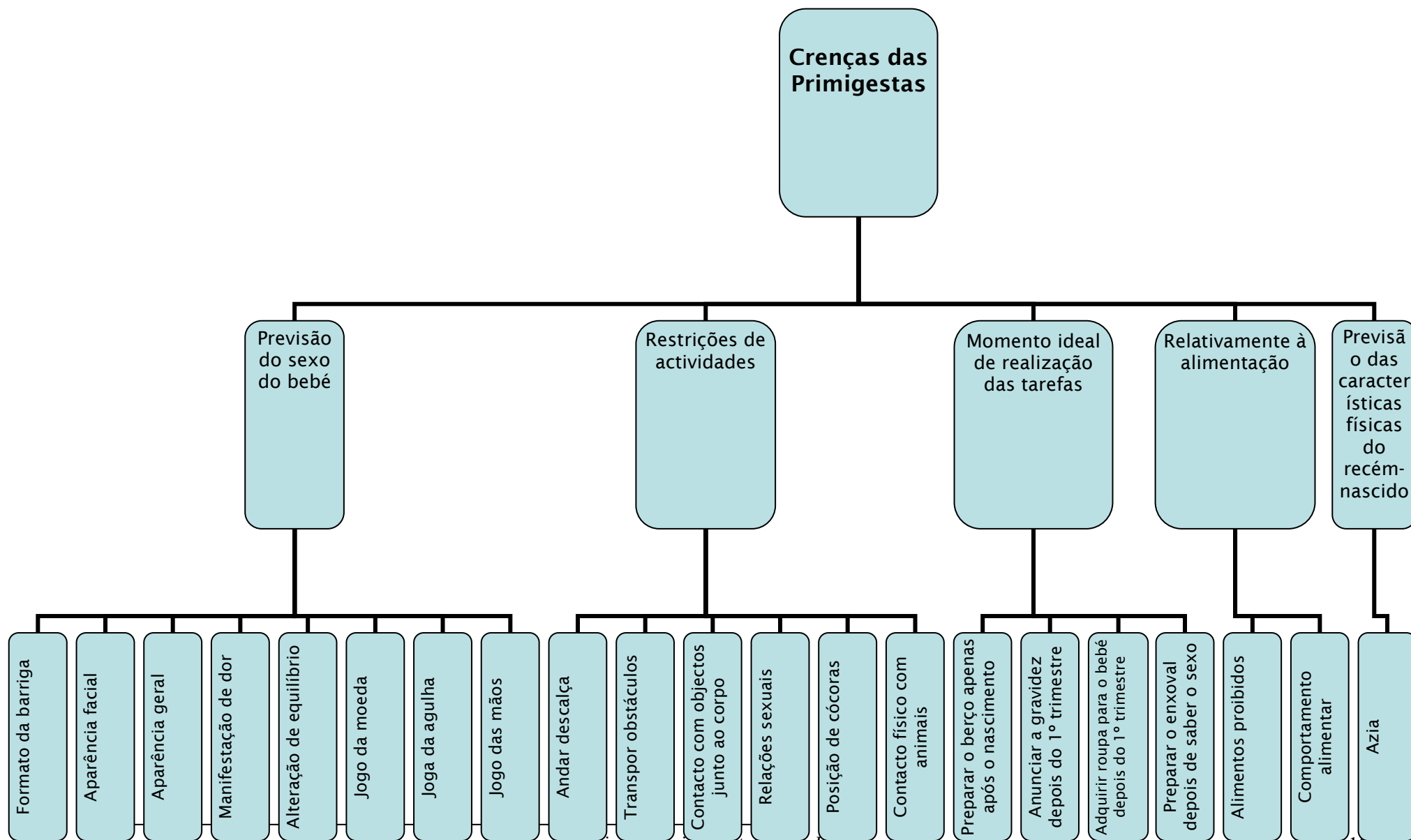
as crenças” e “Motivos de ausência de partilha de crenças com os enfermeiros durante a consulta de vigilância pré-natal”.

Seguimos uma lógica que parte da enunciação dos temas acima referidos, explicitando o que cada um significa, as categorias encontradas em cada um e ilustrações de acordo com as palavras das participantes.

1.1 – CRENÇAS DAS PRIMIGESTAS

Incluímos neste tema as crenças que nos foram reveladas pelas primigestas quanto ao fenómeno de gravidez, de acordo com a figura nº2, partimos das crenças mais para as menos manifestadas e em que encontramos as seguintes categorias: Previsão do sexo do bebé; Restrições de actividades; Momento ideal de realização das tarefas; Relativamente à alimentação e Previsão das características físicas do recém-nascido.

Figura nº 2- Representação esquemática do Tema Central: Crenças das Primigestas



Relativamente à categoria **Previsão do sexo do bebé**, encontramos as seguintes subcategorias: Formato da barriga; Aparência facial; Aparência geral; Manifestação de dor; Alteração de equilíbrio; Jogo da moeda; Jogo da agulha e Jogo das mãos.

A previsão do sexo da criança é um assunto que sempre se demonstrou importante para a futura mãe. Há várias formas pelas quais tradicionalmente acreditam que podem prever o sexo do filho que esperam. De acordo com vários autores já referido no Enquadramento Teórico Loux (1983), Baurbaut (1991); Kitzinger (1996); Nunes (1997) e Couto (1994;2000) já referidos no enquadramento teórico.

Na presente investigação deparámo-nos com o “Formato da barriga” ser uma forma de indicar o sexo da criança:

“(...) como eu estava muito redonda, que era um menino” (E1)

“As pessoas diziam que eu ia ter um menino por causa da barriga (...) a barriga é mais bicuda.” (E2)

“A barriga fica (...) mais redonda quando é um menino. (...). A barriga fica mais redondinha, mais espetada.” (E5)

Sendo o formato da barriga comum às crenças destas participantes, constatamos que não há unanimidade, pois enquanto para uma a forma arredondada aponta para o sexo masculino, para outra, é a mais bicuda. Segundo Barbaut (1991) para os povos muçulmanos o abdómen arredondado é prenúncio de um rapaz, enquanto que, um formato pontiagudo suscita a ideia de ser uma menina. Porém, tal como Couto (2000) referindo-se a Ocampo Lopez (1989) este assunto não reúne consenso entre os diversos povos. Nesta investigação, o que pudemos verificar é que no mesmo povo e cultura há vários entendimentos.

No que concerne à “Aparência facial”, esta é assim entendida:

“(...) dizem que vou ter um rapaz porque não mudei de feição.” (E4)

“(...) e a rapariga, dizem que a gente muda de feição (...) (E5)

“ (...) já me disseram que, antes de eu fazer a ecografia disseram-me assim “vais ter uma menina” e eu disse “como é que sabe isso?” e ela disse “o lábio está mais inchado”. Outros dizem que é por causa da feição, da cara. (...) Assim, mais inchada.” (E8)

“Diziam-me “estás muito bonita, vais ter um rapaz.” (E10)

À semelhança da anterior, verificamos que também aqui não há consenso: para umas pessoas o mudar de feição indica que a grávida está a gerar um rapaz, mas o inverso também acontece.

Couto (1994), deparou-se igualmente com o facto de independentemente de uma grávida ficar mais ou menos bonita, se relacionam com um determinado sexo do recém-nascido.

A “Aparência geral” da grávida é referida por várias participantes:

“Dizem que, para um rapaz a gente fica com a mesma aparência (...). A rapariga fica-se mais gordinha.” (E5)

“ (...) e minha mãe e minha sogra disseram “vais ver que é uma rapariga porque está larga de trás”.” (E10)

As crenças reveladas na nossa investigação possuem pontos comuns com as de Couto (2000) no sentido em que se a mãe “ficar mais gordinha” terá uma rapariga no entanto, ao contrário do encontrado pelo mesmo autor, o aumento da região nadegueira simboliza um bebé do sexo feminino – em Couto, as mães entendiam como sendo indicativo de um rapaz.

A “Manifestação de dor” é referida por uma participante nos seguintes termos:

“Eu estava cheia de dores de rins e uma disse-me “estás com dores de rins, é porque é um rapaz” (E10)

Outra participante refere-se à “Alteração do equilíbrio” como forma de indicar se o feto é do sexo masculino ou feminino

“Cair para trás é uma rapariga e cair para a frente, é um rapaz. (...) É uma rapariga. E se cair para a frente, é um rapaz. Uma vez eu ia para a cozinha e engatei no degrau, se não me agarrasse à cama ia caindo para a frente.” (E4)

Não encontramos evidência científica nem descrição de crenças deste tipo na bibliografia consultada. Porém, numa pesquisa comum da internet surgem vários sítios, sem qualquer ligação científica, que sugerem formas de saber se a grávida terá um rapaz⁴ ou uma rapariga⁵. No “iVillage”, por exemplo, há uma lista de várias crenças itens que indicam se a grávida terá um menino, como no caso de carregar o peso da barriga para a frente, o que pode estar relacionado com a crença acima referida quanto ao equilíbrio. Interessantemente, este sítio, tipo fórum, permite que as pessoas dêem a sua opinião e, muitas mães e mesmo pais, escrevem dizendo que o que ali está não é verdade, pois consigo aconteceu o inverso. Independentemente disto, o que nos parece interessante, é que estas crenças atravessam fronteiras e, como as nossas participantes se referem a crenças herdadas de pessoas mais velhas, não nos parece que seja a internet a espalhar estas convicções. Quanto às “dores de rins” nada encontramos, mas se pensarmos que a ideia do peso para a frente esforça a região lombar, então é possível ser uma das explicações. Ou esta situação de dor de rins pode sim, ser apenas desta ilha.

Diversos jogos, digamos assim, são indicados pelas participantes como forma de “adivinhar” o sexo do bebé. É o caso do “Jogo da moeda”, do “Jogo da agulha” e do “Jogo das mãos”:

“Tem que ser uma moeda de um escudo, ele ainda foi procurar uma moeda de um escudo, deixou-me cair a moeda aqui entre o peito. Eu estava de t-shirt e ele fez assim e caiu no chão. Se fosse cara, era um sexo que agora não me recordo qual, se fosse coroa era o outro sexo. Mas tem que ser a partir do terceiro mês.” (...) “Põe-se a moeda, cai e depois conforme, se estiver virado para cima (...) a parte da moeda que estiver virada para cima é um determinado sexo. “ (...) “Se a moeda cair com a face da “coroa” virada para cima, é rapaz. Se cair com “cara” virada para cima, é rapariga.” (E7)

Esta crença indicada pela participante é descrita por Neves (1994) no estudo que realizou às grávidas da região do Minho sobre crenças populares

⁴ <http://parenting.ivillage.com/pregnancy/pbabyprep/0,j012,00.html>

⁵ <http://parenting.ivillage.com/pregnancy/pbabyprep/0,j012,00.html>

associadas à gravidez e nascimento, mas com interpretação contrária no que concerne ao sexo da criança.

Num artigo de Weisberg (1989) há alusão a práticas com anel junto do abdómen da grávida para adivinhar o sexo da criança. Um texto de Perry, DiPietro e Costigan (1999), não se referindo especificamente a anel, alude ao uso de certos objectos junto do abdómen da grávida com a finalidade com que nos deparámos aqui na ilha de São Miguel. Estes autores referem-se a crenças de “velhas esposas”⁶ e fazem um estudo que parte do princípio de que se algumas crenças não possuem qualquer fundamento científico, outras podem tê-lo. Concluem, porém, que as crenças tradicionais não são bons preditores do sexo da criança e que as mães também não.

A mesma participante fala-nos do jogo da agulha:

“Uma delas fez-me o jogo da agulha, com a linha. Tem que se pôr uma linha numa agulha e depois eu acho que é na mão, ela faz assim [exemplifica com movimentos ascendentes e descendentes na vertical] faz no lado primeiro, e depois põe em cima da mão. Se rodar, é um determinado sexo que eu também não sei qual é até parar. Depois se for assim na vertical, é o outro sexo.” (E7)

Barbaut (1991) descreve uma prática análoga, feita com um pêndulo ou com uma agulha que, colocada a pairar sobre a mão da grávida, roda circularmente ou apresenta movimentos rectilíneos, referindo-se no primeiro caso ao sexo feminino e no segundo, ao sexo masculino. A grávida identificada como E7 refere, porém, que não sabe a interpretação do comportamento da agulha. No estudo acima referido de Perry, DiPietro e Costigan (1999) a agulha não é colocada nas mãos mas sobre o abdómen grávido e se fizer movimentos circulares, é indicativo de um feto do sexo feminino.

O “Jogo das mãos” é-nos relatado por outra participante:

“(...) quando as mãos são assim, com a palma virada para cima é menina e quando é assim é rapaz [exemplificou com as palmas das mãos viradas para baixo] (...) Ele disse que acreditava porque quando lhe fizeram isto, quando a minha madrinha estava

⁶ Old wives, no original

grávida, ele fez assim [exemplificou com as palmas das mãos viradas para baixo] e a minha madrinha teve foi um rapaz.” (E10)

Na bibliografia consultada encontramos Basto, citado por Couto (2000) e Nunes (1997). Refere-se ao uso deste “jogo” pelas grávidas. Porém, o significado encontrado por esta autora é inverso ao dos outros, os quais vêm ao encontro da interpretação da nossa participante.

Da categoria **Restrições de actividades**, emergiram as seguintes subcategorias: Andar descalça; Transpor obstáculos; Contacto com objectos junto ao corpo; Relações sexuais; Posição de cócoras e Contacto físico com animais.

Neste estudo, a reserva a determinadas actividades está patente nos relatos das participantes, como forma de proteger o bebé *in útero*, uma vez que, para a mulher grávida o seu corpo assume um concubinato directo com o corpo do feto, como se de um filtro se tratasse, transferindo e repercutindo para o seu filho, tudo o que no dela aconteça, como é defendido por Joaquim (1983) e Loux (1983), anteriormente descritos no enquadramento teórico.

“Andar descalça” é mencionado pelas participantes como uma actividade a evitar:

“ (...) há muitas pessoas que dizem para eu não andar porque o bebé pode nascer com frio,” (E1)

“ Uma vez estava descalça e a minha sogra disse-me logo para calçar as pantufas porque andar descalça provoca dores no parto.” (E12)

Esta restrição parece-nos estar em concordância com o que é descrito por Martins (2003) no estudo que efectuou sobre as crenças e mitos das grávidas, no que concerne às proibições a que as mulheres estão sujeitas neste período pela facto do corpo da criança ser visto como um corpo dependente da mãe, em que ambos estão em simbiose.

Por outro lado, o facto de esta restrição estar associada à dor de parto, pode ser entendida como forma de punição. Como é relatado por Couto (2002) no seu estudo sobre a preparação do parto, ao mencionar Leitão (1995) que refere “tal significado traduz a estrutura conceptual segundo a qual os nossos

ancestrais viam a dor física, ou seja, como uma punição ou castigo aplicado ao indivíduo pelos seus pecados ou “erros” reais ou imaginários” (p. 41).

Outra actividade proibida e demonstrada pelo discurso de algumas participantes, diz respeito ao “Transpor obstáculos”:

“ (...) para não passar por cima, para passar ao lado (...) como aquelas coisas de estacionamento, para passar ao lado (...) Porque faz mal ao bebé (...) agora eu não sei porque é (...)” (E2)

“Não saltar ou pôr em cima de uma cadeira. (...) Dizem que o “embrião umbilical” pode-se envolver à volta da criança e pode-se afogar. (...) Mais ou menos aí, aos sete meses, não pôr os pés em cima de uma cadeira para ir a um armário mais alto, ou, para ir buscar uma coisa que está longe, que não se chega (...). Pode enrolar a criança e ela pode ficar afogada” (E9)

Parece-nos que tais relatos se assemelham à interdição das grávidas saltarem degraus de escadas ou fios com o intuito do bebé não nascer com o cordão umbilical enrolado ao pescoço, como é descrito nos estudos realizados por Couto (1994;2000). Podemos ainda, constatar a alusão a esta crença por diversos autores mencionados nestes estudos (1994; 2000), nomeadamente o de Martins (1994) quanto à existência da crença numa das ilhas dos Açores (Terceira), no que concerne ao facto da possibilidade do cordão umbilical asfixiar o feto se a mãe colocar os pés em cima de cordas ou arames.

O “Contacto com objectos junto ao corpo” foi outro aspecto valorizado para as participantes do estudo:

“Ah, também dizem isto, e eu também acredito, que se cair uma coisa aqui [coloca a mão entre o peito] e se fica aqui o bebé pode vir com uma marca (...). Uma vizinha minha tem um pequeno que tem uma marca aqui na cabeça, porque caiu um feijão e ela não sabia (...)” (E4)

“Não usar coisas metálicas, assim (...) em roupa para não deixar marcas. (...) Deixar, por exemplo, uma marca na barriga, o bebé depois traz esta marca consigo. (...) Como também, já ouvi dizer

que trazer um cordão, alguma coisa no pescoço, o bebé também vem com a marca no pescoço (...)” (E8)

“A minha mãe por exemplo, quando a minha avó estava grávida de minha mãe, a minha avó usava sempre uma florzinha, antigamente, de cravo na algibeira e a minha mãe nasceu com aquilo nas costas. Ficou assim, a malha (...) dela usar, nas costas.” (E9)

Na nossa perspectiva, as proibições relacionadas com o uso de objectos junto ao corpo, podem estar associadas, mais uma vez, à ideia do corpo da mulher grávida e do feto serem um só, tal como é corroborado por Joaquim (1983) ao referir que, “ (...) todos os actos, pensamentos, desejos e sentimentos da mãe neste período poder-se-ão materializar sobre a forma de marcas ou sinais no corpo da criança a sua forma ou a sua não forma (o disforme) deles dependem (p.50).

A utilização de algum objecto entre os seios de uma mulher grávida, já foi descrita há muitos anos por Braga (1885), citado por Couto (2000) como uma causa de origem de marcas no corpo do bebé.

A ideia de objectos metálicos em contacto directo com a barriga bem como transportados nas algibeiras de uma mulher grávida, constituírem pronúncio de sinais físicos no recém-nascido é descrita por diversos autores já citados anteriormente (Loux, 1983; Barbaut, 1991; Couto, 1994; 2000; Martins, 2003).

No que diz respeito às “Relações sexuais”, uma das participantes referiu que:

“Nos sete meses, eu disse a ele “isto é os sete meses, a gente vai ter mais cuidado porque de repente vem mais cedo.” (...) Aos sete meses. Porque sabe que nascem muitos bebés aos sete meses. (...) De repente, rebenta as águas. Alguma posição, alguma coisa (...).” (E11)

Parece-nos haver alguma associação entre esta narração e o usual mito do coito ser indutor do trabalho de parto. Indo ao encontro do mencionado por Portelinha (2003) no que respeita à inibição das relações sexuais entre muitos casais, neste período. É igualmente reforçado por Maldonado (1997), na apresentação de estudos efectuados por diferentes autores (Landis, 1950;

Kenny, 1973; Kumar e tal, 1981; Calhoun e tal, 1981 e Hart e tal, 1991) sobre a predominância da diminuição da sexualidade ao longo do período de gravidez, com diminuição das relações sexuais no terceiro trimestre.

Klitsch (1993) numa investigação realizada entre 1984 e 1989 com 14 mil grávidas nos Estados Unidos verificou que as mulheres que tinham relações sexuais com coito entre as 23 e as 26 semanas de gestação tinham uma taxa menor de parto pré-termo, desde que não houvessem infecções vaginais. O autor observa, contudo, que a associação pode não ser de um efeito protector “per se” mas indicativo de saúde e de sentimentos de bem-estar da grávida.

No estudo de revisão de literatura efectuado por Silva e Figueiredo (2005) sobre a sexualidade na gravidez e pós-parto, uma das razões apontadas para a diminuição da frequência sexual, mais especificamente a nível do coito, apresentado por Bogren (1991) foi o medo de afectar a saúde da criança e a possibilidade de parto prematuro.

Na perspectiva de Soifer (1991), é importante a desmitificação deste assunto na medida em que, as relações sexuais, em especial neste período de gravidez, assumirem um carácter benéfico na harmonia conjugal, na redução da ansiedade da própria mulher e na preparação fisiológica para o trabalho de parto, pela promoção da elasticidade e flexibilidade dos músculos perineais.

Relativamente à “Posição de cócoras”, foi apontado:

“Ah, que não me posso pôr de cócoras, (...) Dizem que o útero desce (...) Ou vai para baixo, é uma coisa assim (...)” (E4)

“A minha mãe já me disse “não te ponhas de cócoras, que isto faz mal ao bebé”. [mãe da participante interpelou e referiu que não prestava pelo menos no início, uma vez que a sua própria mãe já lhe dizia e também a sogra, porque podia provocar o aborto] (E8)

Pensamos que a adopção a esta posição possa estar intimamente ligada à ideia transmitida ao longo das gerações, da postura adquirida pelas mulheres ao terem os seus filhos em casa no momento expulsivo, como é evidenciado por Nunes (1997).

O “Contacto físico com animais” é representado por uma participante como uma pratica a evitar:

“Deste que fiquei grávida sempre me disseram que não se podia mexer em cães, em gatos e eu sempre evitei isto (...) Que pode vir com pêlos (...). Porque tem uma pequena aqui (...) que está cheia de pêlos nos braços. Dizem que aquilo é porque a mãe quando estava grávida dormia com um cão e depois a pequena nasceu assim.” (E4)

A associação feita entre os pêlos de um animal e a lanugo característico do recém-nascido é entendida como uma forma de contágio directo através do toque da grávida em um animal com pêlo.

Na perspectiva de Couto (2000), na origem de algumas interdições deste tipo, podem estar formas de evitar possíveis alergias ao pêlo dos animais.

Na categoria **Momento ideal de realização de tarefas**, estão presentes actividades relacionadas com o futuro bebé cujo cumprimento deve ser respeitado pelas grávidas para que a continuidade do processo de gravidez se dê com sucesso.

Este aspecto é defendido por Kitzinger (1996) como uma causa directa da ansiedade, muitas vezes, vivenciada pelas mulheres grávidas, nomeadamente, pelas primigestas, relacionado com o medo do desconhecido, verbalizando que a gravidez é por elas entendida como “ (...) um caminhar num campo minado de perigos ocultos.” (p. 82), ao qual não devem transgredir.

Neste sentido, encontramos “Preparar o berço apenas após o nascimento” assim verbalizado pelas participantes:

“ (...) que não prestava montar o berço antes da maternidade acabar (...) só quando o bebé vier para casa (...). Ela diz que os bebés não duram muito tempo, se montarmos o berço antes (...) que não presta.” (E1)

“ (...) a minha sogra disse “ ah, isto não presta montar o berço.” (...) “Diz-se que dá azar ou que as coisas correm mal.” (E10)

No mesmo contexto surge “Adquirir roupa para o bebé depois do 1º trimestre”:

“ (...) também dizem, que não presta comprar roupa para o bebé antes dos três meses. Dizem que antes dos três meses é mais provável o bebé (...) tipo (...) ter um aborto espontâneo (...)” (E3)

“Mas nunca me deu para comprar porque diziam assim “até aos três meses tu podes ter um aborto”, a gravidez nunca é segura.” (E12)

Ainda relacionados com estes aspectos deparamo-nos com “Preparar o enxoval depois de saber o sexo”:

“Diz-se que não se deve comprar as coisas muito cedo, quando se souber o que é, compra-se, mas antes disso não vale a pena comprar muito cedo (...) Dizem que dá azar...” (E5)

Considerar que há um momento adequado para preparar e fazer tarefas próprias ao longo da gravidez é referido por Ketzinger (1996) num estudo feito na Jamaica, relativamente às mulheres acreditarem que não devem fazer preparativos demasiado cedo na gravidez para evitar que o feto morra.

“Anunciar a gravidez depois do primeiro trimestre” é um aspecto que também encontramos no sentido de haver um momento adequado para o fazer:

“ (...) quando eu engravidei não queria dizer a ninguém até aos três meses. (...) Porque dizem que o bebé pode vir para fora... não sei o quê. Pode-se abortar até aos três meses porque é o tempo mais delicado. E eu disse a ele “não se diz a ninguém. Quando uma pessoa for ao médico, fazer a ecografia como deve ser.”. Até, até... aos três meses eu acho que era melhor.” (E11)

Segundo Joaquim (1983) as mães evitam anunciar precocemente a gravidez para afastar os “maus-olhados” o que poderia ter repercussões no feto, tornando-o mais vulnerável.

Quanto à categoria **Relativamente à alimentação**, é caracterizada no estudo em causa por alimentos interditos à grávida, bem como determinado comportamento a evitar neste período

A alimentação na gravidez constitui um aspecto importante para o desenvolvimento fetal saudável. Em torno deste assunto, existem diversas

crenças populares sobre “Alimentos proibidos”, tais como as apresentadas pelas participantes:

“Dizem que não presta comer morangos porque fazem alergia ao bebé (...) ou atum” (E1)

“ (...) não presta salva porque acelera o parto” (E10)

“Disseram-me que o café não era (...) pronto, era abortivo!” (E11)

“ (...) uma vez uma senhora que me disse, a salsa. (...) dizem que a gente não pode comer salsa em excesso. (...) Dizem que a salsa tem uma coisa qualquer que gera o aborto” (E12)

A proibição de ingestão de determinados alimentos por parte da grávida como consequência nefasta à progressão da gravidez e causadora de aborto é identificada por vários autores já referenciados na pesquisa bibliográfica do enquadramento teórico, como uma crença popular variável nas diferentes culturas (Barbaut, 1991; Kitzinger, 1996; Couto, 1994,2000).

No que se refere a “Comportamento alimentar” das grávidas apenas uma participante se dirige a este aspecto:

“Ele disse que nos últimos dois meses de gravidez, se a grávida não come depois do jantar, petiscar ou coisa assim, provavelmente o bebé não vai acordar durante a noite para comer.” (E3)

Esta crença traduz um aspecto desaconselhado na gravidez pois o jejum nocturno não deve ser prolongado e a grávida deve fazer uma ceia de modo a manter os níveis de glicemia equilibrados.

Neste tema, surge-nos ainda a categoria **Previsão das características físicas do recém-nascido** nomeadamente através da “Azia” materna:

“ (...) dizem que quando uma pessoa está cheia de azia, é o cabelo a crescer, muito do bebé.” (E10)

Durante a nossa vida pessoal e profissional muitas vezes nos apercebemos desta crença. Couto (2000) referindo Costa (1988) confirma que as mães acreditam que é a cabeleira do feto que com as suas cócegas lhes provoca

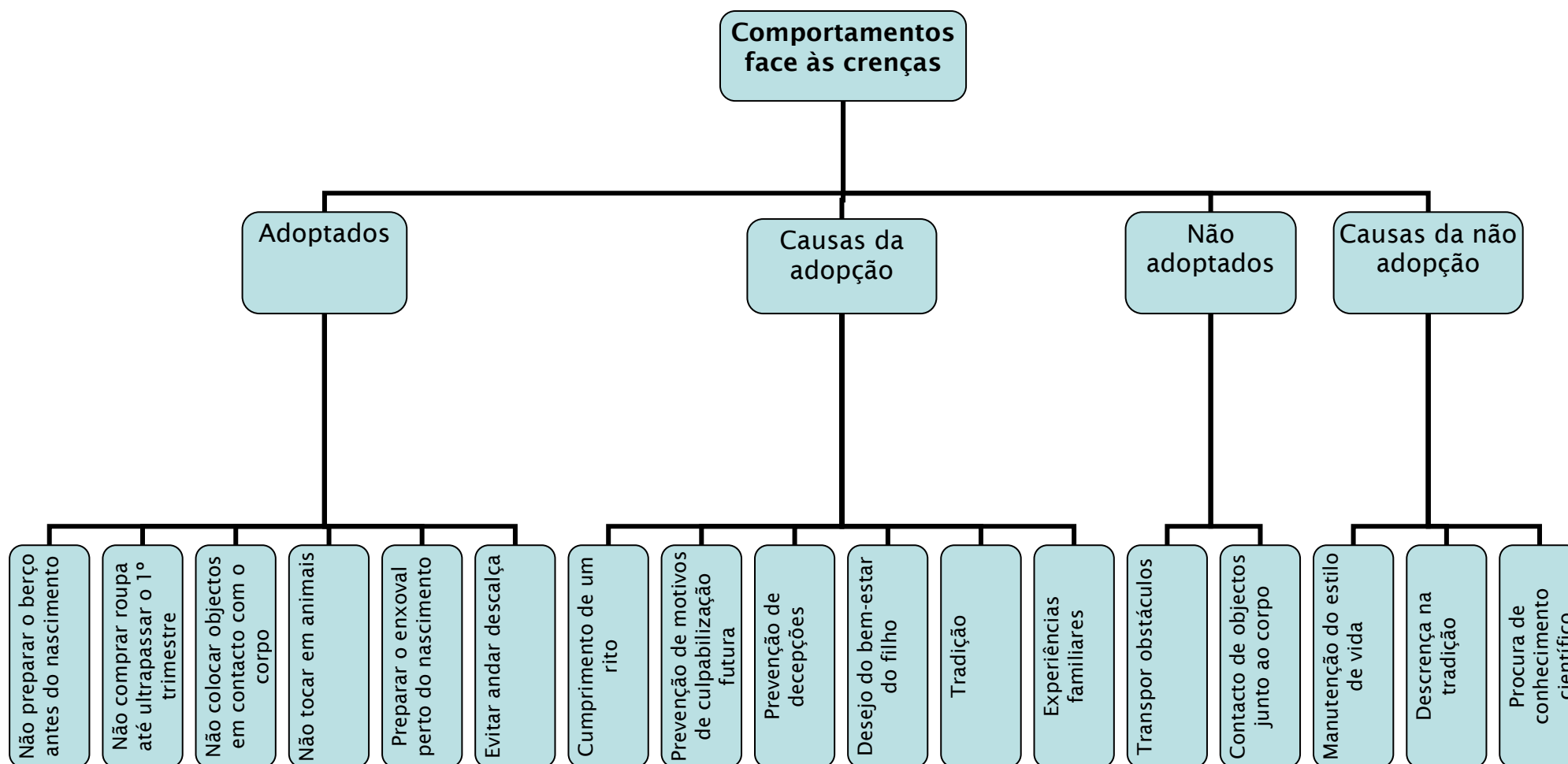
azia. Crença idêntica é indicada por Martins (1994), igualmente citado por Couto (2000), como ocorrendo na ilha Terceira, Açores.

1.2 – COMPORTAMENTOS FACE ÀS CRENÇAS

Por comportamentos face às crenças entendemos que perante a existência de uma crença houve comportamento em conformidade.

Tal como apresentamos na Figura nº3, as grávidas adoptam ou não comportamentos relativamente às crenças, com razões referidas num e noutro sentido.

Figura nº 3 – Representação esquemática do tema central: Comportamentos face às crenças



Quanto aos Comportamentos Adoptados encontrámos: Não preparar o berço antes do nascimento; Não comprar roupa até ultrapassar o 1º trimestre; Não colocar objectos em contacto com o corpo; Não tocar em animais; Preparar o enxoval perto do nascimento; Evitar andar descalça. As Causas da adopção foram: Cumprimento de um rito; Prevenção de motivos de culpabilização futura; Prevenção de decepções; Desejo do bem-estar do filho; Tradição; Experiências familiares. Quanto aos Comportamentos não adoptados verificámos: Transpor Obstáculos; Contacto de objectos junto ao corpo. As Causas da não adopção foram: Manutenção do estilo de vida; Descrença na tradição e Procura de conhecimento científico.

Na categoria **Adoptados** vemos que há uma coerência com as crenças apresentadas no tema anterior. Justificamos este facto ao identificarmo-nos com Corbett (in Lawdermilk e Perry, 2008) quanto a que, mesmo sendo a gravidez considerada como um estado normal, em todas as culturas espera-se que a grávida garanta um bom resultado final com práticas que têm por objectivo prevenir qualquer doença da mãe e proteger o feto. Assim, há comportamentos advindos das crenças que são reguladores das diversas actividades diárias.

Na concepção de Diniz (2004), os comportamentos por nós adoptados são orientados, não só por factores externos inerentes ao meio que nos envolve mas também pelas crenças e desejos que possuímos.

Um dos comportamentos adoptados é “Não preparar o berço antes do nascimento”:

“O berço, não tenho. Não tenho montado. Só vai ser montado naquela altura quando eu for para baixo, quando (...) não vale a pena montar assim tão cedo.” (E9)

“Uma diz que é fazer a cama, outra diz que é montar o berço e eu por sim, ou, pelo não, não monto o berço e nem faço a cama.” (E11)

Não encontrámos qualquer alusão em trabalho de investigação a esta crença mas vários sítios da internet apresentam este tipo de crença. Estes são de origem portuguesa: Não se deve fazer a cama (colocar os lençóis na cama) antes da criança nascer!!!;...não fazer a cama antes do bebe entrar em casa;

verificámos a existência de variantes desta crença, indo desde não montar o berço até o poder fazer mas não colocar a roupa de cama⁷

Neste nosso estudo vemos que estes dois comportamentos existem: não colocar a roupa na cama e nem sequer a montar.

Verificamos que, coerentemente com a crença anterior também há o comportamento de “Não comprar a roupa até ultrapassar o 1º trimestre”.

“Teve pessoas que me ofereceram, mas eu comprar, não comprei nada antes dos três meses.” (E3)

Uma vez mais não conseguimos obter textos científicos sobre o assunto mas a internet voltou a ser um recurso interessante com crenças que são semelhantes no nosso país:...não comprar nada para o enxoval do bebe antes de 3 meses de gestação;⁸

Também se verifica o “Não colocar objectos em contacto com o corpo”:

“Desde o momento que eu soube disto, retirei o avental, canetas e tudo, nunca mais voltei a pôr. E até agora não tenho qualquer contacto com a minha barriga e já estou tão acostumada que não gosto de nada a irritar, ou, a picar (...) não gosto.” (E12)

É de novo na internet e em fóruns em que as mães trocam impressões e partilham experiências que encontramos semelhanças. Sublinhamos que as grávidas que escrevem nos fóruns o fazem em jeito de curiosidade, afirmando muitas que não acreditam se bem que há quem refira que aconteceu mas “pode ser só coincidência”, o que nos leva a pensar que há uma base de, pelo menos dúvida e de eventual aceitação da crença, gerando um comportamento. Por exemplo se uma grávida cheirar uma flor, o bebé nasce com uma marca no corpo dessa flor; A futura mãe não se pode esquecer de nada nos bolsos da roupa, senão o objecto fica marcado na criança, que nascerá com uma mancha com esse formato; Pois bem, a minha mãe quando estava grávida da minha irmã andou na apanha da azeitona e tinha uma camisola com bolso à frente. Deixou cair uma folha para o bolso e só se deu conta mais tarde. Verdade é que a minha irmã tem um sinal na perna que é igualzinho ao de uma folha de

⁷ <http://passo-passo.blogspot.com/2007/05/respostas-supersties.html>

⁸ <http://demaeparamae.pt/forum/mitos-crencas>

oliveira... Pode ser só coincidência é claro⁹ Um blog com crenças de Felgueiras apresenta a seguinte crença: as grávidas não podem cheirar flores porque o filho nasce com o formato da flor que cheirou.¹⁰

Uma grávida refere que adoptou o comportamento de “Não tocar em animais”:

“Eu tenho gatos em casa, mas eu não toco neles. Nos pêlos dos gatos, nem dos cães, nem em nada.” (E9)

Nos estudos de Couto (1994; 2000), são muitas as crenças descritas sobre a interdição da mulher grávida tocar em animais sob pena de o bebé nascer com marcas no corpo relacionadas com o animal que a mãe tocou.

Para além disto, voltámos a encontrar comportamentos na internet, o que em nosso parecer, mostrou o quanto as crenças das nossas participantes existem para além da ilha e mesmo do arquipélago. No blog de Felgueiras acima referido está escrito: uma mulher grávida não pode mexer em animais¹¹. Uma grávida demonstra que conhece esta crença mas não acredita nela: E a minha gata tinha por hábito encostar o focinho à minha barriga e encostar-se a mim e as tais das marcas que diziam que o Rafael ia ter...nada!¹²

Questionamo-nos se na base desta crença não pode estar o risco de transmissão de algumas zoonoses como a toxoplasmose, particularmente relacionada com gatos. Tal como Perry, DiPietro e Castigan (1999) referem, apesar de algumas crenças não possuem fundamento plausível outras têm uma base biológica.

Por outro lado e num sentido diferente, Loux (1983) explica que, principalmente em populações rurais é frequente a analogia e a comparação entre o corpo humano e o dos animais.

A mesma participante também adopta o comportamento de “Preparar o enxoval perto do nascimento”:

⁹ <http://demaeparamae.pt/forum/mitos-crencas>

¹⁰ <http://crenecasemitosdefelgueiras.blogspot.com/2006/05/crenas-e-mitos-interpretacao-dos-sonhos.html>

¹¹ <http://crenecasemitosdefelgueiras.blogspot.com/2006/05/crenas-e-mitos-interpretacao-dos-sonhos.html>

¹² <http://demaeparamae.pt/forum/mitos-crencas>

“ o enxoval, ainda não tenho nada preparado (...) Portanto, eu mais para lá é que preparo, em Março, quando estiver já pertinho.” (E9)

Anteriormente já nos referimos a este tipo de práticas.

Outra participante, seguindo a sua crença, adopta o comportamento de “Evitar andar descalça”

“ (...) e eu fui logo calçar os chinelos. Também eu nem gosto de andar descalça, aquilo foi só uma vez que eu pus os pés no chão por uns instantes.” (E 12)

Não encontramos qualquer explicação nem crença análoga a esta se bem que de modo comum na nossa população existem crenças relacionadas com o não andar descalça quando se está menstruada. Apontam-se várias razões, nomeadamente o risco de abdominalgias, infecções urinárias e dismenorria.

Quando nos debruçamos sobre as **Causas da adopção** dos comportamentos anteriores, apreciam razões como “Cumprimento de um rito”:

“Acreditar em azares, eu não acredito. Mas montar, também não montei.” (E3)

“Sim, arriscava (sorriu). Ainda estou naquela dúvida se monto, se não monto (...) mas como já são duas pessoas a dizerem (...) começo já a pensar, será que é mesmo? Pode ser coincidência daquelas pessoas (...) mas pronto, não vou dizer que sigo mesmo ou que acredito em cem por cento naquilo, mas vou ver, ainda não.” (E6)

Nestes casos parece-nos existir a necessidade de cumprir um rito, o que possivelmente se liga a uma superstição, como nos casos em que popularmente dizemos “Eu não acredito em bruxas, mas que elas existem, existem”.

Neste sentido, Diniz (2004) mencionando Engel (1995), faz alusão ao facto de ser possível duvidarmos daquilo que dissemos acreditar, das nossas crenças mas que, apesar de podermos não estar seguros da veracidade das mesmas, a sua aceitação é um acto voluntário de cada pessoa. Assim e, de acordo com a

perspectiva deste Engel (1995), citado por Diniz (2004), a crença é “um estado mental que dá o seu *assentimento* a uma certa representação, ou que conduz a *juízos* cuja verdade objectiva não é garantida e que não é acompanhada de um sentimento de certeza” (p. 21).

Julgamos ainda, que na origem destes comportamentos adoptados pelas participantes, possa estar patente a necessidade de manterem a sua identidade social dentro do grupo em que estão inseridas. Como é salientado por Abelson (1989), citado por Couto (2000), o abandono ou alteração de uma crença pode originar no indivíduo constrangimentos perante os outros indivíduos da sociedade e até sentimentos de repulsa por parte dos mesmos.

Outra razão indicada foi “Prevenção de motivos de culpabilização futura”:

“Eu acredito porque pode acontecer e a pessoa pode ter (...) não é um desgosto, porque a pessoa não tem culpa da criança vir assim, mas vai-se sentir ressentida, vai-se sentir “porque é que eu fiz isto?” (E9)

Acima já nos referimos como Corbett (in Lawdermilk e Perry, 2008) explica que as grávidas adoptam práticas que lhes permitam assegurar uma gravidez equilibrada e proteger o feto, as quais são emanadas por normas sociais de comportamento. Parece-nos então, que ao transgredir e acontecendo alguma situação desagradável, a possibilidade de culpabilização é uma realidade que esta grávida faz por evitar.

No mesmo sentido que o anterior, não para evitar culpabilização futura mas para “Prevenção de decepções” encontramos outra participante que nos relata:

“Antes dos três meses eu não comprei nada. (...) eu tive aquele medo de me afeiçoar tanto à gravidez e depois ter uma decepção, por isto nunca quis comprar nada. (...) Aos cinco meses é que soube que ia ter uma menina e a partir daí é que comecei a comprar o enxoval. Mas mais, mais, mais, a partir dos sete meses. (...) Porque eu senti-me segura. Até aos sete meses, comprava mas não era um comprar à vontade, apesar de saber que era uma menina. Comprei tudo a partir dos sete meses.” (E12)

no nosso entender, a intenção de evitar decepções, assemelha-se à associação anteriormente referida dado que e em consonância com Abelson (1989), citado por Couto (2000), alterar uma crença implica mexer com valores e princípios que se defende, podendo causar momentos de grande desconforto no indivíduo.

Ainda de modo coerente com os dois anteriores, esta última participante apresenta como causa o “Desejo do bem-estar do filho”.

“A gente tem que acreditar, não é? Porque desde o momento que tu ficas grávida não sabes nada, é tudo novo para ti. Então tudo o que te dizem que não presta, tu aceitas bem porque não queres que nada aconteça ao teu filho, não é? (...) Tudo o que dizem que não presta para o bebé eu acabei por não fazer porque a gente não quer que aconteça nada ao nosso bebé, não é?” (E12)

Este comportamento pode ainda ser explicado pelo modelo expectativa-valor desenvolvido por Fishbein (1967), citado por Stroebe & Stroebe (1999) e Lima (2000), no sentido que a conduta adoptada pela participante é mediada pelo valor que atribui ao filho, querendo o melhor para ele.

Ainda em termos de causas de adopção, temos a “Tradição”:

“É sempre aquela coisa (...) não sei, as pessoas dizem que dá azar e eu tenho medo que aconteça alguma coisa. (...) Não sei. Pode acontecer alguma coisa a mim, ou à criança, ou, vir alguma coisa mal. Pronto, dizem, às vezes (...) não quer dizer que tudo o que dizem, nós acreditamos, mas ...às vezes as pessoas mais antigas, dizem mais coisas à gente. (...) Por isso, é que a gente tem sempre aquela coisa.” (E9)

“E são estas coisas que me foram acompanhando na minha criação, que a gente tem que acreditar. Superstições antigas.” (E12)

A tradição, segundo Loux (1983) tem várias concepções: a primeira como doutrina ou prática religiosa ou moral transmitida ao longo dos séculos pela palavra e pelo exemplo, a segunda como modos ou conjunto de modos de pensar, fazer ou agir que são uma herança do passado. Há, ainda de acordo

com a mesma autora, a tradição viva, que se transforma enquanto é transmitida de geração a geração, integrando elementos e abandonando outros para se adaptar à realidade.

Uma última causa encontrada para a adopção de comportamentos foram “Experiências familiares”

“Mas também não vou dizer que acredito plenamente nisto porque nunca vi um caso destes. Mas tenho um caso na família que nasceu com um trevo na cabeça.” (E12)

As experiências familiares são fonte de aprendizagem e de transmissão de crenças. Loux (1983) explica que a criança aprende comportamentos e papéis sociais na família. Esta aprendizagem faz-se por imitação, exercendo um controlo social e uma importante educação sobre o corpo e as suas várias funções

Neste tema surge a categoria **Não adoptados** referindo-se à não adopção de comportamentos mesmo quando a grávida tem conhecimento de crenças.

Um dos comportamentos não adoptados diz referência a “Transpor obstáculos” e o outro é “Contacto de objectos junto do corpo”

“ (...) se passasse o degrau, ou, se alguém me metesse alguma coisa na algibeira, não fazia mal.” (E2)

Esta grávida com o seu comportamento e palavras demonstra que acredita que nenhuma das práticas seja nefasta à gravidez.

No que se refere ao “Contacto de objectos junto do corpo” há mais gestantes a referi-lo:

“Que não se pode usar cintos. Mas eu uso sempre! (...) Eu uso. Eu desabotoo o botão e uso o cinto mais larguinho, mas não é apertado.” (E4)

“Ainda ontem, era aqui no casaco, pôs as chaves dentro da algibeira do casaco.” (E11)

Comte (1974), citado por Diniz (2004), afirma que só é verdadeiro o que é eficaz, pelo que as pessoas tendem a avaliar as crenças de acordo com um

critério de utilidade que produzem, como por exemplo, felicidade e desejo, satisfação.

Quanto à categoria **Causas da não adopção**, ficamos a saber porque é que as grávidas não adoptam comportamentos relativos a crenças que se manifestaram.

Uma das causas é “Manutenção do estilo de vida”:

“Eu tenho feito o normal (...) tudo, o que eu fazia antes.” (E8)

Apesar de não explicar porque o faz, verifica-se que a grávida mantém o seu estilo de vida o que provavelmente tem a ver com a maior importância que atribui ao mesmo do que a crenças às quais não aderiu.

A “Descrença na tradição” é indiciada por duas participantes:

“É. Isto também são coisas antigas (...). Isto, eu não acredito.” (E4)

“Eu não acredito. (...) Eu para acreditar tenho que passar pelas coisas. Pronto, não vou dizer (...) por isto, quando é estes ditos, eu não vou dizer que as pessoas não passaram por isto, mas eu não acredito.” (E10)

Para Loux (1983) a sociedade actual é pautada por saberes escolares e universitários, incluindo o saber sobre o corpo. O saber médico torna-se predominante.

Por fim, neste tema e categoria surge “Procura de conhecimento científico”:

“As pessoas não tinham uma mente muito aberta como têm hoje em dia e acreditavam em tudo o que lhes diziam. Hoje não. Só acreditamos se for provado cientificamente, se não for a gente não acredita. (...) Provavelmente, ou, por não ter conhecimento dos tais mitos.” (E7)

“Eu não acredito muito nisto (...) Principalmente porque (...) Eu consulto muito a Internet, por isto, estas crenças, eu não acredito muito nisto.” (E3)

Acima referimo-nos a como Loux (1983) constata que os saberes escolares e universitários predominam cada vez mais nas sociedades actuais, em

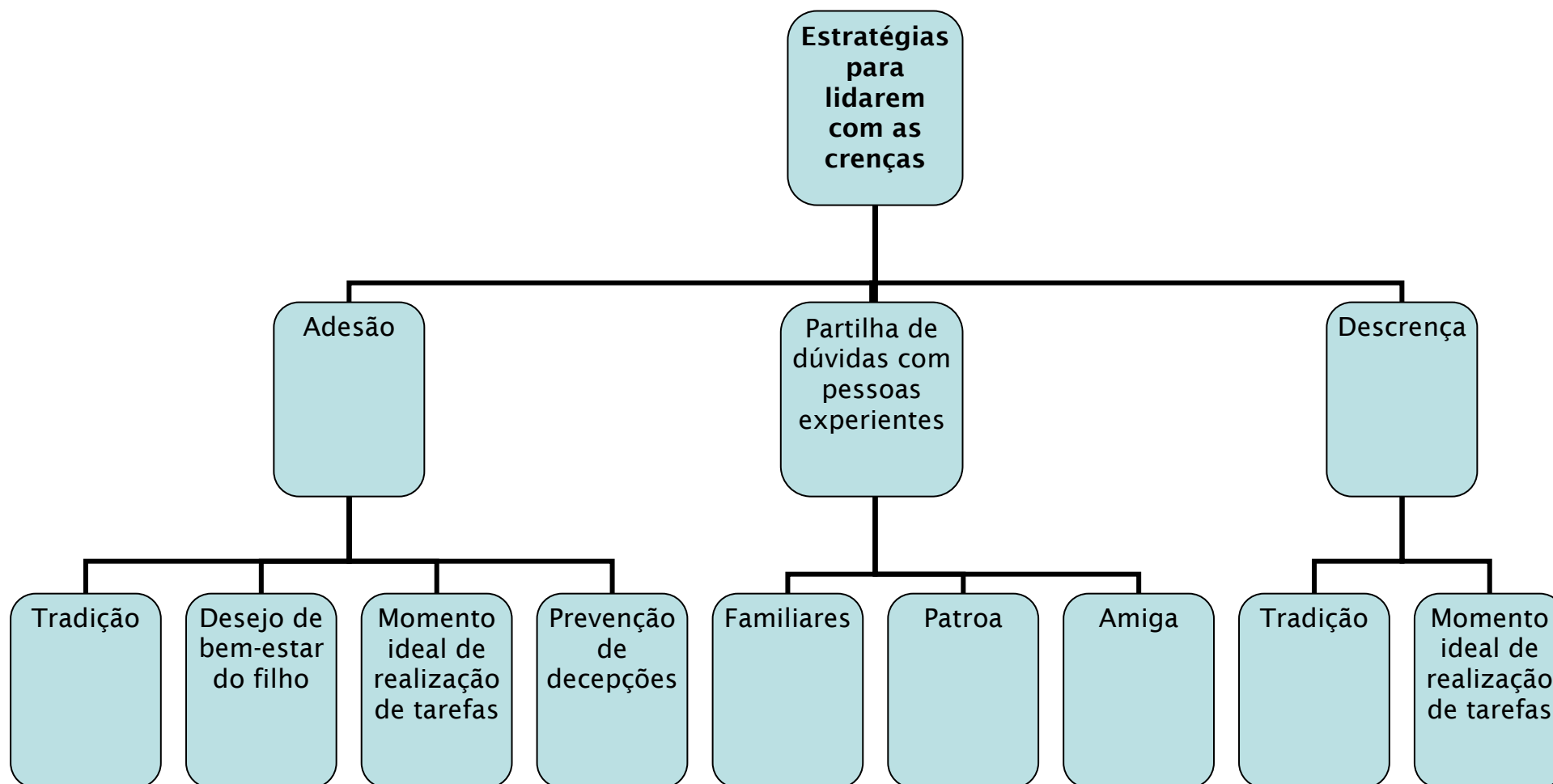
detrimento da tradição. Isto é coerente com o descrito por Behrmann (2005) em como valores de uma cultura científica e masculina, logo positivista, valoriza cada vez mais o saber científico.

1.3 – ESTRATÉGIAS PARA LIDAREM COM AS CRENÇAS

Para lidarem com as crenças as grávidas utilizam estratégias. Por adesão, entendemos quando a gestante cumpre os ditames relacionados com as crenças que detêm.

Este tema (Figura nº 4) engloba três categorias: Adesão, Partilha de dúvidas com pessoas experientes e Descrença.

Figura nº 4 – Representação esquemática do tema central: Estratégias para lidarem com as crenças



A estratégia mais representada é a Adesão que agrupa Tradição; Desejo de bem-estar do filho; Momento ideal de realização de tarefas; Prevenção de decepções. A Partilha de dúvidas com pessoas experientes inclui: Familiares, Patroa e Amiga. Relativamente à Descrença, a mesma tem a ver com Tradição e Momento ideal de realização de tarefas.

Enquadrámos as palavras de uma participante na “Tradição”

“ (...) Dizem que é coisas assim, de feitiços (...) Eu não acredito nada disto, mas (...) Não custa a pôr. Não. Porque até, eu não acredito nestas coisas de que alguém possa fazer mal. (...) Mas pronto, isto como são coisas que vêm de família, de trás e tudo, não custa pôr a tesoura. (...) Porque é coisas que a minha mãe diz, que é sempre bom pôr (...) Eu não acredito que possam fazer mal, mas ao mesmo tempo não custa nada pôr, sempre (...).” (E8)

Vemos que, mesmo afirmando que não acreditando em nada disto, esta participante não facilita e considera melhor cumprir pois “é sempre bom pôr”.

Já nos referimos a como Behrmann (2005) explica que a ciência se torna cada vez mais dominante no quotidiano das pessoas. Porém, estas participantes preferem não arriscar e, mesmo reconhecendo que são tradições, o peso destas mantém-se como forma de controlo de comportamento. Fundamentamos isto no que Loux (1983) refere: os fenómenos culturais possuem a sua própria realidade e têm como uma das suas funções essenciais a manutenção da coesão de um grupo.

“O desejo do bem-estar do filho” é induzido pelas palavras da seguinte participante:

“Começo a imaginar mil e uma coisa. Fico sempre com medo. (...) Não fazendo aquilo que propriamente pode ser mau. Mantenho-me sempre calma, não abusar nem exagerar em nada. (...) Estas coisas que podem prejudicar a criança e isto eu não quero.” (E9)

A qual, de um modo coerente vem demonstrando como o bem-estar da criança lhe é importante e pode estar relacionado com práticas culturais e crenças, as quais respeita.

Em concordância, Couto (2000) salienta que o medo sentido pela grávida se não adoptar comportamentos coerentes com as crenças, pode prejudicar o bebé, traduzindo-se então, numa estratégia de “coping” com a finalidade de se sentir melhor com ela própria.

Quanto ao “Momento de realização de tarefas” é assim participado:

“Antes dos três meses guardar assim, mais para nós. Pronto, não chegou aos três meses e até fiquei um bocadinho aborrecida e disse-lhe “não. A gente disse que até aos três meses e não tinhas nada que disser”, mas pronto, depois foi uma alegria com toda a gente. (...) Mas disse: “não quero receber nada. Só quando passar os três meses, quando fizer quatro aí também”.” (E11)

Este momento adequado diz respeito ao anúncio da gravidez a outras pessoas que não o casal

Neves (1994) e Martins (2003) associam a ocultação da gravidez nos primeiros tempos como forma de evitar a exposição do feto frágil à influência dos “maus olhares” do mundo exterior, levando assim e muito vulgarmente, a que esta seja divulgada só a partir do quarto mês em que se comece a notar aumento do abdómen grávido.

Outra participante coerente no seu discurso quanto ao “Prevenção de decepções” é a participante 12 que nos refere:

“Porque eu acho que é muito triste a gente se afeiçoar à ideia que se vai ter um filho e aos três, quarto meses perde-se. (...) E é muito pior ter-se coisas que ia ser para o filho.” (E12)

Julgamos que na base desta estratégia, está presente uma atitude mental da participante relativamente à crença “Adquirir roupa para o bebé depois do 1º trimestre”, tal como podemos verificar no seu discurso apresentado anteriormente nesta mesma categoria, atribuindo assim, um sentido ao seu comportamento coerente com esta crença. Tal como, já foi referido por Lima (2000), as atitudes podem ser expressas pelos comportamentos.

Assim e, no nosso entender, esta perspectiva pode ser percebida pela *Teoria de Acção Reflectida*, descrita no enquadramento teórico, de Fishbein e Ajzen

(1975), citado por Stroebe & Stroebe (1999), cujo comportamento adoptado pela participante resulta de uma avaliação prévia das consequências da acção.

Para lidarem com as crenças, algumas grávidas **Partilham dúvidas com pessoas experientes.**

Helman (2003) aponta para o facto de que em todas as sociedades as pessoas têm necessidade de procurar assistência à saúde no domínio leigo, não profissional, onde recorrem facilmente a conselhos de parentes, amigos ou pessoas significativas.

Destas, surgem os “Familiares”

“Já falo nisto em casa e já tenho mais uma orientação de pessoas mais antigas (...). Às vezes, com a minha sogra ou com a minha mãe que já têm mais certa idade. Eu costumo a falar.” (E9)

Neste relato é perceptível a importância que a mãe e sogra da participante assumem na orientação dos seus comportamentos, ligada ao facto de serem mais velhas e possuírem mais experiência. Este aspecto vai ao encontro do que é exposto por Couto (2000) relativamente ao papel fundamental e privilegiado atribuído à mãe da grávida como fonte de transmissão de crenças.

Uma das participantes aponta a patroa como a pessoa experiente com quem partilha as suas dúvidas:

“É bom termos pessoas já experientes. Às vezes, dores que a gente tem ou certos desconfortos, vamos ter com uma pessoa que já esteve grávida saber se é normal, porque tudo é novo. E por acaso nestas coisas foi ela que me avisou e qualquer coisa que eu tenho eu vou ter com ela por ser experiente, mãe de três filhos, uma pessoa leva a sério! (...)” Pergunto a quem já esteve grávida ou está a passar o mesmo do que eu e realmente é tudo normal (...). Falo muito com a minha patroa (...) Já é mãe de três filhos. (...) Perguntava a ela, porque é a pessoas que eu lidava todos os dias.” (E12)

A amiga é a outra pessoa com quem uma das nossas participantes conta para lidar com as crenças:

“ (...) com a minha amiga C. e é melhor a gente ouvir de quem sabe, do que por quem não passou, não é? Lógico que a gente fica mais por uma pessoa que já passou do que por uma pessoa que não sabe o que é uma gravidez.” (E12)

A procura de informação em pessoas que já vivenciaram a gravidez, como é explícito no discurso da participante 12, na patroa ou na colega, é igualmente apontado no estudo realizado por Couto (2000), como fonte análoga de transmissão de crenças, com o intuito de reproduzirem a informação valorizada no desempenho do seu papel de mãe.

A outra categoria deste tema é **Descrença**, o qual surge relativamente à “Tradição”:

“ (...) na minha opinião isto são coisas tolas. Agora, quando são coisas muito graves, tudo bem, uma pessoa não faz, ou, coisa assim (...). O que tiver que acontecer, acontece. (...) Agora, eu sei lá se é pela cara, se é pela barriga. Porque é assim, as mães dizem: “tive três filhos, em que este foi diferente, aquele foi assim e o outro foi assim”. Por isto, uma pessoa não se pode basear como foi parecido a mim, por exemplo “como estás igual a mim, vai ser um rapaz ou uma rapariga”” (E10)

O facto de a participante não acreditar em aspectos transmitidos por outras pessoas, leva-nos a pensar que pode estar relacionado com a forma como ela organiza toda a informação no seu sistema de crenças, atribuindo-lhe um significado e consentimento resultante das justificações verbais, como é salientado por Couto (2000) ao fazer *referência ao Sistema de Crença – Descrença (Belief – Disbelief – Sistem)* identificado por Rokeach.

Há ainda a descrença no “Momento ideal de realização de tarefas”:

“ (...) dizem que não presta, mas isto eu não sou muito de acordo porque (...) porque eu acho que cada caso é um caso, se ela tiver que nascer bem, ela nasce e se tiver que acontecer que ela nasça com problemas, para mim é, eu é que vou sofrer com isto. Agora, não é porque eu tenho a roupa dela preparada (...) Qual é a diferença de se ter a roupa dela prontas no saco para ir para o hospital e de se ter as roupas dela arrumadas no armário? Eu

não vejo diferença nenhuma nisso, qualquer uma das coisas vão te chocar (...) Porque é uma alegria poder preparar o enxoval do nosso filho, a gente não pode pensar que alguma coisa vai correr mal. (...) Mas eu não acho que fazer uma cama, ter um brinquedo ou ter um carrinho preparado, vá dar azar! E quando me falam nisto, eu acho uma estupidez. Acho, porque se está a ter uma gravidez saudável, se estamos a ser seguidas todas as semanas, se está a mexer bem, qual é a razão que a gente vai pensar que vai correr tudo mal.” (E12)

São vários os aspectos que a grávida coloca em causa porque na sua base ideal está a alegria de preparar tudo para a criança que está a chegar.

Na nossa opinião, este aspecto pode estar associado ao que é apresentado por Rokeach (1986), citado por Diniz (2004), quando se refere ao carácter não universal de uma crença, em que um indivíduo pode não partilhar determinada crença de forma unânime com o restante grupo em que está inserido, não provocando prejuízos no próprio nem na relação com os outros. Ainda, na perspectiva do mesmo autor (1986) as crenças que estão na base desta discordância, são as que estão relacionadas com o livre arbítrio do indivíduo.

1.4 – MOTIVOS DA AUSÊNCIA DE PARTILHA DE CRENÇAS COM OS ENFERMEIROS DURANTE A CONSULTA DE VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL

A génese deste tema tem origem numa questão efectuada às participantes durante a colheita de dados, com a finalidade de dar resposta ao quarto objectivo desta investigação, “Reconhecer o modo como estas partilhavam as suas crenças com os enfermeiros durante a consulta de vigilância pré-natal”. Após a análise dos relatos constatamos que não havia partilha de crenças entre primigestas e enfermeiros, como se pode verificar nos seguintes excertos:

“Não (...). Já falei sobre algumas dúvidas que tinha, em relação às comidas e coisas assim, mas em relação as estas coisas assim, não.” (E2)

“Não (acena negativamente com a cabeça). Destas coisas eu nunca falei. Mas tipo, o que me preocupava (...) até aos cinco meses, mais ou menos, eu nunca senti o bebé.” (E3)

“Não, por acaso não. (...) Não sei. Geralmente fala-se sobre como está a correr, sobre o que se deve fazer.” (E6)

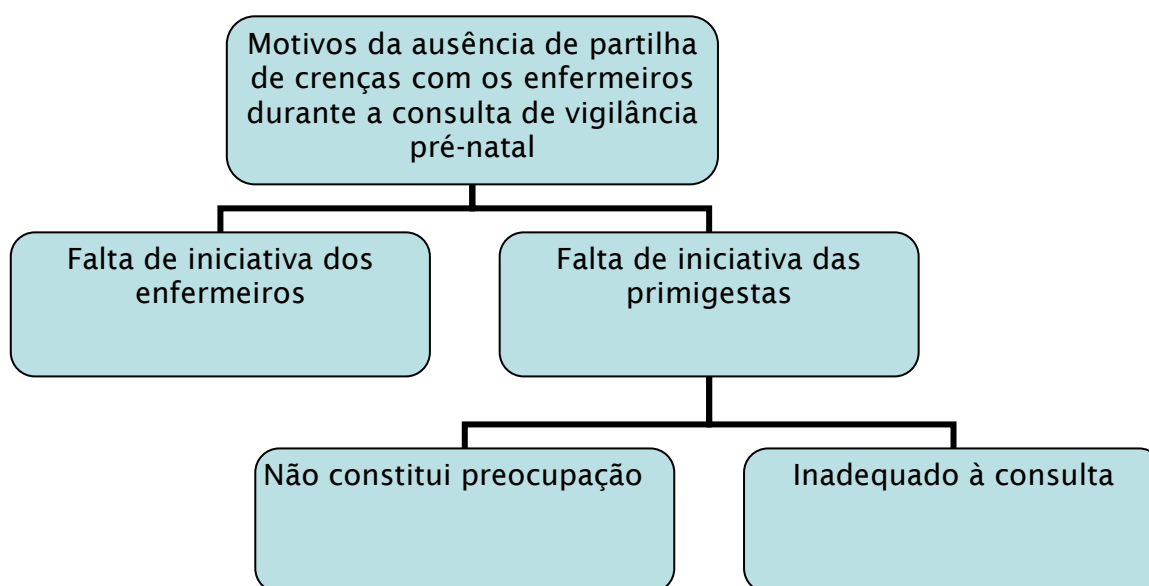
“Às vezes, nem sempre. (...) Nunca me dá muito jeito para falar nisto.(...)” (E9)

“Não, eu não falei. ” (E10)

“Eu sinto-me muito à vontade com ela, mas sobre estas coisas de montar o berço (...) eu não falo em nada disto. (...) Não. O que ela me perguntou era se tinha alguma dúvida, alguma coisa que me aflija, agora crenças e assim coisas, não.” (E11)

Sentimos então a necessidade de perceber a razão da inexistência desta partilha emergindo assim, este tema. (Figura nº 5).

Figura nº 5 – Representação esquemática do tema central: Motivos da ausência de partilha de crenças com os enfermeiros durante a consulta de vigilância pré-natal



Neste tema estão representadas duas categorias: Falta de iniciativa dos enfermeiros e falta de iniciativa das primigestas. Nesta ultima categoria, encontramos como motivos: Não constitui preocupação; Inadequado à consulta.

Na categoria **Falta de iniciativa dos enfermeiros**, foram agrupados os seguintes relatos:

“Não [acena negativamente com a cabeça] Isto, elas nunca perguntaram.” (E3)

“Não. (...) Elas não perguntam também não vou falar nisso.” (E4)

“ Não sei (...) geralmente fala-se sobre (...) sobre, como está a correr, sobre o que se deve fazer. Por exemplo, na última consulta falou-se (...) em dar o leite, se eu ia dar o leite (...) fala-se sobre estas coisas assim, sobre os cuidados da alimentação que se deve ter. (...) Não se tem proporcionado falar acerca deste assunto assim, foi por isso.” (E6)

“Só se me perguntam. (...) Não. Não, nunca me perguntaram. Também, nunca (...) nunca abordei ninguém para falar sobre o assunto. Talvez se eu perguntasse falavam, não é?” (E12)

Estes relatos levam-nos a inferir que durante as consultas de vigilância pré-natal os enfermeiros não questionam as grávidas sobre as suas crenças.

Para Helman (2003), o conhecimento do papel das crenças e dos comportamentos culturais referentes à saúde e doença de uma comunidade, torna-se fulcral na assistência de saúde à mesma como forma de identificação de políticas assistenciais adequadas às realidades dos indivíduos.

O conhecimento do sistema de crenças das grávidas, nomeadamente das primigestas, relativas a este período que estão a vivenciar, assume uma importância relevante no atendimento pré-natal por parte da enfermagem permitindo ao enfermeiro não só identificar as necessidades reais e específicas de cada mulher bem como detectar possíveis condutas que sejam prejudiciais à manutenção saudável da gravidez, como é defendido por Portelinha (2003).

Também Couto (2000), alerta para o facto dos enfermeiros integrarem, na prestação de cuidados à grávida, o modelo a que denomina, de *integrativo*, que se baseia no conhecimento das crenças que elas possuem relativamente à gravidez, como forma de adequarem os cuidados aos interesses das mesmas e de consolidar a relação de confiança entre grávidas e profissionais de saúde.

Para além dos benefícios acima referidos, Rodrigues (2008) ressalta que os cuidados de enfermagem culturalmente congruentes contribuem para a promoção das competências culturais dos enfermeiros e consequentemente para a melhoria dos cuidados de enfermagem, como já referido anteriormente neste trabalho.

Quanto à categoria **Falta de iniciativa das primigestas** para partilharem as crenças com os enfermeiros durante a consulta de vigilância pré-natal, um dos motivos que emergiu foi “Não constitui preocupação”, tal como é referido:

“Não. Não é por nenhum motivo mas, isto não é nada que me afecte, por isto não falo.” (E1)

“Também não tenho aquela preocupação de chegar lá e estar a falar naquilo, ou, (...) não é porque não me sinto bem, ou, é porque não tenho assim aquelas crenças. Talvez aquelas pessoas que tenham aquelas crenças têm a preocupação de falar mais” (E6)

“(...) também nunca foi uma coisa que me preocupasse. Nunca foi uma coisa que eu andasse a me martirizar, que eu pensasse “será que é bom?”, nunca foi. Como eu já te disse eu vivo um dia depois do outro.” (E12)

O facto de não constituir preocupação para as primigestas, a partilha das suas crenças com os enfermeiros, parece-nos estar relacionado com a importância que as crenças têm para estas participantes. Tal como, é apontado por Diniz (2004) ao citar Rokeach (1986), nem todas as crenças que possuímos têm a mesma importância, depende essencialmente, do valor social que lhes é atribuído e da procedência da transmissão. Assim e de acordo com a perspectiva do autor (2004) autor, as crenças destas primigestas podem estar ligadas a desejos e não fazem parte do tipo “crenças de autoridade” que assumem um carácter incontestável e passíveis de serem mudadas.

O motivo desta não preocupação pode ainda, estar relacionado com o duvidar do conteúdo da própria crença ou aquisição de novos conhecimentos, como é advogado por Collière (1999).

Para algumas participantes, partilhar as crenças durante as consultas de vigilância pré-natal, parece ser um assunto “Inadequado à consulta”:

“Mas já estou bem esclarecida no assunto, que não. (...) Pronto, eu falo em casa (...)” (E9)

“ Oh! Porque, isto são coisas que não têm nada a haver com (...) não sei! Eu acho que temos que perguntar coisas que tem a haver ou não com a alimentação, com a amamentação. Agora, estas coisas assim, eu acho que não!” (E11)

O explicitado pelas participantes sugere-nos que, a visão que têm sobre as consultas de vigilância pré-natal baseia-se num conjunto padronizado de intervenções relacionadas com o cuidado fisiológico da mulher e do bebé, com a finalidade de avaliar todo o percurso da gravidez, sem haver a preocupação com os aspectos psicossociológicos que possam intervir neste processo. Desta forma, leva-nos a questionar se esta conspécção tem origem no modelo biomédico ainda, tendencialmente utilizado na prestação de cuidados na enfermagem. Tal é antagónico ao defendido por Watson (2002) em relação ao conhecimento das crenças socioculturais do cliente e de todo o ambiente externo, aquando a prestação de cuidados de enfermagem, como referido anteriormente no enquadramento teórico.

CAPÍTULO IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

1. SÍNTESE E CONCLUSÕES

Partimos para este trabalho de investigação tendo como elemento impulsionador da nossa procura heurística o desejo de conhecer as crenças que as primigestas possuem relativamente à gravidez, de que modo essas crenças influenciam o seu comportamento, que estratégias adoptam para lidarem com elas e a partilha das mesmas com os enfermeiros aquando da consulta de vigilância pré-natal. Tal necessidade do conhecimento deste fenómeno provém da nossa prática profissional na prestação de cuidados directos e na docência de enfermagem, mormente durante a orientação de estudantes em ensino clínico em saúde materna e obstetrícia. A percepção que tínhamos era que este assunto era pouco abordado e talvez nem sequer valorizado.

A nossa opção por estudar apenas primigestas, relacionou-se com o facto de estas nunca terem passado pela experiência da gravidez e, assim, poderem manifestar crenças mais genuínas em termos de reflectirem a sociedade em que vivem e o modo de estar na vida e não de experiências anteriores das outras gravidezes.

Ao longo deste trabalho de investigação foram-nos surgindo constatações das quais concluímos que o contacto com as primigestas foi enriquecedor, acederam facilmente a falar do assunto, não mostrando inibição perante qualquer pergunta, o que nos leva a verificar que a metodologia adoptada para a colheita de dados foi adequada.

No que se refere ao modelo de análise, desenvolvemo-lo indutivamente atendendo aos objectivos formulados o que nos permitiu verificar a existência de coerência entre algumas crenças, comportamentos e estratégias das primigestas em dois conjuntos de crenças: Momento ideal de realização de tarefas e Restrição de actividades.

Assim, vemos que, existindo a crença de “Momento ideal de realização de tarefas”, nomeadamente no que se refere ao preparar o berço apenas após o nascimento, anunciar a gravidez e adquirir roupa para o bebé depois do primeiro trimestre, as mães adoptam comportamentos coerentes pois não preparam o berço antes do nascimento, não compram roupa até ultrapassar o primeiro trimestre. Também nas crenças de “Restrição das actividades”,

manifestava-se o não andar descalça e contacto físico com animais, que levaram à adopção de comportamentos em conformidade. Porém, nas restrições de actividades manifestadas como crenças, as mães não adoptam comportamentos no que se refere a transpor obstáculos e contacto de objectos junto do corpo.

A explicação para a adopção ou não de um comportamento de acordo com as crenças está nas estratégias para lidarem com as mesmas. Por conseguinte, verificamos que há comportamentos adoptados como referidos no parágrafo anterior a que correspondem, em alguns casos a adesão, nomeadamente por tradição, desejo de bem-estar do filho e prevenção de decepções.

Porém, a nível das estratégias para lidarem com as crenças, a tradição aparece em opostos, isto é, levando a adesão ou apontada como descrença o que nos sugere que se há primigestas ou situações em que a tradição é para cumprir, noutros casos, a sua existência não é relevante.

O que aparece de modo coerente é a correspondência entre as causas de adopção de comportamentos face às crenças e as estratégias para lidarem com as mesmas em dois aspectos: Desejo do bem-estar do filho e prevenção de decepções. Isto leva-nos a concluir que às mães interessa que a gravidez termine com sucesso, de modo que a criança seja saudável e que não sintam que qualquer comportamento seu tenha levado a consequências menos benéficas para o seu filho.

Outra conclusão que nos surge é que nas crenças que surgem e que têm a ver com situações intrínsecas à gravidez, as primigestas adoptam comportamentos que vão no sentido das referidas crenças. Porém, se estas têm a ver com hábitos e estilos de vida anteriormente existentes, como alimentos proibidos, comportamento alimentar, relações sexuais e colocar-se de cócoras, parece-nos que a “Manutenção de estilos de vida” indicados nas causas de não adopção de comportamentos explicam porque estas participantes não adoptam comportamentos concordantes, até porque nos parecem reforçados por outra causa de não adopção que é a “Procura de conhecimento científico”. Assim, é possível que com base num raciocínio mais actual e científico as mães entendam que não há propriamente alimentos proibidos na gravidez, as relações sexuais não estão absolutamente contra

indicadas nem colocar-se de cócoras é um factor directamente causal de dano à gravidez ou ao feto.

Relativamente às crenças de “Previsão das características físicas do recém-nascido” não encontrámos ligação a comportamentos nem a estratégias. O mesmo acontece com a “Previsão do sexo do bebé”.

No que se refere a “Estratégias para lidarem com as crenças”, as primigestas partilham dúvidas com pessoas experientes, nomeadamente, familiares, amiga e patroa.

Ao longo deste trabalho e relativamente a algumas crenças, pudemos constatar e verificar que existem, de modo semelhante, em outras ilhas do Arquipélago e em outros locais do país.

Toda esta investigação traduziu-se, assim, na aquisição de conhecimentos sobre a realidade da população de grávidas, nomeadamente de primigestas, constatando que havia um défice de conhecimento da nossa parte quanto ao que acreditam sobre factores que interferem ou não com a sua gestação, como se comportam e que estratégias adoptam. Foi um mundo novo que se abriu entendendo que, efectivamente, por detrás de cada primigesta está um universo que não é apenas biológico; é um universo riquíssimo do ponto de vista psicológico e cultural. Um aspecto que aqui se manifestou foi que tomámos consciência de que possuímos crenças relativamente a este assunto, o que poderia estar na génese do nosso não atendimento das crenças das grávidas. Era como se todas as pessoas fossem semelhantes e pensassem ou reagissem da mesma forma à gravidez. Neste momento a percepção que temos é que uma parte essencial da gravidez não é valorizada.

Estas considerações, no que se referem à actuação dos profissionais de saúde em geral e dos enfermeiros em particular, confirma-se quando as primigestas demonstram nos seus relatos que estes assuntos não fazem parte da sua consulta de vigilância pré-natal. Tal facto leva a entendermos “por dentro” que afinal a dimensão bio-psico-socio-cultural e espiritual acaba, possivelmente por se restringir à primeira, pois as crenças são fenómenos tão profundos e amplos que interferem com todas as outras dimensões.

Uma última conclusão prende-se com a partilha de crenças com os enfermeiros durante a vigilância pré-natal na qual verificámos que não existe.

Aprofundando para saber os motivos desta ausência de partilha, descobrimos que tal acontece por falta de iniciativa dos enfermeiros, sem haver alusão a motivos para tal. Mas também sucede por falta de iniciativa das primigestas quer por as suas crenças não constituírem motivo de preocupação para elas quer por considerarem que é um tema inadequado à consulta. Neste último caso, erguemos uma consideração que se relaciona com a eventualidade das participantes entenderem que as competências dos enfermeiros não se relacionam com aspectos psicológicos, culturais ou espirituais.

2. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Cientes de que este trabalho possui falhas e aspectos menos conseguidos que, não sendo cómodos, são factores de aprendizagem, importa reconhecer o que fizemos de menos bem, para, futuramente, melhorar o nosso desempenho.

Este estudo possui, na nossa perspectiva, limitações que se relacionam com:

- a) Não validação da análise efectuada pelas participantes do estudo, o que pode levar a que alguma interpretação do que nos relataram não seja mesmo o que nos quiseram dizer;
- b) Não aprofundamento do conteúdo das categorias “Previsão das características físicas do recém-nascido” e “Previsão do sexo do bebé” do tema “Crenças das primigestas”, o que não nos permite saber se estas participantes tiveram comportamentos em consequência destas crenças e que estratégias utilizaram com elas.

3. SUGESTÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

As crenças estão na base de comportamentos e norteiam a maneira de pensar e de estar na vida. Influenciam todas as dimensões do ser humano. Como tal, tem de ser entendidas como uma base fundamental da pessoa a quem o enfermeiro presta cuidados de modo a que estes sejam de excelência.

Uma investigação tem de ir além dos cânones académicos e ser um factor de mudança de práticas. É uma crença que detemos relativamente a este trabalho: que seja um contributo para a melhoria da prestação de cuidados de enfermagem e para a sua excelência nos diferentes campos do saber.

Desta forma, apresentamos sugestões que possam colocar a mulher grávida em geral e a primigesta em particular no centro dos cuidados, atendendo às suas crenças, sabendo que o conhecimento e o respeito por elas pode fazer toda a diferença numa gravidez bem sucedida.

Estamos cientes que as quatro áreas tradicionais do saber em enfermagem (prestação de cuidados, gestão, formação e investigação) estão interligadas, mas num exercício académico apresentamos as respectivas sugestões separadamente:

Prestação de Cuidados de Enfermagem

Como afirmámos anteriormente, para colocar o cliente da prestação de cuidados, neste caso as primigestas (e não podemos deixar de acrescentar qualquer grávida) é essencial que os enfermeiros as conheçam nas suas múltiplas dimensões. E, como já verificámos, as crenças são multidimensionais no sentido em que se relacionam com os vários aspectos da vida humana.

Portanto, somos defensores de que na sua prestação de cuidados os enfermeiros:

- Conheçam as crenças das grávidas a quem prestam cuidados, o que podem fazer de diversos modos: perguntando directamente, questionando ao prestar atenção a alguma manifestação que as mesmas apresentem (ex: vestuário, postura), desenvolvendo sensibilidade

cultural para que compreendam que a pessoa que tem na sua frente pode ser muito parecida consigo mas podem ser muito diferente;

- Estar ciente que com o conhecimento das crenças das grávidas o enfermeiro tem a possibilidade de identificar possíveis condutas que possam colocar em causa o bom desenvolvimento da gravidez;
- Atender à família da grávida perguntando, no caso de estarem presentes na consulta de vigilância, qual a sua opinião sobre os assuntos ou inquirindo a gestante, no caso de estar só na consulta, o que pensa a sua família sobre o assunto.
- É essencial que sempre que a grávida esteja acompanhada na consulta implicar a pessoa que está com ela em todas as ações de modo a que possa ter espaço para se manifestar, uma vez que ela própria é possivelmente uma influência importante nas crenças daquela mulher – com maior probabilidade a grávida vai à consulta com uma pessoa que seja da sua plena confiança.
- Informar com base científica mas atendendo sempre às crenças de modo a que a gestante não se sinta inibida nem ridicularizada. O enfermeiro tem de se esforçar por manter sempre os canais de comunicação abertos o que implica a utilização de técnicas de comunicação verbal e não verbal, favoráveis ao desenvolvimento de uma relação de confiança.

Gestão de Cuidados de Enfermagem

Uma conclusão essencial nesta investigação é que não há partilha das crenças com os enfermeiros na consulta de vigilância pré-natal por dois motivos: falta de iniciativa dos enfermeiros e falta de iniciativa da primigesta.

Por conseguinte, consideramos essencial que a gestão de cuidados de enfermagem tenha em mente normas e procedimentos que atendem à indagação das crenças, comportamentos e estratégias face às mesmas.

Por outro lado e, em simultâneo, é essencial que os enfermeiros dêem a conhecer à população o seu âmbito e alcance de prestação de cuidados para

que as pessoas a quem prestam cuidados (neste caso, primigestas e grávidas em geral) sabem cientes que podem comunicar sobre aspectos relacionados com as suas crenças. Desta forma, acreditamos que a população alvo de cuidados deixará de pensar como algumas das nossas participantes que estes temas “não são pertinentes”.

Formação em Enfermagem

Em enfermagem tudo começa na formação inicial. É a partir daqui que os estudantes de enfermagem, teoricamente e, muito especialmente no ensino clínico, devem desenvolver a sensibilidade de atender às crenças das pessoas a quem prestam cuidados. Para tal sugerimos que:

- Nos curricula de enfermagem estejam presentes aspectos relacionados com as crenças, nomeadamente a sua constituição teórica e importância na vida das pessoas.
- A promoção do contacto dos estudantes de enfermagem com realidades muito diferentes das suas levando-os depois a reflectir no significado dessas realidades para eles mesmos e para as pessoas que as vive;
- A análise com os próprios docentes de enfermagem da sua sensibilidade para com os assuntos relacionados com este tema e levá-los a desenvolverem em si próprio e nos estudantes a sensibilidade necessária para lidar com quem é mais ou menos parecido com eles.

Investigação em Enfermagem

Estamos certos que muitas portas de investigação há a abrir sobre um tema tão vasto e, para nós, aliciante.

De acordo com os resultados que obtivemos e as conclusões a que chegamos parece-nos pertinente estudar os seguintes temas:

- Crenças dos enfermeiros relativamente às crenças das primigestas, no sentido de se consciencializarem que não são detentores da verdade e de que as suas crenças podem sobrepor-se às das clientes, influenciando a sua prestação de cuidados;
- Actuação dos enfermeiros perante as crenças das grávidas para compreender de que forma estas são respeitadas e constituem um ponto de partida para cuidados de enfermagem de qualidade;
- Réplica deste estudo numa área geográfica mais alargada;
- Uma investigação com os mesmos objectivos com participantes que sejam multigestas;
- Representações das grávidas sobre as competências do enfermeiro na consulta de vigilância pré-natal uma vez que as participantes deste estudo deixam antever que o assunto “crenças” é inadequado à consulta. Questionamo-nos: O que é que as grávidas consideram adequado na actuação do enfermeiro nestas consultas?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, J. C. (1987). *Coopération, competition et representations sociales*. Cousset: DelVal.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Milton Keynes: Open University Press.
- Almeida, M. L. F. (1999). Crenças dos enfermeiros acerca do envelhecimento humano. *Revista Referência*. 1(3), 7-14.
- Barbaut, J. (1991). *O nascimento através dos tempos e dos povos*. Mem Martins: Terramar.
- Basto, M. L. (1998). *Da intenção de mudar à mudança – um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Rei dos Livros.
- Berger, P. L.& Luckmann, T.. (2004). *A construção social da realidade*. (2ª ed.). Lisboa: Dinalivro.
- Bernardi, B.. (1992). *Introdução aos estudos etno-antropológicos*. Lisboa: Edições 70.
- Bezerra, M.G.A.& Cardoso, M.V.L.M.L. (2006). Factores culturais que interferem nas experiências das mulheres durante o trabalho de parto e parto. *Revista Latina em enfermagem*, 14 (3), 414-421.
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Bogdan, R.& Biklen, S. (2003). *Investigação qualitativa em educação: uma introdução às teorias e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Boy or Girl? 38 Fun Ways to Guess Your Baby's Sex (n.d.) *ivallige*. Recuperado em 30 de Novembro de 2009 de <http://parenting.ivillage.com/pregnancy/pbabyprep/0,,j012,00.html>
- Canavarro, M. C. (2006) - Gravidez e maternidade - representações e tarefas de desenvolvimento. In Canavarro, M. C. - *Psicologia da gravidez e da maternidade*. (pp.17-49). Coimbra, Quarteto.

- Cardoso, A; Brito, M. A. & Ribeiro, A. L. (2006). Concepção de uma classificação internacional para a prática de enfermagem. *Nursing: Revista de formação contínua em enfermagem*, 206, 9-15
- Carpenter, D. R. (2002). Método Fenomenológico. In H. Streubert & D. Carpenter. *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (2ªed). (pp. 49-74). Loures: Lusociência.
- Castro, M.C.D.C. (2008). O ciclo da vida – perspectivas culturais. No caminho da competência cultural. In J.C.R. Lopes; M.C. Santos; M. S. Dias de Matos & O.P. Ribeiro. *Multiculturalidade, perspectivas da enfermagem: contributos para melhor cuidar*. (pp.149-163). Loures: Lusociência.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Colman, L. L. & Colman, A. D.. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Comissão do Real Instituto de Antropologia da Grã-Bretanha e Irlanda. (1973). *Guia prático de antropologia*. S. Paulo: Editora Culrix.
- Corbett, R. W. (2008). Cuidados de enfermagem durante a gravidez. In D. L. Lowdermilk & S. E. Perry. *Enfermagem na maternidade*, (7ª ed.). (pp.245-303). Loures: Lusodidática.
- Cordeiro, J.C. Dias (2002). *Manual de psiquiatria clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Costa, A. F. (2005). A pesquisa de terreno em sociologia. In A. S. Silva & J. M. Pinto (orgs.). (13ª ed.). (pp. 129-148). Porto: Edições Afrontamento.
- Couto, A. J.. (1994). *Crenças e Representações na Gravidez na Educação para a Saúde*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação – Psicologia da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Lisboa. Portugal.
- Couto, A. J.. (2000). *Crenças, atitudes e comportamentos na gravidez – contributo da Psicologia da Saúde para o estudo da sua relação*. Dissertação de Doutoramento Psicologia – Psicologia da Saúde,

Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra, Portugal.

Couto, G. R. (2002). *Preparação par o parto. Representações mentais de um grupo de grávidas de uma área urbana e de uma área rural*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.

Creswell, J. (1994). *Research design: qualitative & quantitative approaches*. London Houston Oaks: Sage.

Damásio, A. R. (2005). *O erro de Descartes: emoção, razão e cérebro humano*. (24^a ed.). Mem Martins: Europa-América.

Deconchy, J. (2002). “Crença”. In Dicionário Temático Larousse: *Sociologia*. Rio de Mouro: Circulo de Leitores.

Dicionário da Língua Portuguesa (2004). Porto: Porto Editora.

Diniz, A. M. (2004). *Sobre essas coisas a que chamamos de crenças: Para uma propedêutica da psicologia da crença*. Lisboa: Climepsi Editores.

Durkein, É. . (1998). *As regras do método sociológico*. (7^a ed.). Lisboa: Editorial Presença.

Esteves, A.J. (1998). Metodologias Qualitativas: perspectivas gerais. In Esteves, A.J.; Azevedo, J., (eds.). *Metodologias Qualitativas para as Ciências Sociais*. (pp. 1-8). Porto: Instituto de Sociologia (Faculdade de Letras da Universidade do Porto).

Esteves, A.J.; Azevedo, J., (eds.). (1998). *Metodologias Qualitativas para as Ciências Sociais*. Porto: Instituto de Sociologia (Faculdade de Letras da Universidade do Porto).

Foddy, W. (1996). *Como Perguntar: Teoria e Prática da construção de perguntas em entrevistas e questionários*. Oeiras: Celta Editora.

Fonseca, A. P; Magão, M. T. (2007). Ser mãe de recém-nascido prematuro: vivência do processo de transição para a maternidade. In I. Camarro; L. Fradique; M. G. Carneiro; M. M. Guedes & T. Rebelo. *Aprendendo o cuidado de enfermagem: entre a prática e a escrita a construção da*

competência clínica. (pp. 73-90). Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende.

Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização.* Loures: Lusociência.

Giddens, A.. (1997). *Sociologia.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gil, A. C .(1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social.* 5ª ed. São Paulo: Atlas.

Gollander, H. (1996). O desenvolvimento de uma teoria em enfermagem a partir da Investigação Quantitativa e Qualitativa. *Revista Enfermagem.* 13.30-35

Hanson, P. G. (1998). Stress e adaptação. In V. B. Bolander, Sorensen e Luckmann. *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica* (pp. 330-369). Lisboa: Lusodidacta;

Helman, C. G. (2003). *Cultura, saúde & doença.* 4ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar.* Loures: Lusociência.

Honoré, B. (2004). *Cuidar: persistir em conjunto na existência.* Loures: Lusociência.

Internacional Council of Nurses (2006) – *Cipe versão 1: Classificação internacional para a prática de enfermagem,* Lisboa, Ordem dos Enfermeiros

Joaquim, T.. (1983). *Dar à luz: ensaio sobre as práticas e crenças na gravidez, parto e pós-parto em Portugal.* Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Joaquim, T.. (1985). *Mulheres de uma aldeia.* Lisboa: Ulmeiro.

Jodelet, D. (org) (1989). *Les Représentations Sociales.* Paris, PUF.

Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F, Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero.* Barcelona : Masson.

Kitzinger, S.. (1996). *Mães: um estudo antropológico da maternidade.* (2ª ed.). Lisboa: Editorial Presença.

- Klitsch, M. (1993). Sex during pregnancy: what can you say?. *Family Planning Perspectives*. 25(5). 194. Recuperado em 30 de Novembro de 2009 de <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=36&hid=105&sid=8e5da452-8d17-48b7-b99e-bdad79611fed%40sessionmgr10&bdata=JmFtcDtsYW5nPXBOlWJyJnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN0005123694-3>
- Lakatos, E. M.. (1991). *Sociologia Geral*. (6ª ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- Lazarus, R & Folkman, S.. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Le Bon, G.. (2005). *Psicologia das massas*. Lisboa: ESQUILO - Edições e Multimédia.
- Le Bon, G... (2001). *As opiniões e as crenças*. Brasil: Edição electrónica: Ed. Ridendo Castigat Mores. Recuperado em 02 de Novembro de 2007 em <http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/lebon.html>.
- Leininger, M. (1998). Enfermagem Transcultural: imperativo da enfermagem mundial. *Revista Enfermagem*, 10, 32-36.
- Lessar-Hérbert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (1994). *Investigação qualitativa : fundamentos e práticas*. Lisboa: Epistemologia e Sociedade.
- Lèvi-Strauss, C.. (1978). *Mito e significado*. Lisboa: Edições 70.
- Lima, M. L. P.. (2000). Atitudes: estrutura e mudança. In J. Vala; M. B. Monteiro. (2000). *Psicologia Social*. (4ª ed.). (pp.187-225). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Longval, P.. (1997). *Dans quelle mesure nos croyances sont-elles justifiées?*. Recuperado em 20 de Novembro de 2007. <http://www.cvm.qc.ca/encephi/contenu/vospages/pytap8.html>.
- Loureiro, L. M. J. (2006). Adequação e Rigor na Investigação Fenomenológica em Enfermagem – Crítica, Estratégias e Possibilidades. *Referência*. II série (2), pp. 21-32.
- Loux, F.. (1983). *Traditions et soins d'aujourd'hui*. Paris: InterEditions.

- Maldonado, M. T.. (1997). *Psicologia da gravidez*. (17ª ed.) São Paulo: Editora Saraiva.
- Marconi, M. A. & Presotto, Z. M. N. (1989). *Antropologia: uma introdução*. (2ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Marconi, M. A.. (1991). Cultura e sociedade. In E. M. LaKatos *Sociologia Geral*. (6ª ed.). (pp. 127-145). São Paulo: Editora Atlas,
- Martins, M.F (2003), *Mitos e crenças na gravidez - sabedoria e segredos tradicionais das mulheres em seis concelhos do distrito de Braga*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto das Ciências Sociais da Universidade do Minho.
- Matalon, B.. (2002). “Atitude”. In Dicionário Temático Larousse: *Sociologia*. Rio de Mouro: Circulo de Leitores.
- Mauss, M. (2000). *Esboço de uma teoria da magia*. Lisboa: Edições 70.
- Melleis, A. I.; Sawyer, L.; Im, E-O.; Messias, D. & Schumacker, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*. 23(1), 12-28.
- Merriam, S. B. (1998). *Qualitative research and Case study: Application in education* (2ªed.). San Francisco: Joney-Buss Publisher
- Miles, M. & Huberman, A. (1994). *An Expanded Sourcebook qualitative data analysis*. (2nd ed.) Califórnia: Sage Publications, Thousand Oaks.
- Mucchielli, A. (1985). *As Motivações*. Sintra: Edições Europa-América.
- Neil, R. M. (2004). Filosofia e Ciência do Cuidar. In Tomey A. M. & Alligood, M. R., *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)* (5ª ed.). (pp. 163-183). Loures: Lusociência.
- Neves, A. A. (1994). Vir à luz – práticas e crenças associadas ao nascimento. *Revista de Guimarães*. 104, 51-81. Recuperado em 14 de Outubro de 2009 em http://www.csarmento.uminho.pt/docs/ndat/rg/RG104_03.pdf.
- Nunes, B. (1997). *O saber médico do povo*. Lisboa: Fim de Século.

- Ogden J. (2004). *Psicologia da Saúde*. (2a ed.). Lisboa: Climepsi.
- Oliveira, R. C. (1979). *Marcel Mauss: antropologia*. São Paulo: Ática.
- Ordem dos Enfermeiros (2006) – *Reflexões - padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Recuperado em 28 Maio de 2008: em Ordem dos Enfermeiros:<http://www.ordemenfermeiros.pt/index.print.php?page=48&view=news:Print&id=58>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003) – *Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: O. E., 24p.
- Patton, M. (1990). *Qualitative Evalution and Research methods*, (2nd ed.) Califórnia: Sage Publications, Newbury Park.
- Pedro, J. C. G. (1985). *A relação mãe-filho: A influência do contacto precoce no comportamento da díade*. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda
- Perry, D. F.; Dipietro, J. & Costigan, K. (1999) Women carrying "Basketballs" reality having boys? Testing pregnancy Folklore. *Birth: Issues in Perinatal Care*.26(3). 172-177. Recuperado em 30 de Novembro de 2009 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=5928713&lang=pt-br&site=ehost-live>Recortar
- Perry, S. (1999). Enfermagem da maternidade. In Bobak, I.M.; Lowdermilk, D.L.; Jesen, M. D. & Perry, S.E..*Enfermagem na Maternidade*. (4ª ed.), (pp.3-10). Loures: Lusociência.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods*. (6ªed.). Philadelphia: Lippicott.
- Polit, D. F.; Beck, C.T. & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Métodos, avaliação e utilização*. (5ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Portelinha, C. (2003). *Sexualidade durante a gravidez*. Coimbra: Quarteto.
- Portugal. Direcção-Geral da Saúde (2001). Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes Saúde Materno-Infantil: *Rede de Referenciação Materno-Infantil*. – Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). Manual de investigação em ciências sociais. (2ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Raúl, C. & Fonseca, A. M.. (2001). *Psicossociologia da saúde*, Lisboa: Climepsi Editores.
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (1998) Recuperado em 02 de Setembro de 2008 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/index.php?page=168>
- Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Ribeiro, L.F. (1995). *Cuidar e tratar: Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral*. Lisboa: Educa-Formação.
- Rodrigues Gómez, G.; Gil Flores, J.& Garcia Jiménez, E. (1999). *Metodologia de I*
- Rodrigues, N. A. (2008). Diversidade cultural na maternidade. In J.C.R. Lopes; M.C. Santos; M. S. Dias de Matos & O.P. Ribeiro. *Multiculturalidade, perspectivas da enfermagem: contributos para melhor cuidar*. (pp.165-180). Loures: Lusociência.
- Savoie-Zajc, L. (2003). A Entrevista Semidirigida. In B. Gauthier. *A Investigação Social. Da Problemática à Colheita de Dados*. (3ª ed.). (pp. 279-301), Loures: Lusociência,
- Serra, A. V. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição do autor.
- Silva, A. I. & Figueiredo, B. (2005). A sexualidade na gravidez e após o parto. *Psicologia Clínica*, 25 (3), 253-264.
- Slepoj, V. (1998). *Compreender os sentimentos: Para se conhecer melhor a si e aos outros*. Lisboa: Editorial Presença.
- Soifer, R. (1991). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. (5ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Spink, M. J. P. (1993). *O conceito e representação social na abordagem psicossocial*. Recuperado em 3 de Dezembro de 2007 em Cadernos de Saúde Pública: www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/17.pdf.

- Streubert, H. J. (2002). Filosofia e Teoria: Fundamentos da Investigação Qualitativa. In H. J. Streubert & D. R. Carpenter. *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (2ªed.). (pp. 1-16). Loures: Lusociência.
- Streubert, H.; Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista*. 2ª ed., Loures: Lusociência.
- Stroebe, W. & Stroebe, M. S. (1999). *Psicologia Social e Saúde*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Teixeira, E.; Tavaréz, N. (1999). *Adiamento da maternidade: do sonho à maternagem*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Brasil. Recuperado em 22 de Novembro de 2007 em http://portaldeseres.cict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_cover&id=000015&lng=pt&nrm=isso
- Teixeira, F.. (2004). *Identidade pessoal: caminhos e perspectivas*. Coimbra: Quarteto.
- Tomey A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Torres, M.A.M.D. (2005). Cuidados de enfermagem à puérpera numa perspectiva antropológica. *Revista Investigação em enfermagem*. (11), pp. 16-25.
- Tremblay, R.R. (1997). *La croyance*. Recuperado em 20 de Novembro de 2007. <http://www.cvm.qc.ca/encephi/CONTENU/ARTICLES/CROYANCE.HTM>
- Vala J. (1986) – Sobre as representações sociais – para uma epistemologia do senso comum, *Cadernos de ciências sociais*, (4). Lisboa, (pp. 5-29).
- Vala J. (2000). Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In J. Vala, & M. B. Monteiro, (coord.), *Psicologia Social*. (4ª ed.). (pp. 457-502). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Weisberg, K. (1989). *Gender-indicating colormetric test on pregnancy urine and test kit therefor*. Recuperado em 30 de Novembro de 2009, de <http://www.freepatentsonline.com/4840914.pdf>.
- Welch, A. Z. (2004). Cuidar Cultural: teoria da diversidade e da universalidade. In A. Tomey M. & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)* (5ª ed.). (pp. 563-591). Loures: Lusociência.
- Williams, R.P. (1999). Dinâmica familiar da gravidez. In I.M. Bobak; D.L. Lowdermilk, M. D. Jesen & S. E Perry. *Enfermagem na Maternidade*. (4ª ed.). (pp.116-127). Loures: Lusociência.
- Zamplari, M. F. M. (2001). Enfocando a concepção e a gestação em uma perspectiva histórica e social. *Revista Nursing*, Junho, pp.15-19.

ANEXO I

Pedido de autorização do CSPD para colaboração para o acesso às participantes

Ao Conselho de Administração do
Centro de Saúde de Ponta Delgada

Assunto: Pedido de Autorização para Colaboração na Colheita de Dados para a Tese de Mestrado em Ciências de Enfermagem

Patrícia Margarida Costa Duarte Ferreira, aluna do Mestrado em Ciências de Enfermagem no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, vem por este meio solicitar autorização e colaboração para a colheita de dados a efectuar para a tese a apresentar no âmbito do Mestrado acima referido. Para tal, necessita de proceder a entrevistas com grávidas primigestas inscritas no Centro de Saúde de Ponta Delgada a fim de compreender as crenças que apresentam relativas à gravidez, bem com, os seus comportamentos adoptados face às crenças e o modo como lidam com as mesmas. Ainda, é nosso intuito saber o modo como partilham as crenças com os enfermeiros na consulta de vigilância pré-natal. Bem como, pedir a colaboração das enfermeiras que trabalham nas Unidades de Saúde para a selecção das participantes nesta investigação.

A tese em apreço tem por título “Um olhar par além do ventre materno”: Crenças, comportamentos e estratégias das primigestas” e é orientada pelo Professor Doutor António de Jesus Couto.

A investigação segue uma metodologia Qualitativa. Os critérios de selecção das participantes são os seguintes: Grávidas primigestas que estejam inscritas no Centro de Saúde de Ponta Delgada; que aceitem participar no estudo, assinando o consentimento informado e assistidas em consultas de vigilância de saúde pré-natal por enfermeiros(as) obstetras e/ou generalistas.

Prevê-se que a colheita de dados ocorrerá nos momentos antecedentes às consultas de vigilância pré-natal, em espaço próprio que permitirá privacidade aos interlocutores, a combinar com os serviços.

Os dados colhidos serão apenas para uso no trabalho acima referido.

Não estão previstos danos e os benefícios relacionam-se com o maior conhecimento do assunto em causa, proporcionando assim oportunidade de melhorar a prestação de cuidados de Enfermagem no atendimento à grávida de forma holística.

A participação dos informantes é voluntária, ficando salvaguardado o direito à recusa ou à desistência a qualquer momento.

O tratamento de dados decorrerá de acordo com o método de análise de conteúdo.

Os critérios de rigor para a investigação qualitativa serão atendidos em todo o trabalho.

Em termos éticos existe o compromisso de salvaguardar os princípios descritos no Relatório Belmont, documento emanado pela *National Commission for Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavior Research*, nomeadamente o princípio de beneficência, o princípio de respeito pela dignidade humana e o princípio de justiça.

A identidade das participantes apenas será conhecida pela autora do trabalho e pelas enfermeiras acima designadas neste estudo.

A requerente compromete-se a interferir o menos possível com o normal funcionamento do serviço e em divulgar os resultados do trabalho junto da V. Instituição após o seu terminus.

Grata pela atenção dispensada, solicita deferimento.

(Patrícia Margarida Costa Duarte Ferreira)

ANEXO II

Autorização do CSPD para o acesso às participantes



SECRETARIA REGIONAL DOS ASSUNTOS SOCIAIS
DIRECÇÃO REGIONAL DA SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE DE PONTA DELGADA

Rua Cons. Luis Bettencourt Medeiros Câmara, 26/28
Telef. 296 205 260
Fax Nº 296 205 269

9500-058- PONTA DELGADA (AÇORES) CODEX

Exma. Senhora
Enf.^a Patrícia Ferreira
Beco Francisco Afonso, 10
Arrifes
9500 – 366 Ponta Delgada

Sua referência

Sua comunicação

Nossa referência

Ponta Delgada

2007/CA

3740

07 JUL 11

ASSUNTO: Autorização para colaboração na colheita de Dados para a Tese de Mestrado em Ciências de enfermagem.

Em conformidade com o assunto em epígrafe, serve a presente para autorizar a realização da colheita de dados conforme solicitado.

A colaboração de cada Enfermeiro nas Unidades de Saúde fica ao critério de cada um em aceitar ou não.

Votos de um bom trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Ponta Delgada, 10 de Julho de 2007

A Vogal de Enfermagem do

Centro de Saúde de Ponta Delgada

Maria Manuela Ferreira

Na resposta indicar as referências deste ofício

ANEXO III

Guião da entrevista

Guião de Entrevista

Objectivos da entrevista:

- ✓ Caracterizar sócio-profissionalmente as primigestas entrevistadas;
- ✓ Identificar as crenças relativas à gravidez;
- ✓ Identificar mudanças de comportamento da primigesta e suas causas;
- ✓ Identificar situações de ansiedade causadas pelas crenças e a forma como as grávidas lidam com elas.
- ✓ Saber a opinião das primigestas, sobre a forma como os enfermeiros têm em conta as suas crenças, no decorrer das consultas de vigilância pré-natal.

Entrevista n.º	Data	
----------------	------	--

Ficha de Caracterização

1- IDADE _____

2- NATURALIDADE _____

3- RESIDÊNCIA

3.1- Localidade _____ RURAL ☐ URBANA ☐

3.2- Concelho _____

4- ESTADO CIVIL

4.1- Solteira ☐

4.2- Casada ☐

4.3- Divorciada ☐

4.4- Outro (Especificar) ☐ _____

5- HABILITAÇÕES LITERÁRIAS _____

6- PROFISSÃO _____

7- SEMANAS DE GRAVIDEZ _____

8- ESTA GRAVIDEZ FOI:

8.1- Planeada: SIM ☐ NÃO ☐

8.2- Aceite: SIM ☐ NÃO ☐

	Objectivos	Perguntas	Acções em campo/Perguntas orientadoras	Observações
Introdução			◊ Apresentar-me ◊ Explicar o tipo de estudo e a sua finalidade ◊ Esclarecer que, caso aceite participar no estudo, serão respeitados todos os princípios éticos ◊ Pedir autorização para usar o gravador e explicar a sua finalidade ◊ Informar sobre a importância de colaborar no estudo e de assinar o consentimento informado ◊ Assinatura do consentimento informado	Legitimação da entrevista Colocar o gravador em local pouco visível
	-Caracterizar sócio-profissionalmente as primigestas entrevistadas; - Caracterizar a gravidez quanto à idade gestacional e		◊ Preenchimento da ficha de caracterização	Estar atenta ao estado emocional e comunicação não verbal da primigesta, registando os aspectos mais pertinentes da comunicação não verbal

Desenvolvimento	à aceitação; -Identificar crenças relativas à gravidez;	Tem alguma crença em relação à sua gravidez?	◇ Por estar grávida acredita em algo (ou em algum aspecto) relativamente: • à previsão do sexo do bebé? • à alimentação? • ao uso ou contacto com alguns objectos (ex. animais, plantas ou flores)? • a hábitos ou costumes (ex. uso de vestuário, rituais ou superstições e relações sexuais)?	Explorar a existência de crenças e ditos populares
		Como teve conhecimento destas crenças?	◇ Quem lhe falou destes aspectos?	Inquirir sobre a origem das crenças (pai, mãe, avós, outros familiares, vizinhos, amigos, ou outros).
	-Identificar mudanças de comportamento das primigestas e suas causas;	Acredita nestas crenças? E, têm alguma influência nos seus comportamentos ou forma de agir?	◇ Costuma a obedecer a estas crenças? ◇ O que costuma fazer?	Averiguar se as crenças influenciam os comportamentos adoptados na gravidez

	-Identificar situações de ansiedade causadas pelas crenças e a forma como as grávidas lidam com elas;	Pelo facto de estar grávida, as crenças constituem algum motivo de preocupação para si?	◇ As crenças preocupam-na por alguma razão? ◇ O que costuma a fazer? ◇ E que recursos utiliza: • pessoais; • apoio humano (ex. conversa com alguém) • apoio social	Investigar se as crenças constituem situações de stress e que estratégias são desenvolvidas para lidar com esta situação.
	- Saber a opinião das primigestas, sobre a forma como os enfermeiros têm em conta as suas crenças, no decorrer das consultas de vigilância pré-natal	Durante as consultas com os enfermeiros, costuma a falar-lhes sobre as suas crenças e o que a preocupa?	◇ Como se sente? ◇ Sente-se satisfeita? Porquê?	Dar oportunidade à grávida de expressar a sua opinião e sentimentos.
Conclusão	Terminar a entrevista		◇ Agradecer a participação ◇ Disponibilizar para qualquer esclarecimento	

ANEXO IV

Matrizes de análises

TEMA: CRENÇAS DAS PRIMIGESTAS

TEMA CENTRAL	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO/LOCALIZAÇÃO
CRENÇAS DAS PRIMIGESTAS	Momento ideal para a realização de tarefas	Preparar o berço apenas após o nascimento	“ (...) que não prestava montar o berço antes da maternidade acabar (...) só quando o bebé vier para casa (...).Ela diz que os bebés não duram muito tempo se montarmos o berço antes (...) que não presta.” (E1) “Dizem que dá azar montar o berço. Dizem que não presta montar antes de ele nascer” (E3) “ (...) eu vou ouvindo. Só tenho uma que levo mais à risca (risos) (...). Não sei porquê (...) é o montar o berço (...) já ouvi muita vez que (...) montar o berço não dá muita sorte.” (E6) “As pessoas dizem que o bebé não vem para casa.” (E7) “Pronto, eu já ouvi de pessoas antigas, que dá azar, e eu não gosto.” (E9) “ (...) a minha sogra disse “ ah, isto não presta montar o berço.” (...) “Diz-se que dá azar ou que as coisas correm mal.” (E10) “ (...) Pronto, ele anda atrás de mim para montar e eu

		Anunciar a gravidez depois do 1º trimestre	digo “oh, homem dizem que não presta, pode dar azar ou o bebê pode sofrer alguma coisa.” (E11) “ (...) quando eu engravidei não queria dizer a ninguém até aos três meses. (...) Porque dizem que o bebê pode vir para fora...não sei o quê. Pode-se abortar até aos três meses porque é o tempo mais delicado. E eu disse a ele “não se diz a ninguém. Quando uma pessoa for ao médico, fizer a ecografia como deve ser.”. Até, até...aos três meses eu acho que era melhor.” (E11)
		Adquirir roupa para o bebê depois do 1º trimestre	“ (...) também dizem, que não presta comprar roupa para o bebê antes dos três meses. Dizem que antes dos três meses é mais provável o bebê (...) tipo (...) ter um aborto espontâneo (...)” (E3) “ (...) não se pode comprar antes dos três meses porque dá azar. (...) Diz-se que dá azar (...) (E10) “Mas nunca me deu para comprar porque diziam assim “até aos três meses tu podes ter um aborto”, a gravidez nunca é segura.” (E12)
		Preparar o enxoval depois de saber o sexo do bebê	“Diz-se que não se deve comprar as coisas muito cedo, quando se souber o que é, compra-se, mas antes disso não vale a pena comprar muito cedo (...)

		Relativamente à alimentação	Alimentos proibidos	Dizem que dá azar...” (E5) “Dizem que não presta comer morangos porque fazem alergia ao bebé (...) ou atum” (E1) “ (...) comer hambúrgueres faz mal ao bebé, não sei porquê! (risos) (...). Dizem que é mal transformação que vem no bebé.” (E8) “ (...) a minha mãe fez arroz de marisco e eu só de comer um camarãozinho pequenino, fiquei com a cara toda malhada (...) E eu até hoje não sei se estas agonias que às vezes sinto, devem ser disto. Mas desde que eu comi o arroz, eu fico com a cara sempre vermelha (...). E às vezes, um lado da cara fica quente e o outro tão gelado, é assim! (...). Pelo menos foi desde que eu comi o arroz, que eu fiquei assim! Eu penso que tenha sido do arroz de marisco.” (E8) “ (...) não presta salva porque acelera o parto” (E10) “Disseram-me que o café não era (...) pronto, era abortivo!” (E11) “ (...) uma vez uma senhora que me disse, a salsa. (...) dizem que a gente não pode comer salsa em excesso. (...) Dizem que a salsa tem uma coisa
--	--	-----------------------------	---------------------	---

			qualquer que gera o aborto” (E12)
		Comportamento alimentar	“Ele disse que nos últimos dois meses de gravidez, se a grávida não come depois do jantar, petiscar ou coisa assim, provavelmente o bebê não vai acordar durante a noite para comer.” (E3)
	Previsão das características físicas do recém-nascido	Azia	“ (...) dizem que quando uma pessoa está cheia de azia, é o cabelo a crescer, muito do bebê.” (E10)
	Previsão do sexo do bebê	Formato da barriga	“ (...) como eu estava muito redonda, que era um menino” (E1) “As pessoas diziam que eu ia ter um menino por causa da barriga (...) a barriga é mais bicuda.” (E2) “A barriga fica (...) mais redonda quando é um menino. (...). A barriga fica mais redondinha, mais espetada.” (E5) “Muitas vezes era por causa do formato da barriga, ou, não estar de (...). E então diziam por isto que era rapaz... por causa da barriga.” (E6) “Disseram que quando for para rapaz, vem assim deste de cá de cima e é muito redonda. Já quando é rapariga, vem mais para baixo, é redondinha mas é mais pequenina do que para o rapaz.” (E8)

			“ (...) a minha mãe pensava que era uma menina porque eu estava a esconder muito. (...) Às vezes revelam-se com o esconder muito, não aparecer muito a barriga. Os rapazes fiquem com mais barriga para a frente.” (E9)
		Aparência facial	“ (...) dizem que vou ter um rapaz porque não mudei de feição.” (E4) “ (...)e a rapariga, dizem que a gente muda de feição (...) (E5) “Ou ficar da maneira como eu estava antes....não modificar muito a feição, (...) (E6) “ (...) já me disseram que, antes de eu fazer a ecografia disseram-me assim “vais ter uma menina” e eu disse “como é que sabe isso?” e ela disse “ o lábio está mais inchado”. Outros dizem que é por causa da feição, da cara. (...) Assim, mais inchada.” (E8) “ (...) dizem que quando é um rapaz a mãe fica mais fina, não fica com os lábios grossos, (...)” (E9) “Diziam-me “estás muito bonita, vais ter um rapaz.” (E10)
		Aparência geral	“Dizem que, para um rapaz a gente fica com a mesma aparência (...). A rapariga fica-se mais

			gordinha.” (E5)
			“ (...) ou, ficar muito como os pés ou mãos inchadas, era mesmo só por causa disto (...) Porque até eu não engordei muito, fiquei sempre mais ou menos” (E6)
			“Quando é uma rapariga, põe as mãos mais feias, mais inchadas.” (E9)
			“ (...) e minha mãe e minha sogra disseram “vais ver que é uma rapariga porque está larga de trás”.” (E10)
		Manifestações de dor	“Eu estava cheia de dores de rins e uma disse-me “estás com dores de rins, é porque é um rapaz” (E10)
		Alterações de equilíbrio	“Cair para trás é uma rapariga e cair para a frente, é um rapaz. (...) É uma rapariga. E se cair para a frente, é um rapaz. Uma vez eu ia para a cozinha e engatei no degrau, se não me agarrasse à cama ia caindo para a frente.” (E4)
		Jogo da moeda	“Tem que ser uma moeda de um escudo, ele ainda foi procurar uma moeda de um escudo, deixou-me cair a moeda aqui entre o peito. Eu estava de <i>t-shirt</i> e ele fez assim e caiu no chão. Se fosse cara, era um sexo que agora não me recordo qual, se fosse coroa era o outro sexo. Mas tem que ser a partir do terceiro mês.” (...) “Põe-se a moeda, cai e depois

			conforme, se estiver virado para cima (...) a parte da moeda que estiver virada para cima é um determinado sexo. “ (...) “Se a moeda cair com a face da “coroa” virada para cima, é rapaz. Se cair com “cara” virada para cima, é rapariga.” (E7)
		Jogo da agulha	“Uma delas fez-me o jogo da agulha, com a linha. Tem que se pôr uma linha numa agulha e depois eu acho que é na mão, ela faz assim [exemplifica com movimentos ascendentes e descendentes na vertical] faz no lado primeiro, e depois põe em cima da mão. Se rodar, é um determinado sexo que eu também não sei qual é até parar. Depois se for assim na vertical, é o outro sexo.” (E7)
		Jogo das mãos	“ (...) quando as mãos são assim, com a palma virada para cima é menina e quando é assim é rapaz [exemplificou com as palmas das mãos viradas para baixo] (...) Ele disse que acreditava porque quando lhe fizeram isto, quando a minha madrinha estava grávida, ele fez assim [exemplificou com as palmas das mãos viradas para baixo] e a minha madrinha teve foi um rapaz.” (E10)
	Restrição de	Andar descalça	“ (...) há muitas pessoas que dizem para eu não

		actividades		andar porque o bebé pode nascer com frio,” (E1) “ Uma vez estava descalça e a minha sogra disse-me logo para calçar as pantufas porque andar descalça provoca dores no parto.” (E12)
			Transpor obstáculos	“ (...) para não passar por cima, para passar ao lado (...) como aquelas coisas de estacionamento, para passar ao lado (...) Porque faz mal ao bebé (...) agora eu não sei porque é (...)” (E2) “Não saltar ou pôr em cima de uma cadeira. (...) Dizem que o “embrião umbilical” pode-se envolver à volta da criança e pode-se afogar. (...) Mais ou menos aí, aos sete meses, não pôr os pés em cima de uma cadeira para ir a um armário mais alto, ou, para ir buscar uma coisa que está longe, que não se chega (...). Pode enrolar a criança e ela pode ficar afogada” (E9)
			Contacto com objectos junto ao corpo	“ (...) lenço, ou qualquer coisa, nas algibeiras (...) para não pôr, o bebé pode vir com marcas.” (E2) “Ah, também dizem isto, e eu também acredito, que se cair uma coisa aqui [coloca a mão entre o peito] e se fica aqui o bebé pode vir com uma marca (...).

Uma vizinha minha tem um pequeno que tem uma marca aqui na cabeça, porque caiu um feijão e ela não sabia (...)” (E4)

“Não usar coisas metálicas, assim (...) em roupa para não deixar marcas. (...) Deixar, por exemplo, uma marca na barriga, o bebê depois trás esta marca consigo.” (E8)

“ Como também, já ouvi dizer que trazer um cordão, alguma coisa no pescoço, o bebê também vem com a marca no pescoço (...)” (E8)

“A minha mãe por exemplo, quando a minha avó estava grávida de minha mãe, a minha avó usava sempre uma florzinha, antigamente, de cravo na algibeira e a minha mãe nasceu com aquilo nas costas. Ficou assim, a malha (...) dela usar, nas costas.” (E9)

“Mas por acaso, tenho um primo que tem uma mancha numa perna e a minha prima, dizia que lhe tinham dito que era de guardar coisas nas algibeiras e que ela não ligava a nada disto e o menino nasceu com tipo de uma folha numa perna.” (E11)

“As chaves, também não prestam, (...) dizem que é

			porque se pressionam muito contra a barriga dizem que nascem com a forma da chave na cabeça, na perna, é onde apanha.” (E12) “Quando eu comecei a ter barriga, sempre usei avental e tive sempre o costume de pôr as coisas para dentro do avental e ela começou a topar isto. E ela dizia que não prestava pôr o telemóvel junto à barriga por causa das radiações do telemóvel que passam para o bebé, excitam o bebé, estas coisas assim.” (E12) “Mas tenho um caso na família que nasceu com um trevo na cabeça. “ (...) desta pessoa usar sempre um trevo entre os peitos e nem sequer tinha contacto com a barriga e ele nasceu com um trevo de quatro folhas na cabeça.” (E12)
		Relações sexuais	“Nos sete meses, eu disse a ele “isto é os sete meses, a gente vai ter mais cuidado porque de repente vem mais cedo.” (...) Aos sete meses. Porque sabe que nascem muitos bebés aos sete meses. (...) De repente, rebenta as águas. Alguma posição, alguma coisa (...).” (E11)
		Posição de cócoras	“Ah, que não me posso pôr de cócoras, (...) Dizem

		Contacto físico com animais que o útero desce (...) Ou vai para baixo, é uma coisa assim (...) ” (E4) “A minha mãe já me disse “não te ponhas de cócoras, que isto faz mal ao bebé”. [mãe da participante interpelou e referiu que não prestava pelo menos no início, uma vez que a sua própria mãe já lhe dizia e também a sogra, porque podia provocar o aborto] (E8) “Deste que fiquei grávida sempre me disseram que não se podia mexer em cães, em gatos e eu sempre evitei isto (...) Que pode vir com pêlos (...). Porque tem uma pequena aqui (...) que está cheia de pêlos nos braços. Dizem que aquilo é porque a mãe quando estava grávida dormia com um cão e depois a pequena nasceu assim.” (E4)
--	--	--

TEMA: COMPORTAMENTOS FACE À GRAVIDEZ

TEMA CENTRAL	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO/LOCALIZAÇÃO
COMPORTAMENTOS FACE À GRAVIDEZ	Adaptados	Não preparar o berço antes do nascimento	“O berço, não tenho. Não tenho montado. Só vai ser montado naquela altura quando eu for para baixo, quando (...) não vale a pena montar assim tão cedo.” (E9) “ Em principio não vou fazer. (...) Eu depois de estar na maternidade, de nascer a minha filha, como deve ser, com tudo direito ele há-de montar.” (E10) “O berço também não montei, dizem que dá azar e isto, eu não fiz.” (E3) “Uma diz que é fazer a cama, outra diz que é montar o berço e eu por sim, ou, pelo não, não monto o berço e nem faço a cama.” (E11)
		Não comprar roupa até ultrapassar o 1º trimestre	“Teve pessoas que me ofereceram, mas eu comprar, não comprei nada antes dos três meses.” (E3)
		Não colocar objectos em contacto com o corpo	“Eu uso sempre um guardanapo que eu preciso na algibeira ou alguma coisa, mas chaves não.” (E9)

Causas da adoção	Não tocar em animais	“Desde o momento que eu soube disto, retirei o avental, canetas e tudo, nunca mais voltei a pôr. E até agora não tenho qualquer contacto com a minha barriga e já estou tão acostumada que não gosto de nada a irritar, ou, a picar (...) não gosto.” (E12) “Eu tenho gatos em casa, mas eu não toco neles. Nos pêlos dos gatos, nem dos cães, nem em nada.” (E9)
	Prepara o enxoval perto do nascimento	“ o enxoval, ainda não tenho nada preparado (...) Portanto, eu mais para lá é que preparo, em Março, quando estiver já pertinho.” (E9)
	Evitar andar descalça	“ (...) e eu fui logo calçar os chinelos. Também eu nem gosto de andar descalça, aquilo foi só uma vez que eu pus os pés no chão por uns instantes.” (E 12)
	Cumprimento de um rito	“Acreditar em azares, eu não acredito. Mas montar, também não montei.” (E3) “Sim, arriscava (sorriu). Ainda estou naquela dúvida se monto, se não monto (...) mas como já são duas pessoas a dizerem (...) começo já a pensar, será que é mesmo? Pode ser coincidência daquelas pessoas (...) mas pronto, não vou dizer que sigo mesmo ou que acredito em cem por cento naquilo, mas vou ver, ainda não.” (E6)

			“Não sei. O acreditar, eu acredito. Mas pode acontecer, não é? A gente só acredita vendo.” (E9)
		Prevenção de motivos de culpabilização futura	“Eu acredito porque pode acontecer e a pessoa pode ter (...) não é um desgosto, porque a pessoa não tem culpa da criança vir assim, mas vai-se sentir ressentida, vai-se sentir “porque é que eu fiz isto?” (E9)
		Prevenção de decepções	“Antes dos três meses eu não comprei nada. (...) eu tive aquele medo de me afeiçoar tanto à gravidez e depois ter uma decepção, por isto nunca quis comprar nada. (...) Aos cinco meses é que soube que ia ter uma menina e a partir daí é que comecei a comprar o enxoval. Mas mais, mais, mais, a partir dos sete meses. (...) Porque eu senti-me segura. Até aos sete meses, comprava mas não era um comprar à vontade, apesar de saber que era uma menina. Comprei tudo a partir dos sete meses.” (E12)
		Desejo do bem-estar do filho	“A gente tem que acreditar, não é? Porque desde o momento que tu ficas grávida não sabes nada, é tudo novo para ti. Então tudo o que te dizem que não presta, tu aceitas bem porque não queres que nada aconteça ao teu filho, não é? (...) Tudo o que

			dizem que não presta para o bebê eu acabei por não fazer porque a gente não quer que aconteça nada ao nosso bebê, não é?” (E12)
		Tradição	“ (...) porque tenho ouvido algumas histórias que por acaso (...) não sei, coincidem (...) pode ser mera coincidência, mas (...)” (E6) “É sempre aquela coisa (...) não sei, as pessoas dizem que dá azar e eu tenho medo que aconteça alguma coisa. (...) Não sei. Pode acontecer alguma coisa a mim, ou à criança, ou, vir alguma coisa mal. Pronto, dizem, às vezes (...) não quer dizer que tudo o que dizem, nós acreditamos, mas ...às vezes as pessoas mais antigas, dizem mais coisas à gente. (...) Por isso, é que a gente tem sempre aquela coisa.” (E9) “E são estas coisas que me foram acompanhando na minha criação, que a gente tem que acreditar. Superstições antigas.” (E12)
		Experiências familiares	“Mas também não vou dizer que acredito plenamente nisto porque nunca vi um caso destes. Mas tenho um caso na família que nasceu com um trevo na cabeça.” (E12)

		Não adoptados	Transpor obstáculos	“ (...) se passasse o degrau, ou, se alguém me metesse alguma coisa na algibeira, não fazia mal.” (E2)
			Contacto de objectos junto ao corpo	“ (...) se passasse o degrau, ou, se alguém me metesse alguma coisa na algibeira, não fazia mal.” (E2) “Às vezes, algum lenço de papel (...). Só mesmo se não tenho nada para pôr é que não ponho. Mas (...) algum lenço de papel, ou, alguns trocos, isto não faz mal.” (E2) “Que não se pode usar cintos. Mas eu uso sempre! (...) Eu uso. Eu desabotoo o botão e uso o cinto mais larguinho, mas não é apertado.” (E4) “Ainda ontem, era aqui no casaco, pôs as chaves dentro da algibeira do casaco.” (E11)
		Causas da não adopção	Manutenção do estilo de vida	“Eu tenho feito o normal (...) tudo, o que eu fazia antes.” (E8)
			Descrença na tradição	“É. Isto também são coisas antigas (...). Isto, eu não acredito.” (E4) “Eu não acredito. (...) Eu para acreditar tenho que passar pelas coisas. Pronto, não vou dizer (...) por isto, quando é estes ditos, eu não vou dizer que as

		Procura de conhecimento científico	pessoas não passaram por isto, mas eu não acredito.” (E10) “As pessoas não tinham uma mente muito aberta como têm hoje em dia e acreditavam em tudo o que lhes diziam. Hoje não. Só acreditamos se for provado cientificamente, se não for a gente não acredita. (...) Provavelmente, ou, por não ter conhecimento dos tais mitos.” (E7) “Eu não acredito muito nisto (...) Principalmente porque (...) Eu consulto muito a Internet, por isto, estas crenças, eu não acredito muito nisto.” (E3)
--	--	---	--

TEMA: Estratégias para lidarem com as crenças

TEMA CENTRAL	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO/LOCALIZAÇÃO
ESTRETÁGIAS PARA LIDAREM COM AS CRENÇAS	Partilha de dúvidas com pessoas experientes	Familiares	“Porque às vezes falo com as minhas primas, ou, com as minhas tias.” (E4) “Já falo nisto em casa e já tenho mais uma orientação de pessoas mais antigas (...). Às vezes, com a minha sogra ou com a minha mãe que já têm mais certa idade. Eu costumo a falar.” (E9)
		Patroa	“É bom termos pessoas já experientes. Às vezes, dores que a gente tem ou certos desconfortos, vamos ter com uma pessoa que já esteve grávida saber se é normal, porque tudo é novo. E por acaso nestas coisas foi ela que me avisou e qualquer coisa que eu tenho eu vou ter com ela por ser experiente, mãe de três filhos, uma pessoa leva a sério! (...)“Pergunto a quem já esteve grávida ou está a passar o mesmo do que eu e realmente é tudo normal (...). Falo muito com a minha patroa (...) Já é mãe de três filhos “ (E12)

Adesão	Amiga	“ (...) com a minha amiga C. e é melhor a gente ouvir de quem sabe, do que por quem não passou, não é? Lógico que a gente fica mais por uma pessoa que já passou do que por uma pessoa que não sabe o que é uma gravidez.” (E12)
	Tradição	“ (...) Dizem que é coisas assim, de feitiços (...) Eu não acredito nada disto, mas (...) Não custa a pôr. Não. Porque até, eu não acredito nestas coisas de que alguém possa fazer mal. (...) Mas pronto, isto como são coisas que vêm de família, de trás e tudo, não custa pôr a tesoura. (...) Porque é coisas que a minha mãe diz, que é sempre bom pôr (...) Eu não acredito que possam fazer mal, mas ao mesmo tempo não custa nada pôr, sempre (...).” (E8)
	Desejo do bem-estar do filho	“Começo a imaginar mil e uma coisa. Fico sempre com medo. (...) Não fazendo aquilo que propriamente pode ser mau. Mantenho-me sempre calma, não abusar nem exagerar em nada. (...) Estas coisas que podem prejudicar a criança e isto eu não quero.” (E9)
	Momento ideal de realização de tarefas	“Antes dos três meses guardar assim, mais para nós. Pronto, não chegou aos três meses e até fiquei um

	Descrença	Prevenção de decepções	bocadinho aborrecida e disse-lhe “não. A gente disse que até aos três meses e não tinhas nada que disser”, mas pronto, depois foi uma alegria com toda a gente. (...) Mas disse: “não quero receber nada. Só quando passar os três meses, quando fizer quatro aí também”.” (E11)
			“Porque eu acho que é muito triste a gente se afeiçoar à ideia que se vai ter um filho e aos três, quarto meses perde-se. (...) E é muito pior ter-se coisas que ia ser para o filho.” (E12)
		Tradição	“ (...) na minha opinião isto são coisas tolas. Agora, quando são coisas muito graves, tudo bem, uma pessoa não faz, ou, coisa assim (...). O que tiver que acontecer, acontece. (...) Agora, eu sei lá se é pela cara, se é pela barriga. Porque é assim, as mães dizem: “tive três filhos, em que este foi diferente, aquele foi assim e o outro foi assim”. Por isto, uma pessoa não se pode basear como foi parecido a mim, por exemplo “como estás igual a mim, vai ser um rapaz ou uma rapariga”” (E10)
		Momento ideal de realização de tarefas	“ (...) dizem que não presta, mas isto eu não sou muito de acordo porque (...) porque eu acho que

		cada caso é um caso, se ela tiver que nascer bem, ela nasce e se tiver que acontecer que ela nasça com problemas, para mim é, eu é que vou sofrer com isto. Agora, não é porque eu tenho a roupa dela preparada (...) Qual é a diferença de se ter a roupa dela prontas no saco para ir para o hospital e de se ter as roupas dela arrumadas no armário? Eu não vejo diferença nenhuma nisso, qualquer uma das coisas vão te chocar (...) Porque é uma alegria poder preparar o enxoval do nosso filho, a gente não pode pensar que alguma coisa vai correr mal. (...) Mas eu não acho que fazer uma cama, ter um brinquedo ou ter um carrinho preparado, vá dar azar! E quando me falam nisto, eu acho uma estupidez. Acho, porque se está a ter uma gravidez saudável, se estamos a ser seguidas todas as semanas, se está a mexer bem, qual é a razão que a gente vai pensar que vai correr tudo mal.” (E12)
--	--	--

TEMA: Motivos da ausência de partilha de crenças com os enfermeiros durante a consulta de vigilância pré-natal

TEMA CENTRAL	CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO/LOCALIZAÇÃO
MOTIVOS DA AUSÊNCIA DE PARTILHA DE CRENÇAS COM OS ENFERMEIROS DURANTE A CONSULTA DE VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL	Falta de iniciativa dos enfermeiros		“Não [acena negativamente com a cabeça] Isto, elas nunca perguntaram.” (E3) “Não. (...) Elas não perguntam também não vou falar nisso.” (E4) “ Não sei (...) geralmente fala-se sobre (...) sobre, como está a correr, sobre o que se deve fazer. Por exemplo, na última consulta falou-se (...) em dar o leite, se eu ia dar o leite (...) fala-se sobre estas coisas assim, sobre os cuidados da alimentação que se deve ter. (...) Não se tem proporcionado falar acerca deste assunto assim, foi por isso.” (E6) “Só se me perguntam. (...) Não. Não, nunca me perguntaram. Também, nunca (...) nunca abordei ninguém para falar sobre o assunto. Talvez se eu perguntasse falavam, não é?” (E12)
	Falta de iniciativa das primigestas	Não constitui preocupação	“Não. Não é por nenhum motivo mas, isto não é nada que me afecte, por isto não falo.” (E1) “Também não tenho aquela preocupação de chegar lá e estar a falar naquilo, ou, (...) não é porque não

		Inadequado à consulta	me sinta bem, ou, é porque não tenho assim aquelas crenças. Talvez aquelas pessoas que tenham aquelas crenças têm a preocupação de falar mais” (E6) “ (...) também nunca foi uma coisa que me preocupasse. Nunca foi uma coisa que eu andasse a me martirizar, que eu pensasse “será que é bom?”, nunca foi. Como eu já te disse eu vivo um dia depois do outro.” (E12) “ Oh! Porque, isto são coisas que não têm nada a haver com (...) não sei! Eu acho que temos que perguntar coisas que tem a haver ou não com a alimentação, com a amamentação. Agora, estas coisas assim, eu acho que não!” (E11) “Mas já estou bem esclarecida no assunto, que não. (...) Pronto, eu falo em casa (...) ” (E9)
--	--	-----------------------	--

ANEXO V

Consentimento informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, declaro que aceito participar no estudo que a Enfermeira Patrícia Margarida Costa Duarte Ferreira pretende realizar, tendo sido esclarecida sobre os objectivos, finalidade e aspectos éticos, nomeadamente a confidencialidade e privacidade do informante.

Declaro, ainda, que autorizo a gravação da entrevista.

Data:___/___/___

Assinatura do (a) Participante _____

