

**Vivência da Gravidez e Importância Atribuída pelas Mães à
Consulta de Enfermagem: Um Estudo de Caso numa
Unidade de Saúde Familiar**

Ana Raquel de Andrade Silva Pereira

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Educação para a Saúde
(2º Ciclo de Estudos)

Orientadora: Professora Doutora Preciosa Teixeira Fernandes
(Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto)

Porto, 12 de Setembro de 2013

Agradecimentos

À Professora Doutora Preciosa Fernandes, pela disponibilidade com que acedeu a orientar-me e pela confiança que depositou neste trabalho. O meu sincero obrigada por toda a disponibilidade, pelas sugestões e correções concedidas e por todo o conhecimento científico transmitido. Agradeço não apenas as inúmeras trocas de impressões, mas também, a amizade, o estímulo e a compreensão sempre demonstradas. A orientação proporcionada permitiu efetuar as escolhas mais adequadas e a prosseguir um melhor caminho para a construção deste estudo.

À Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., ao Agrupamento de Centros de Saúde Entre Douro e Vouga I (Feira/Arouca) e à Unidade de Saúde Familiar Terras de Santa Maria, por autorizarem a realização deste estudo.

À Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Terras de Santa Maria, Dr.^a Maria Eduarda Vidal, e a todos os profissionais desta unidade que estiveram sempre presentes. Aos meus colegas enfermeiros... Catarina, Fátima, Fernando, Nathalie e Sónia... um agradecimento sincero pela ajuda no serviço e compreensão.

A todas as mulheres que se disponibilizaram a serem entrevistadas, pois sem vocês este trabalho não seria passível de ser realizado. O meu especial agradecimento por tornarem possível a concretização deste projeto.

Ao meu querido marido que amo muito. Agradeço com ternura a presença, a partilha, a compreensão e o incentivo fundamentais no desenvolvimento deste projeto. Não tenho palavras para descrever o teu apoio. Obrigada por tudo.

Aos meus queridos pais e irmão, que sempre me incentivaram a dar o meu melhor e sempre estiveram ao meu lado. Por tudo o que me transmitiram e proporcionaram ao longo da vida. Sem vocês seria impossível ter chegado até aqui.

A toda a minha família, pelo apoio e incentivo demonstrados durante a realização deste trabalho. À Joana, à Sofia e ao João Pedro pela ajuda prática na composição desta dissertação. À Dina e à Carina que mesmo distantes me apoiaram.

Aos meus amigos, em especial à Isilda, pela ajuda técnica prestada nos detalhes deste trabalho. Aos alunos do mestrado em educação para a saúde... um especial agradecimento à Vera, à Cristina e ao João... que nunca me deixaram desanimar e estiveram sempre ao meu lado na concretização deste projeto. Fizem desta caminhada uma caminhada muito mais rica e satisfatória.

Índice

Lista das Figuras	7
Lista dos Quadros.....	8
Lista de Siglas	9
Resumo	10
Abstract	11
Resumè	12
Introdução.....	13
Capítulo I. Opções e Procedimentos Metodológicos.....	16
I.1. Da Problemática ao Objeto de Estudo.....	16
I.2. Objetivos e Questões de Investigação	17
I.3. Paradigma Qualitativo de Investigação	19
I.3.1. Estudo de Caso	22
I.3.2. Método de Amostragem.....	26
I.3.3. A Entrevista como Método de Recolha de Informação.....	27
I.3.4. A Análise de Conteúdo como Técnica de Tratamento da Informação	30
Capítulo II. Gravidez e Maternidade - Fatores Fisiológicos, Psicológicos e Emocionais	35
II.1. Adaptações Fisiológicas na Gravidez	35
II.2. Adaptações Psicológicas na Gravidez.....	37
II.3. Adaptações Emocionais na Gravidez	42
II.4. Transição para a Maternidade.....	44
Capítulo III. Fundamentos Teóricos de Enfermagem	54
III.1. Modelo de Adaptação de Roy para a Enfermagem	55
III.1.1. Contributos do Modelo de Roy para a Theory of Adaption During Childbearing .	59
III.2. Teoria de Watson sobre o Cuidar	62
III.2.1. Contributos da Teoria do Cuidar de Swanson.....	65
III.3. Teoria de Médio Alcance das Transições em Enfermagem de Meleis	67
III.3.1. Adaptação à Transição: Contributos da Psicologia	77

Capítulo IV. Evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: uma Análise Focada nos Diplomas Legais.....	83
IV.1. Evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal	83
IV.2. Plano Nacional de Saúde 2012-2016	88
Capítulo V. Vigilância Pré-Natal nos Cuidados de Saúde Primários	92
V.1. Orientações para a Vigilância Pré-Natal.....	92
V.2. Vigilância Pré-Natal Adequada	100
V.3. Cuidados de Enfermagem na Vigilância Pré-Natal na Unidade de Saúde Familiar: uma Discussão.....	103
Capítulo VI. Dos Procedimentos Metodológicos à Apresentação dos Dados.....	114
VI.1. Questões Éticas.....	114
VI.2. Procedimentos Metodológicos	115
VI.3. Caracterização da USF Terras de Santa Maria.....	119
VI.4. Caracterização dos Sujeitos Participantes no Estudo	123
Capítulo VII. Apresentação, Análise e Interpretação dos Dados	126
VII.1. Vivência da Gravidez	126
VII.2. Gravidez e Maternidade como Mudança.....	131
VII.3. Consulta de Enfermagem de Saúde Materna.....	139
VII.4. Interpretação dos Dados	149
Considerações Finais	159
Referências Bibliográficas	161
Livros e Artigos	161
Organismos.....	171
Legislação.....	172
Anexos	175
Anexo 1 – Consentimento Informado para a Investigação.....	175
Anexo 2 – Consentimento Informado para Gravação Áudio	177
Anexo 3 – Guião das Entrevistas	178
Anexo 4 – Autorização da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, I.P.....	182

Anexo 5 – Autorização da Diretora Executiva do ACeS Entre Douro e Vouga I (Feira/Arouca)	185
Anexo 6 – Autorização da Coordenadora da USF Terras de Santa Maria.....	186

Lista das Figuras

Figura 1 – Modelo de Adaptação de Roy	55
Figura 2 – Ligações entre o Modelo de Adaptação de Roy e a Theory of Adaption During Childbearing	59
Figura 3 – Estrutura do Cuidar segundo Swanson (1991, 1993)	66
Figura 4 – Teoria de Médio Alcance das Transições em Enfermagem	68
Figura 5 – Programa de Suplementação Preventiva de Papel	75
Figura 6 – Fatores de Mediação do Processo de Transição-Adaptação	78
Figura 7 – Competências do Enfermeiro nas Funções de Ajuda e Educação e Guia	112
Figura 8 – Mapa do Concelho de Santa Maria da Feira	120
Figura 9 – Pirâmide Etária da USF Terras de Santa Maria	122

Lista dos Quadros

Quadro 1 – Tipos de Amostra	26
Quadro 2 – Sentimentos Confortáveis e Desconfortáveis da Gravidez	43
Quadro 3 – Tarefas de Desenvolvimento da Gravidez e Puerpério	49
Quadro 4 – Indutores de Stress	56
Quadro 5 – Elementos Essenciais do Modelo do Cuidado da Transição	73
Quadro 6 – Educação para a Saúde do Pré-Natal	99
Quadro 7 – Critérios do Índice de Kessner	101
Quadro 8 – Dimensões, Categorias e Subcategorias da Análise de Conteúdo	118
Quadro 9 – Utentes Inscritos por Grupo Etário	122
Quadro 10 – Caracterização dos Sujeitos Participantes no Estudo	124

Lista de Siglas

ACeS – Agrupamentos de Centros de Saúde

APNCU-I – Adequacy of Prenatal Care Utilization Index

ARS – Administração Regional de Saúde

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DSMIA – Divisão Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes

EpS – Educação para a Saúde

EEESMOG – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

EESMOG – Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

hCG – Gonadotrofina Coriônica Humana

INE – Instituto Nacional de Estatística

MCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USF TSM – Unidade de Saúde Familiar Terras de Santa Maria

USP – Unidade de Saúde Pública

WHO – World Health Organization

Resumo

A gravidez representa um acontecimento marcante na vida da mulher. Durante esse período a mulher sofre mudanças de carácter fisiológico e psicológico que se repercutem na sua rotina pessoal, social e familiar, e experimenta emoções fortes. O sentimento de “ser mãe” vai-se desenvolvendo num emaranhado de sentimentos: alegria, dúvidas e medos. O recurso à consulta de saúde materna, e o respetivo acompanhamento que é feito pelo enfermeiro, constitui um meio de apaziguamento das futuras mães e um importante recurso para as ajudar a ultrapassar com sucesso as suas incertezas e medos.

Foi no âmbito da consulta de enfermagem de saúde materna que desenvolvemos esta investigação, mais especificamente no contexto dos Cuidados de Saúde Primários e no âmbito do acompanhamento das grávidas sem ou com baixo risco. O estudo foi realizado na Unidade de Saúde Familiar Terras de Santa Maria e teve como objetivos: i) compreender a vivência das mulheres no seu processo de adaptação à maternidade na gravidez; ii) identificar os efeitos do acompanhamento do enfermeiro nas consultas de enfermagem de saúde materna na vivência do processo da gravidez pelas mulheres; e iii) caracterizar as perceções das mulheres relativamente ao acompanhamento do enfermeiro durante a gravidez nas consultas de enfermagem de saúde materna.

Optamos por uma pesquisa qualitativa com abordagem do tipo estudo de caso e para a recolha de dados utilizamos a entrevista semiestruturada. Os dados, organizados em três dimensões: i) vivência da gravidez; ii) gravidez e maternidade como mudança; e iii) consulta de enfermagem de saúde materna, foram submetidos à análise de conteúdo.

Os resultados evidenciaram, por um lado, que o processo de gravidez é uma experiência complexa que envolve a mulher na sua multidimensionalidade, sendo esta influenciada pela sua história pessoal. Por outro lado, revelaram que a construção da *identidade de mãe* se desenvolve gradualmente ao longo da gravidez acompanhando as transformações físicas e psicológicas que vai vivenciando. Conclui-se também a importância da vigilância pré-natal, especialmente na redução das preocupações relacionadas com a saúde da grávida e do bebé. A satisfação com a consulta de enfermagem, assim como, a humanização e as competências técnicas e científicas do enfermeiro foram destacadas pelas entrevistadas, evidenciando qualidades como a atenção, a dedicação, a acessibilidade e o profissionalismo.

Palavras-Chave: Gravidez, Maternidade, Cuidado Pré-Natal, Consulta de Enfermagem.

Abstract

Pregnancy represents an outstanding event in a woman's life. During that phase, the woman undergoes physiologic and psychological changes which are then reflected in her personal, social and family routine, making her experiencing strong emotions. The feeling of "becoming a mother" develops together with entangled feelings: joy, doubt and fear. The maternal health appointment, and the accompaniment that is made by the nurse, is a mean of appeasement of future mothers and an important resource for helping them to successfully overcome their uncertainties and fears.

It was in the ambit of the maternal health nursing appointment that we developed this investigation, specifically on the context of Primary Health Care and in relation to follow-up of pregnant women with none or low risk. The study was conducted at the *Terras de Santa Maria* Family Health Unit and aimed to: i) understand the experience of women in their process of adaptation to motherhood during pregnancy; ii) identify the effects of the nursing appointments on the experience of the pregnancy process by women; and iii) characterize the perceptions of women about the nurse accompaniment during maternal health nursing appointment.

We chose a qualitative approach with a case study and data collection through a semi-structured interview. The data, organized in three dimensions: i) experience of pregnancy; ii) pregnancy and motherhood as a change; and iii) maternal health nursing appointment, was subjected to content analysis.

The results showed, in one hand, that the pregnancy process is a complex experience that involves the woman in her multidimensionality, which is influenced by her personal history. On the other hand, it showed that the construction of the *mother identity* develops gradually along with pregnancy and it accompanies the physiological and psychological changes that the mother experiences. We could also conclude the importance of prenatal surveillance, especially in reducing the concerns about the mother's own health and the health of her child. The satisfaction with the nursing appointment, as well as humanization and technical and scientific expertise of nurses were highlighted by the interviewed, evidencing qualities such as attention, dedication, accessibility and professionalism.

Key-Words: Pregnancy, Motherhood, Prenatal Care, Nursing Appointment.

Resumé

La grossesse est un évènement marquant dans la vie d'une femme. Pendant cette période, la femme souffre de changements physiologiques et psychologiques qui se répercutent le long de son quotidien personnel, sociale et familial et vit de fortes émotions. Le sentiment « d'être mère » se développe en une grande variété de sentiments : joie, incertitudes et peurs. Avoir recours à la consultation de santé maternelle, et l'accompagnement effectué par l'infirmier est un moyen d'apaisement pour les futures mères et un important moyen de les aider à surpasser avec succès leurs incertitudes et leurs peurs.

C'est dans le cadre de la nomination de soins de santé maternelle que nous avons développé cette enquête, en particulier dans le contexte des soins de santé primaires et le suivi des femmes enceintes avec aucun ou peu de risque. L'étude a été menée dans l'Unité de Santé Terras de Santa Maria et a pour objectif: i) comprendre l'expérience des femmes dans leur processus d'adaptation à la maternité pendant la grossesse; ii) identifier les effets de l'accompagnement de l'infirmier pendant les consultations de santé maternelle et comment est vécu la grossesse par les femmes; iii) caractériser les perceptions des femmes relativement à l'accompagnement de l'infirmier pendant la grossesse durant les consultations en soins infirmiers de la santé maternelle clinique.

Nous avons choisi une approche qualitative, avec l'étude de cas et la collecte de données utilise une entrevue semi-structurée. Les données, organisées en trois dimensions: i) l'expérience de la grossesse; ii) grossesse et maternité comme changement; et iii) consultation infirmière de santé maternelle, ont été soumises à une analyse de contenu.

Les résultats ont montré, d'une part, que le processus de la grossesse est une expérience complexe qui implique les femmes dans sa multi dimensionnalité, qui est influencée par leur histoire personnelle. D'autre part, il a montré que la construction du rôle maternel se développe progressivement avec la grossesse et il accompagne les changements physiologiques et psychologiques que le de mère vie. Il conclut également l'importance de la surveillance prénatale, en particulier dans la réduction des préoccupations au sujet de leur propre santé et celle du bébé. La satisfaction à l'égard de la consultation en soins infirmiers, ainsi que l'humanisation et l'expertise technique et scientifique des infirmières ont été mis en évidence par les femmes enceintes, montrant des qualités telles que l'attention, le dévouement, l'accessibilité et le professionnalisme.

Mots-clés: Grossesse, Maternité, Attention Prénatale, Consultation Infirmière.

Introdução

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), enquanto base do Serviço Nacional de Saúde (SNS), têm como pressupostos a proximidade, a continuidade, a sustentabilidade, a acessibilidade, a eficiência, a participação e a equidade, visando a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e a reabilitação. Os CSP estruturam-se institucionalmente em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) que, por sua vez, se organizam em diferentes Unidades Funcionais com competências complementares (Decreto-Lei n.º157/99 de 10 de Maio). As Unidades de Saúde Familiar (USF) oferecem um conjunto de cuidados personalizados, globais, integrados, permanentes e continuados aos indivíduos e famílias. É neste contexto que se enquadra a vigilância das mulheres com uma gravidez sem ou com baixo risco, sendo que esta vigilância é assumida pelo núcleo base de serviços clínicos, constituída pelo médico de família e pelo enfermeiro. O enfermeiro, como membro de uma equipa multidisciplinar, assegura os princípios dos CSP ao contribuir para o cumprimento das metas do Plano Nacional de Saúde (PNS), assim como, dos objetivos da própria instituição, através do seu desempenho profissional. Os cuidados de enfermagem desenvolvem-se numa abordagem ao longo do ciclo vital onde é dado ênfase aos processos adaptativos, nomeadamente a gravidez e a transição para a maternidade. O enfermeiro tem um papel fundamental no desenvolvimento de atividades que maximizem as capacidades e os recursos dos indivíduos e famílias nos processos de transição, nomeadamente ao nível da educação para a saúde (EpS).

Nas experiências vividas ao longo de seis anos nas consultas de enfermagem de vigilância pré-natal, percebemos que a relação de proximidade estabelecida entre o enfermeiro e a grávida/família, colocam este profissional numa posição privilegiada que permite o acompanhamento deste processo.

A gravidez e a transição para a maternidade são *passagens* na vida da mulher e da sua família, as quais, para serem ultrapassadas exigem ser envolvidas por cuidados, daí a importância de melhor compreender como se desenvolvem estas grandes passagens da vida e o que as caracteriza.

Nestes propósitos, efetuou-se um estudo de caso numa Unidade de Saúde Familiar onde se pretendeu: i) compreender a vivência das mulheres no seu processo de adaptação à maternidade na gravidez; ii) identificar os efeitos do acompanhamento do enfermeiro nas consultas de enfermagem de saúde materna na vivência do processo da gravidez pelas mulheres; e iii) caracterizar as perceções das mulheres relativamente ao acompanhamento do enfermeiro durante a gravidez nas consultas de enfermagem de saúde materna.

Do ponto de vista da organização, este trabalho estrutura-se em sete capítulos que, embora distintos, não deixam de ser interdependentes.

No primeiro capítulo, intitulado, *“Opções e Procedimentos Metodológicos”*, privilegiamos a construção do objeto de estudo e a descrição da metodologia que adotamos. Traçamos as questões e os objetivos orientadores da investigação e apresentamos o modo como a investigação foi planeada através da justificação da metodologia utilizada, as estratégias de recolha de dados e os aspetos relacionados com o tratamento da informação. O método de recolha de informação empírica selecionado foi a entrevista semiestruturada e para o tratamento dos dados recorreremos à análise de conteúdo.

O segundo capítulo, denominado *“Gravidez e Maternidade – Fatores Fisiológicos, Psicológicos e Emocionais”*, organiza-se em torno dos conceitos envolvidos no estudo – gravidez e maternidade. Realizando uma revisão da literatura, apresentamos as adaptações fisiológicas, psicológicas e emocionais à gravidez, assim como, o processo de transição para a maternidade e as suas implicações.

No terceiro capítulo, designado *“Fundamentos Teóricos de Enfermagem”*, procuramos explicitar os caminhos da Enfermagem valorizando o uso da investigação e do desenvolvimento de modelos teóricos de enfermagem que sustentam as intervenções autónomas dos enfermeiros, nos cuidados à grávida e família.

No quarto capítulo, apelidado *“Evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: uma Análise Focada nos Diplomas Legais”*, efetuamos um enquadramento legislativo sobre o Serviço Nacional de Saúde. Fazemos uma retrospectiva sobre a evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal caracterizando, sucintamente, as diversas gerações. Num segundo momento, apresentamos resumidamente os eixos estratégicos do Plano Nacional da Saúde 2012-2016.

O quinto capítulo, designado *“Vigilância Pré-Natal nos Cuidados de Saúde Primários”*, pretende enquadrar a vigilância da saúde pré-natal como um fator determinante na mortalidade e morbilidade materna e perinatal. Analisamos as orientações internacionais e nacionais para a vigilância pré-natal nos Cuidados de Saúde Primários, enfatizando a importância da educação para a saúde. Terminamos este capítulo, com um debate acerca das competências do enfermeiro na vigilância pré-natal no contexto desta investigação (Unidade de Saúde Familiar).

No sexto capítulo, denominado *“Dos Procedimentos Metodológicos à Apresentação dos Dados”*, apresentamos o modo como a investigação foi conduzida na prática. Indicamos, ainda, a caracterização do contexto da investigação e a caracterização socioprofissional das mulheres entrevistadas.

Os resultados da investigação empírica são apresentados no sétimo capítulo, intitulado *“Apresentação, Análise e Interpretação dos Dados”*. Neste capítulo discutimos e

interpretamos os resultados obtidos através da análise das entrevistas, procurando, à luz da revisão teórica e da prática de intervenção, conferir-lhe um significado.

Por último, elaboramos as considerações finais do estudo, destacando as reflexões suscitadas em todo o processo de investigação. Por um lado, pretendemos que os resultados sirvam de guia e motivação para outros estudos, por outro, esperamos contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às grávidas e suas famílias.

Capítulo I. Opções e Procedimentos Metodológicos

Notas Introdutórias

Este primeiro capítulo tem como principal objetivo descrever o processo metodológico, fundamentando as opções tomadas. Nesta perspetiva, optamos por realizar uma introdução à problemática em estudo explicitando as questões e os objetivos traçados para esta investigação e apresentamos também as razões que justificaram o recurso ao estudo de caso. Assim, este capítulo encontra-se estruturado em três subcapítulos: o primeiro esclarece a problemática em estudo e o objeto de estudo; o segundo apresenta as questões e objetivos da investigação e o terceiro aborda as opções e procedimentos metodológicos utilizados para desenvolver este estudo.

I.1. Da Problemática ao Objeto de Estudo

Num processo de investigação, a primeira tarefa é escolher o problema a ser pesquisado. Blumer (1969, citado por Flick, 2005, p. 2) refere que a “posição de partida do cientista social e do psicólogo é sempre a mesma, na prática: a falta de familiaridade com o que está a acontecer na dimensão da vida escolhida para o estudo”. No entanto, na escolha do problema de pesquisa o investigador recebe influências do seu meio cultural, social e económico podendo ser verificadas muitas implicações nesta escolha, nomeadamente a relevância, oportunidade e comprometimento (Gil, 1999, p. 50).

Desta forma, e enquanto enfermeira, interessou-nos particularmente a área de educação para a saúde (EpS), uma vez que a consideramos de extrema relevância, na medida em que esta poderá aumentar a competência da pessoa para a realização de escolhas saudáveis de um modo informado, consciente, responsável e autónomo. De todas as dimensões da EpS, suscitou-nos particular interesse a intervenção junto das mulheres grávidas. Nesta opção tivemos em conta o facto de a gravidez ser uma fase na qual a mulher deve aprender como receber e bem cuidar dela e futuramente do recém-nascido. Este pressuposto de base ao estudo está em convergência com o que é referido no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 (Capítulo 4.2, p. 5) ao enunciar que “existe evidência de benefícios para a saúde a longo prazo através de intervenções de planeamento e

acompanhamento da gravidez; preparação para a parentalidade; estilos de vida saudáveis da grávida; preparação para o parto; amamentação e imunização”. Nesta linha de pensamento, reconhecemos que as Unidades de Saúde Familiar (USF) são um dos locais privilegiados para desenvolver a EpS no âmbito da área de saúde materna. As USF surgem com a reforma dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), iniciada em 2005, e têm como finalidade melhorar o seu desempenho através da reorganização em equipas multiprofissionais assente no conceito de trabalho em equipa.

Tendo em consideração que a vigilância pré-natal é um processo complexo e que requer não só conhecimentos teóricos mas também competências técnicas e comunicacionais dos enfermeiros e que a prestação de cuidados com qualidade é um critério fundamental nas USF suscita-nos um maior interesse por esta problemática.

Por outro lado, no 88º artigo, alínea a) do Código Deontológico dos Enfermeiros refere que o enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de “analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”. O cumprimento deste dever exige a utilização de uma metodologia científica que baseie e sustente a prática em estudos de investigação como um dos caminhos promotores da qualidade dos cuidados e da excelência do exercício (Lei n.º111/2009 de 16 de Setembro).

Foi no quadro desta situação, e destas ideias, que começamos a questionar-nos acerca das perceções que as mães, que foram acompanhadas durante a gravidez nas consultas de enfermagem de saúde materna, têm acerca do *cuidar* e da *prestação de cuidados de enfermagem* ao longo deste mesmo período. Dito de outro modo, interrogamo-nos como é que as mães veem os cuidados de enfermagem ao longo da gravidez, constituindo esta interrogação um dos problemas a estudar.

Com esta investigação, procuramos, ainda, explorar as vivências das mães acerca do “estado de gravidez” nas suas múltiplas dimensões relacionando-o com o processo de adaptação à maternidade que ocorre nesta fase.

I.2. Objetivos e Questões de Investigação

A pergunta de partida corresponde a uma interrogação explícita relativa a um domínio que se pretende explorar vista a obter novas informações. É um “enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a natureza da população que se quer estudar e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 1999, p. 51). É nesta linha de pensamento que Quivy & Campenhoudt (2008, p. 43) argumentam que a

pergunta de partida deve obedecer a três critérios de qualidade: clareza; exequibilidade e pertinência. A clareza diz respeito à precisão e à concisão no modo de formular a pergunta. A exequibilidade está relacionada com o carácter realista do trabalho que a pergunta deixa vislumbrar. A pertinência relaciona-se com o registo em que se enquadra a pergunta, como por exemplo, explicativo, normativo ou preditivo (Quivy & Campenhoudt, 2008, p. 35-38). Segundo Flick (2005, p. 51) trata-se de uma proposição essencial no sentido em que da sua formulação dependem decisões relevantes acerca dos métodos, quem (pessoas, grupos, instituições) e o quê (processos, atividades, estilos de vida) que deve ser incluído no estudo. A pergunta de partida, configuradora do problema a estudar, permite que o investigador possa iniciar o seu trabalho sem demora e estruturá-lo com coerência. Quivy & Campenhoudt (2008, p. 32) mencionam que a adoção de uma pergunta de partida deve “(...) exprimir o mais exatamente possível o que o investigador procura saber, elucidar, compreender melhor”.

É tendo em conta os argumentos aludidos que elencamos um conjunto de questões que, no seu conjunto, configuram o problema a estudar, e visam facilitar a estrutura da pesquisa:

- Como descrevem as mulheres a vivência da gravidez e o desenvolvimento do sentido de “ser mãe”/identidade materna?
- Quais os efeitos do acompanhamento do enfermeiro, nas consultas de enfermagem de saúde materna, na vivência da gravidez?
- Que significados atribuem as mulheres durante a gravidez ao acompanhamento do enfermeiro nas consultas de enfermagem de saúde materna?

Para a concretização das questões anteriormente enunciadas definimos os seguintes objetivos:

- Compreender a vivência das mulheres no seu processo de adaptação à maternidade na gravidez.
- Identificar os efeitos do acompanhamento do enfermeiro nas consultas de enfermagem de saúde materna na vivência do processo da gravidez pelas mulheres.

- Caracterizar as percepções das mulheres relativamente ao acompanhamento do enfermeiro durante a gravidez nas consultas de enfermagem de saúde materna.

De acordo com Fortin (1999, p. 40) o objetivo de investigação é “um enunciado que indica claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo. Pode tratar-se de explorar, de identificar, de descrever, ou ainda de explicar ou predizer tal ou tal fenómeno”.

I.3. Paradigma Qualitativo de Investigação

Para Kuhn (1970, citado por Moreira, 2007, p. 18) um paradigma designa uma “perspetiva teórica partilhada e reconhecida pela comunidade científica de uma determinada disciplina”. Perspetiva, esta, que orienta a investigação, identificando os fatores relevantes a estudar, formulando problemas e selecionando os métodos e técnicas de investigação necessários. Guba & Lincon (1994, citados por Aires, 2011, p. 14-15) apoiam a perspetiva de Kuhn (1970) defendendo que os paradigmas ajudam a perceber a natureza da realidade investigada (pólo ontológico), os modelos de interação entre o investigador e o investigado (pólo epistemológico) e as formas como se realiza a aproximação à realidade (pólo metodológico e técnico).

Desta forma, podemos inferir que os resultados de uma investigação serão diferentes dependendo do paradigma de investigação selecionado. Este facto salienta a importância do potencial que a triangulação de metodologias de investigação pode ter para o conhecimento mais diversificado do mesmo fenómeno. Cupchik (2001, p. 28-29) considera que as duas abordagens estão inter-relacionadas, contribuindo a pesquisa quantitativa para a identificação precisa de processos relevantes enquanto a investigação qualitativa proporciona a base da sua descrição.

Nesta perspetiva, e tendo o estudo que pretendemos desenvolver como objetivos conhecer os significados das mães relativamente à vivência do “estado de gravidez” e as percepções que as mães têm acerca acompanhamento feito pelo enfermeiro nas consultas de enfermagem de saúde materna, adotamos o paradigma interpretativo. De acordo com Morgado (2012, p. 41) “o paradigma interpretativo, denominado frequentemente paradigma qualitativo, hermenêutico, fenomenológico, antropológico ou etnográfico, (...) insere-se numa corrente interpretativa cujo interesse se centra primordialmente no estudo dos significados das (inter)ações humanas e da vida social”. Este paradigma pretende pesquisar

atitudes e comportamentos, objetivando a sua compreensão e eventualmente porque surgiram e como podem ser melhorados. Simultaneamente admite que a realidade não é uma entidade fixa, pois existe num determinado contexto onde muitas construções são possíveis. É um dos tipos de investigação adequado às Ciências Sociais e Humanas, onde se enquadra a disciplina de Enfermagem, a qual habitualmente opta pela investigação qualitativa, porque para compreender as vivências humanas, é muitas vezes necessário colher e analisar dados narrativos dos sujeitos. É tendo por referências estas ideias que consideramos que a metodologia de investigação qualitativa é aquela que melhor se adequa às características deste estudo. De acordo com Sarmento (2003, p. 142 citado por Morgado, 2012, p. 41) o conhecimento científico dos factos sociais “resulta de um trabalho de interpretação, o qual só é possível mediante uma interação entre o investigador e os atores sociais, de forma a poder reconstituir-se a complexidade da ação e das representações da ação social.”

Segundo Moreira (2007, p. 49) a abordagem qualitativa busca “entrar dentro do processo de construção social, reconstruindo os conceitos e ações da situação estudada, para descrever e compreender em detalhe os meios através dos quais os sujeitos empreendem ações significativas e criam um mundo seu (e dos demais)”.

Flick (2005, p. 13) refere que “a investigação qualitativa está vocacionada para a análise de casos concretos, nas suas particularidades de tempo e de espaço, partindo das manifestações e atividades das pessoas nos seus contextos próprios”. Denzin & Lincon (1994, citados por Gephart, 2004, p. 454) mencionam que “a investigação qualitativa é uma investigação que utiliza vários métodos e que emprega uma abordagem interpretativa e naturalista em relação ao objeto em estudo”.

Bogdan & Biklen (1994, p. 70), por sua vez, mencionam que o objetivo da investigação qualitativa é “(...) melhor compreender o comportamento e experiência humanos. [...] compreender o processo mediante o qual as pessoas constroem significados e descrever em que consistem esses mesmos significados”.

Desta forma e segundo Coutinho (2008), a abordagem qualitativa pressupõe adotar uma posição relativista e inspira-se numa epistemologia subjetiva que valoriza o papel do investigador/construtor do conhecimento. Pretende substituir as noções de explicação, previsão e controlo do paradigma quantitativo pelas de compreensão, significação e ação em que se procura penetrar no mundo pessoal dos sujeitos. A postura qualitativa desenvolve a metodologia indutiva do processo de investigação segundo a qual os dados são recolhidos “[...] com o objetivo de encontrar neles regularidades que fundamentem generalizações que serão cada vez mais amplas [...] o investigador ausculta as opiniões individuais [...] sem se preocupar em categorizar as respostas de antemão; pressupõe ser fundamental atender às características individuais dos intervenientes num

programa/intervenção, porque é da forma como estes se desempenham que tudo depende” (Coutinho, 2008, p. 7).

Uma das críticas relativas à investigação qualitativa é a de que os seus resultados só se tornam compreensíveis, se forem intercalados com citações elucidativas, retiradas das entrevistas ou dos protocolos de observação. Bühler-Niederberger (1985, citado por Flick, 2005, p. 223) “sustenta criticamente que a credibilidade adquirida com isso não é suficiente, especialmente quando o investigador o utiliza como instrumento único para documentar as suas afirmações.”

Apesar de concordarmos com Ramos (2005, citado por Coutinho, 2008, p. 9) quando afirma que “as perspetivas pós-modernas sugerem que a objetividade de determinada realidade nunca pode ser alcançada (...)” consideramos ser importante explorar a questão da qualidade científica.

De acordo com Lessard-Hébert *et al.* (1990, p. 65) “os critérios científicos utilizados nas metodologias qualitativas recebem normalmente a mesma denominação que na investigação «positivista» (experimental) ou quantitativa.” Deste modo, referimo-nos a critérios de objetividade, validade e fidelidade.

Kirk & Miller (1986, citados por Lessard-Hébert *et al.*, 1990, p. 66) concebem a objetividade como a “construção de um objeto científico que passa, por um lado, pelo confronto dos conhecimentos ou das ideias com o mundo empírico e, por outro lado, pelo consenso social de um grupo de investigadores sobre essa mesma construção”. Os procedimentos de objetivação nas metodologias qualitativas operam por explicitação enquanto nas metodologias quantitativas atuam por redução.

A validade questiona “se os dados ou medidas obtidas possuem valor de representação e se os fenómenos estão corretamente denominados, ou seja, se as variáveis que os identificam receberam as designações corretas” (*ibidem*, p. 68).

A fidelidade incide sobre as técnicas e instrumentos de medida ou de observação sendo que a validade pressupõe a fidelidade mas não o inverso. Segundo Kirk & Miller (1986) existem três formas de caracterização da fiabilidade como critério de avaliação da investigação qualitativa. A fidelidade quixotesca refere-se à capacidade de produzir consistentemente os mesmos valores através de um mesmo método de observação. A fidelidade diacrónica que se refere à estabilidade das medições e observações ao longo do tempo. A fidelidade sincrónica reporta-se à constância ou consistência dos resultados obtidos na mesma ocasião, com instrumentos diferentes (*ibidem*, p. 80-81).

No entanto Guba & Lincon (1991, citados por Coutinho, 2008, p. 8) defendem que dependendo do paradigma, quantitativo ou qualitativo, os critérios devem ser distintos:

“[...] para quem investiga dentro do paradigma quantitativo o rigor se atinge buscando a validade interna e externa, a fiabilidade e a objetividade [...] para o paradigma qualitativo os critérios sejam a credibilidade (*credibility*, ou seja a capacidade dos participantes confirmarem os dados), a transferibilidade (*transferibility*, ou seja, a capacidade dos resultados do estudo serem aplicados noutros contextos), a consistência (*dependability*, ou seja, a capacidade de investigadores externos seguirem o método usado pelo investigador) e a aplicabilidade ou confirmabilidade (*confirmability*, ou seja, a capacidade de outros investigadores confirmarem as construções do investigador)”.

I.3.1. Estudo de Caso

Tendo presente as questões e objetivos que orientam esta investigação, consideramos que o tipo de estudo mais adequado para responder às questões de investigação é o estudo de caso.

Segundo Pardal e Correia (1995, p. 22) o estudo de caso tem vindo a sofrer uma valorização crescente no âmbito da investigação social pois “(...) permite compreender naquela [situação] o particular na sua complexidade (...)”.

De acordo com Bell (2010, p. 8) “o estudo de caso pode ser particularmente adequado para pesquisadores individuais, pois fornece uma oportunidade para estudar em certa profundidade um determinado aspeto de um problema”. Esta autora refere que o estudo de caso tem como objetivo identificar características ou processos interativos de trabalho (decisões, programas, processos de implementação, mudança organizacional) no sentido de mostrar como estes afetam a implementação de sistemas e influenciam a forma como uma organização funciona. Estes processos podem permanecer ocultos numa pesquisa em larga escala mas serem cruciais para o sucesso ou o fracasso de sistemas ou organizações. Sendo objetivo principal desta investigação compreender as perceções de um grupo de mulheres acerca da vivência da gravidez e do acompanhamento pelo enfermeiro, tivemos, também como intenção analisar um contexto específico de intervenção na área da saúde materna e contribuir, ainda que remotamente, para a melhoria contínua do exercício profissional dos enfermeiros.

Ponte (1994, p. 4-5) refere três características essenciais do estudo de caso. Em primeiro lugar refere que o estudo de caso tem uma componente descritiva pertinente, na medida em que o investigador ao optar por este método “não pretende modificar a situação, mas compreendê-la tal como ela é.” Em segundo lugar, menciona que o estudo de caso não é experimental. “Recorre-se a ele quando não se tem controlo sobre os acontecimentos e

não é portanto possível ou desejável manipular as potenciais causas do comportamento dos participantes.” Em terceiro lugar expõe que o estudo de caso é uma investigação de natureza empírica, uma vez que se “baseia fortemente em trabalho de campo ou em análise documental”. Também Yin (2001, p. 18) considera que o estudo de caso “é uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos.”

De acordo com Bell (1993, p. 23) a grande vantagem deste método consiste no facto de permitir ao investigador a “possibilidade de se concentrar num caso específico ou situação e de identificar, ou tentar identificar, os diversos processos interativos em curso.” Neste sentido, para que o investigador consiga alcançar uma interpretação do caso enquanto entidade unitária, deve identificar os fatores que contribuem para o fenómeno e como se encontra representado pelo caso em estudo; descrever a interação destes fatores de modo a que o caso possa ser enquadrado numa rede de relações; captar a história do fenómeno como um processo em desenvolvimento; e destacar o padrão ou tema central que caracteriza a unicidade do caso. O objetivo consiste, por outras palavras, na compreensão global do fenómeno, tal como se manifesta no caso.

De Bruyne *et al.* (1975, citados por Lessard-Hébert *et al.*, 1990, p. 169) referem que o investigador está pessoalmente envolvido ao nível de um estudo aprofundado de casos particulares pelo que a sua atitude compreensiva pressupõe “uma participação ativa na vida dos sujeitos observados e uma análise em profundidade do tipo introspetivo”. Consideram, assim que o estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos de forma a reunir informações tão numerosas e tão pormenorizadas quanto possível com vista a abranger a totalidade da situação. Esta é a razão pela qual, num estudo de caso se utilizam variadas técnicas de recolha de informação (observações, entrevistas, documentos). Bell (1993, p. 23) refere que a observação e as entrevistas são os métodos mais frequentemente utilizados nesta abordagem, no entanto, nenhum método é excluído.

Yin (2001, p. 23-25) refere que o estudo de caso como trabalho de investigação pode ser utilizado com três propósitos distintos. O estudo de caso do tipo exploratório, que tem por finalidade obter informação acerca do respetivo objeto de interesse principalmente em “(...) situações nas quais a intervenção que está a ser avaliada não apresenta um conjunto simples e claro de resultados” e responde à questão “o que”. O estudo de caso do tipo descritivo, que tem como intenção “descrever uma intervenção e o contexto na vida real em que ela ocorre” e responde às questões “quem”, “onde” e “quanto(s)”. O estudo de caso do tipo causal ou explanatório onde o mais importante é “explicar os vínculos causais em intervenções da vida real que são complexas demais para as estratégias experimentais ou

aquelas utilizadas em levantamentos”, cuja finalidade é problematizar o objeto, construir ou desenvolver nova teoria ou confrontá-la com teoria já existente e responde às questões “como” e “por que”.

Partindo dos propósitos da investigação, Stake (1998, p. 16-17) alude que o estudo de caso pode ser distinguido, também, em três tipos. O estudo de caso intrínseco pretende descrever uma situação particular e complexa de interesse para o investigador. Ao investigador não importa que com o seu estudo possamos aprender sobre outros casos ou sobre algum problema em geral. Importa compreender melhor e aprender sobre esse caso específico. O estudo de caso instrumental tem como finalidade a compreensão de uma outra situação, ou seja, o investigador vai compreender uma outra situação mediante o estudo de um caso particular. O estudo de caso coletivo trata-se de um estudo intensivo de vários casos. O investigador utiliza vários casos para, através da sua comparação, conseguir um conhecimento mais profundo sobre um determinado fenómeno ou uma situação real. Holanda (2006, p. 367) vem reforçar a ideia de Stake mencionando que “o foco do estudo de caso pode ser intrínseco (quando se encara o “caso” na sua singularidade) ou instrumental (tomando-se o “caso” como ilustração). Se houverem mais casos, então o estudo caracterizar-se-á como sendo “caso coletivo”.

No entanto, Ponte (1994, p. 8) refere que o estudo de caso pode ser utilizado com outro propósito diferente da investigação. Nesta situação referimo-nos ao estudo caso como *forma de ensino e de apoio à prática profissional* comumente utilizados nas disciplinas de Medicina, Direito e Serviço Social. Para este autor, o estudo de caso pode seguir duas perspetivas principais. A perspetiva interpretativa que procura compreender como é o mundo do ponto de vista dos participantes e a perspetiva pragmática que procura facultar a perspetiva geral do objeto de estudo sob o ponto de vista do investigador.

Holanda (2006, p. 367) estabelece quatro passos a ter em consideração no estudo de caso. Em primeiro lugar, escolhe-se o “caso”, ou seja, define-se qual o estudo de caso é o mais promissor ou útil, podendo este ser único ou coletivo, multissituado ou interno, intrínseco ou instrumental. Em segundo lugar, realiza-se colheita dos dados extensivamente, com múltiplas fontes de informações. Em terceiro lugar, efetua-se a análise dos dados que pode ser “holística” (tomando o caso por inteiro) ou “embutida” (tomando aspetos específicos do caso). Finalmente, em quarto lugar surge a interpretação final onde se elabora o aprendido com o caso.

O campo de investigação do estudo de caso ao ser o menos construído (mais real), o menos limitado (mais aberto) e o menos manipulável (menos controlado) tem o poder de fornecer ao investigador uma ideia tridimensional que ilustra as relações e os padrões de influências num contexto particular (Lessard-Hébert *et al.*, 1990).

Apesar de considerarmos o estudo de caso o estudo mais adequado para responder às questões e objetivos da investigação, reconhecemos algumas desvantagens aquando da sua utilização como refere Yin (2001). Este autor alerta para a falha de rigor que caracteriza a fase analítica do método e com a sua excessiva dependência da capacidade integrativa do investigador (responsável pela ordenação de um volume de dados muito vasto) e por conseguinte recomenda o pesquisador a trabalhar com afínco para expor todas as evidências de forma justa e a redobrar o rigor tanto no planeamento como na colheita e análise dos dados. Outra fragilidade do estudo de caso relaciona-se com o facto de este não proporcionar bases para uma generalização, isto é, o investigador pode ter reunido uma grande quantidade de informação, mas não pode confundir o volume com a representatividade. Yin (2001, p. 28-29) refuta esta preocupação mencionando que “os estudos de caso, da mesma forma que os experimentos, são generalizáveis a proposições teóricas, e não a populações ou universos”. Refere ainda que, “o estudo de caso, como experimento, não representa uma «amostragem», e o objetivo do pesquisador é expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar frequências (generalização estatística). Ponte (1994, p. 11) adiciona que “o objetivo deste tipo de pesquisa não é esse [formular generalizações] mas sim produzir conhecimento acerca de objetos muito particulares”. Como última desvantagem, Yin (2001) aponta o tempo excessivo do estudo e do qual resultam inúmeros documentos ilegíveis. O autor considera que a experiência acumulada nas últimas décadas mostra que é possível a realização de estudos de caso em períodos mais curtos e com resultados passíveis de confirmação por outros estudos.

À luz dos argumentos apresentados e tendo em consideração a visão de Morgado (2012) reconhecemos o nosso estudo de caso como um método de investigação que se estrutura numa vertente interpretativa e que concilia três dimensões – descritiva, exploratória e interpretativa. Descritiva porque apresenta uma descrição completa do fenómeno num determinado contexto específico, isto é, “baseia-se na recolha e descrição de distintos aspetos que conforma o contexto em que se realiza a investigação” (Morgado, 2012, p. 62). Exploratória porque procura analisar como o fenómeno se replica tendo em consideração os seus aspetos em comum, ou seja, “tem como objetivo principal a familiarização com determinado fenómeno/assunto específico, ainda pouco conhecido ou explorado, permitindo descobrir novas ideias e desocultar as relações estabelecidas entre os elementos que o integram, com vista a um aprofundamento no mesmo” (Morgado, 2012, p. 62 citando Severino, 2000). Assume também uma dimensão interpretativa na medida em que a investigadora “procura interpretar e compreender os fenómenos que lhe subjazem, a partir da conjugação das perspetivas dos distintos atores implicados no mesmo, bem como da análise de documentos relevantes para essa interpretação” (Morgado, 2012, p. 63).

Trata-se, ainda, de um estudo de caso coletivo pois concentramo-nos em vários casos, num determinado local, num determinado período de tempo de forma a compreender profundamente o fenómeno.

I.3.2. Método de Amostragem

De acordo com Fortin (1999, p. 41) a população “compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”. No entanto, na análise de um fenómeno, geralmente, não é possível inquirir a totalidade dos membros do conjunto que se pretende analisar (universo ou população). As dificuldades que advém desta situação podem ser ultrapassadas através do recurso que viabiliza a construção de uma parcela daquele mesmo universo – a amostra. Fortin (1999, p. 41) refere que a amostra é uma “réplica em miniatura da população” na medida em que se define como um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo. A amostra é uma “pequena representação do universo da investigação que, se bem construída, tem condições de substituir o universo em análise e é, em muitos casos, o único meio de o conhecer, se não de maneira plenamente segura, ao menos com razoável segurança” (Pardal & Correia, 1995, p. 33).

De acordo com Pardal e Correia (1995) existem três tipos de amostra: aleatórias ou probabilísticas, não-aleatórias ou empíricas e mistas, como se pode verificar no quadro 1, no entanto nem todos os tipos de amostragem se adequam ao tipo de estudo que pretendemos realizar.

Quadro 1 - Tipos de Amostra

Aleatórias ou Probabilísticas	Simples	Tiragem à Sorte
		Recurso a Intervalos Regulares
	Estratificada	
	De Área	
	Por Etapas	
Não-Aleatórias ou Empíricas	De Vários Graus	
	Intencionais	
	Por Quotas	
Mistas	Probabilísticas com Não-Probabilísticas	
	Combinadas no Interior das Probabilísticas	
	Combinadas no Interior das Não-Probabilísticas	

Fonte: Adaptado de Pardal e Correia (1995, p. 34)

Segundo Stake (1998, p. 17) “a investigação com estudo de caso não é uma investigação de amostras. O objetivo primordial do estudo de caso não é a compreensão de outros. A primeira obrigação é compreender este caso. Num estudo de caso intrínseco, o caso está pré-selecionado”. Neste sentido, a constituição da amostra é sempre intencional e baseia-se em “critérios pragmáticos e teóricos em vez de critérios probabilísticos, buscando-se não a uniformidade mas as variações máximas” (Bravo, 1998 citado por Coutinho & Chaves, 2002, p. 228). Na perspectiva de Pardal e Correia (1995) a amostra intencional é escolhida a juízo do investigador e para que seja bem construída pressupõe que este tenha algum conhecimento sobre o universo e muita intuição. Para este estudo, a seleção da amostra é intencional. A modalidade de amostragem intencional selecionada pela investigadora e de acordo com os critérios de Patton (1990, p. 199-181, citado por Flick, 2002, p. 70-71) foi a amostra de conveniência, por se tratar de uma seleção de casos determinada pela sua facilidade de acesso e tendo em consideração o tempo disponível para a elaboração deste estudo.

I.3.3. A Entrevista como Método de Recolha de Informação

Observar, perguntar e ler são as três ações fundamentais que estão na base dos métodos de recolha de dados (Moreira, 2007, p. 153) e que vêm ao encontro de De Bruyne *et al.* (1975, citados por Lessard-Hébert *et al.*, 1990, p. 143) que referem a existência de três grandes grupos de métodos de recolha de dados nas ciências sociais: o “inquérito, que pode tomar uma forma oral (entrevista) ou escrita (o questionário); a observação, que pode assumir uma forma direta e sistemática ou uma forma participante, e a análise documental.”

De acordo com Marconi & Lakatos (2001, p. 106-107) o método constitui uma etapa concreta da investigação em relação ao fenómeno em estudo e está limitado a um domínio particular. A técnica ao ser a aplicação específica do método ajuda na obtenção dos seus propósitos, correspondendo à parte prática da recolha de dados. As técnicas não configuram autonomia em relação ao método, pois é ele que as seleciona e as articula. Pardal & Correia (1995, p. 48) referem que “as técnicas são um instrumento de trabalho que viabiliza a realização de uma pesquisa, um modo de se conseguir a efetivação do conjunto de operações em que consiste o método, com vista à verificação empírica – confrontação do corpo de hipóteses com a informação colhida na amostra.”

A natureza do problema de investigação determina o tipo de método a utilizar e de acordo com Fortin (1999, p. 237) existem alguns fatores que devem ser considerados na sua seleção, nomeadamente:

- “Os objetivos do estudo;
- O nível de conhecimentos que o investigador possui sobre as variáveis;
- A possibilidade de obter medidas apropriadas às definições conceptuais;
- A fidelidade e validade dos instrumentos de medida; e
- A conceção (eventual) pelo investigador dos seus próprios instrumentos de medida.”

No presente estudo, e face às questões que o orientam e aos objetivos delineados, optamos por utilizar como método de recolha de informação a entrevista, cuja abordagem teórica apresentamos no ponto seguinte.

No quadro dos objetivos e questões norteadores da investigação, a entrevista semiestruturada, revelou-se como a técnica mais adequada. Selltiz *et al.* (1967, citados por Gil, 1999, p. 117) referem que a “entrevista é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes.”

Moreira (2007, p. 204) define entrevista qualitativa como uma conversa:

- “Provocada explicitamente pelo entrevistador;
- Dirigida a pessoas selecionadas com base num plano de investigação, isto é, com base em determinadas características (pertença a certa categoria social, a um dado grupo, com certas experiências, etc.);
- Com uma finalidade de tipo cognitivo;
- Guiada pelo entrevistador e
- Assente num esquema flexível de interrogação.”

Na mesma linha, Patton (1990, citado por Moreira, 2007, p. 204-207), considera que a entrevista pode ser:

- “Informal ou em Profundidade, caracterizada pelo desenvolvimento e realização das perguntas no contexto e no decurso da interação;
- Baseada num Guião, em que é concedida a liberdade ao entrevistador para ordenar e formular tópicos e perguntas, ao longo da entrevista;
- Semiestruturada, caracterizada pelo emprego de uma lista de perguntas ordenadas e redigidas por igual para todos os entrevistados, mas de resposta livre ou aberta;
- Estruturada, caracterizada pelo emprego de uma listagem de perguntas ordenadas e redigidas por igual para todos os entrevistados mas de resposta fechada.”

Quivy & Campenhoudt (2008, p. 192) referem-se à entrevista como “(...) um contato direto entre o investigador e os seus interlocutores e por uma fraca directividade por parte daquele” . Referem, ainda, que podem ser definidos diferentes tipos de entrevista em função do seu nível de estruturação. Para estes autores as principais vantagens da entrevista referem-se ao “grau de profundidade dos elementos de análise recolhidos e a flexibilidade e a fraca directividade do dispositivo que permite recolher os testemunhos e as interpretações dos interlocutores, respeitando os próprios quadros de referência – a sua linguagem e as suas categorias mentais” (*ibidem*, p. 193). É importante salientar que o investigador deve questionar acerca dos valores, concepções e representações culturais dos entrevistados, questionando as raízes, significados, condicionantes e implicações dos dados, pois uma das preocupações neste tipo de técnica está no sentido que os entrevistados atribuem a si mesmos, às suas experiências e ao mundo. Também Bell (1993, p. 118) reforça esta ideia ao mencionar que “a grande vantagem da entrevista é a sua adaptabilidade na medida em que o investigador consegue explorar ideias, testar respostas, investigar motivos e sentimentos, coisa que o inquérito nunca poderá fazer.”

Na mesma linha, Gil (1999, p.118) sistematiza um conjunto de vantagens da entrevista, a saber:

- “A entrevista possibilita a obtenção de dados referentes aos mais diversos aspetos da vida social;
- A entrevista é uma técnica muito eficiente para a obtenção de dados em profundidade acerca do comportamento humano;
- Os dados obtidos são suscetíveis de classificação e quantificação;
- Não exige que a pessoa entrevistada saiba ler ou escrever;
- Possibilita a obtenção de maior número de respostas, posto que é mais fácil deixar de responder a um questionário do que negar-se a ser entrevistado;
- Oferece flexibilidade muito maior, posto que o entrevistador pode esclarecer o significado das perguntas e adaptar-se mais facilmente às pessoas e às circunstâncias em que se desenvolve a entrevista; e
- Possibilita captar a expressão corporal do entrevistado, bem como a tonalidade da voz e ênfase nas respostas.”

Embora as vantagens se sobreponham são também apontadas algumas fragilidades às entrevistas. Bell (1993, p. 118) salienta dois aspetos menos positivos a ter em consideração quando se opta por esta técnica: o tempo elevado que a entrevista consome e o risco de ser parcial, pois é uma técnica subjetiva. Também Gil (1999, p. 118-119) faz referência a algumas limitações das entrevistas, tais como:

- “A falta de motivação do entrevistado para responder às perguntas que lhe são feitas;
- A inadequada compreensão do significado das perguntas;
- O fornecimento de respostas falsas, determinadas por razões conscientes ou inconscientes;
- Inabilidade ou mesmo a incapacidade do entrevistado para responder adequadamente, em decorrência de insuficiência vocabular ou de problemas psicológicos;
- A influência exercida pelo aspeto pessoal do entrevistador sobre o entrevistado;
- A influência das opiniões pessoais do entrevistador sobre as respostas do entrevistado; e
- Os custos com o treino de pessoal e aplicação das entrevistas.”

Tendo em consideração as ideias expressas optamos pela entrevista semiestruturada. A entrevista semiestruturada caracteriza-se por um guião com uma série de perguntas-guias relativamente abertas, cujo principal objetivo é reencaminhar a entrevista para os objetivos sempre que o entrevistado deles se desviar (Bogdan & Biklen, 1994). Para estes autores “mesmo quando se utiliza um guião, as entrevistas qualitativas fornecem ao entrevistador uma amplitude de temas considerável, que lhe permite levantar uma série de tópicos e oferecem ao sujeito a oportunidade de moldar o seu conteúdo.” Se o entrevistador controlar demasiado o conteúdo (rigidez) a entrevista ultrapassa o âmbito qualitativo. Estes autores referem, ainda, que “as boas entrevistas produzem uma riqueza de dados, recheados de palavras que revelam as perspetivas dos respondentes” (*ibidem*, p. 135).

I.3.4. A Análise de Conteúdo como Técnica de Tratamento da Informação

Dadas as características do estudo e a natureza dos dados obtidos através da entrevista, a técnica de tratamento da informação será a análise de conteúdo. Vala (1986, p. 105) refere que a análise de conteúdo é a técnica privilegiada para tratar o material recolhido [num estudo de caso] pois irá permitir mostrar a importância relativa atribuída pelos sujeitos a temas como a vida familiar, a vida profissional e a vida social.

Bardin¹ (2011, p. 44) refere que a análise de conteúdo é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”. Krippendorff (1980, citado por Vala, 1986, p. 103) vem de encontro ao referido por Bardin (2011) evidenciando que a análise de conteúdo é “uma técnica de investigação que permite fazer inferências, válidas e replicáveis, dos dados para o seu contexto”, podendo, esta técnica, tratar de uma forma metódica e sistemática informações que apresentam um determinado grau de profundidade e complexidade.

De acordo com Van der Maren (1995, citado por Esteves, 2006, p. 107) os dados a utilizar na análise de conteúdo podem ser de origem e natureza diversas: dados invocados pelo investigador, isto é, “traços de fenómenos que existem independentemente da sua ação, como sejam dados de observação direta, notas de campo (...)” e dados suscitados pelo investigador, “como sejam protocolos de entrevistas semidirectivas e não-directivas, respostas abertas solicitadas em questionários (...)”.

Esteves (2006) explica que os dados contidos no material e julgados pertinentes pelo investigador podem ser agrupados em categorias ou classes. As categorias são criadas através de dois procedimentos:

- “Os procedimentos fechados representam todos os casos em que o analista possui uma lista prévia de categorias apropriada ao objeto de estudo e a usa para classificar os dados que geralmente é fornecida por uma teoria geral que se adota e que é apresentada no quadro teórico conceptual do trabalho” (Esteves, 2006, p. 109).
- Os procedimentos abertos “representam um processo essencialmente indutivo: caminha-se dos dados empíricos para a formulação de uma classificação que se lhes adequa (*ibidem*, p. 109)”.

Em concordância com Esteves (2006), Campos (2004, p. 614) refere que os critérios de categorização podem ser apriorísticos ou não apriorísticos. Na categorização apriorística, o investigador, pela sua experiência, possui previamente as categorias pré-definidas, enquanto na categorização não apriorística, as categorias emergem do contexto das respostas dos sujeitos do estudo, visão que se aproxima da que foi também defendida por Vala (1986, p. 111) para quem “a construção de um sistema de categorias pode ser feita *a priori* ou *a posteriori*, ou ainda através da combinação destes dois processos.”

¹ BARDIN, L. (2011). *A Análise de Conteúdo* (5ª Ed). Lisboa: Edições 70.

Bardin (2011, p. 145) refere que as categorias são “rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registo) sob um título genérico, agrupando esse efetuado em razão das características comuns destes elementos. Nesta linha de pensamento, Campos (2004, p. 614) refere que as categorias são grandes enunciados que abrangem um número variável de temas de acordo com o grau de intimidade ou proximidade. Acrescenta, ainda, que através da sua análise, exprimem significados importantes que vão de encontro aos objetivos do estudo, criam novos conhecimentos proporcionando uma visão diferente sobre os temas propostos. Já em 1986, Vala considerou que a “categorização, é uma tarefa que realizamos quotidianamente com vista a reduzir a complexidade do meio ambiente, estabilizá-lo, identificá-lo, ordená-lo ou atribuir-lhe sentido” (*ibidem*, p. 110).

Bardin (2011) distingue diversos tipos de categorias podendo estes estar associados aos procedimentos fechados ou aos procedimentos abertos - análise categorial; análise de avaliação; análise de enunciação; análise de expressão; análise das relações; e análise proposicional do discurso.

A análise categorial é a mais antiga e mais utilizada e “funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos lógicos” (Bardin, 2011, p. 199). Entre as diferentes formas de categorização, a autora considera a categorização semântica (categorias temáticas), sintática (verbos, adjetivos), léxica (classificação das palavras segundo o seu sentido) e expressiva (categorias que classificam perturbações de um determinado tipo, por exemplo) (*ibidem*, p. 145-146).

A análise de avaliação “tem por finalidade medir as atitudes do locutor quanto aos objetos de que ele fala” na medida em que considera que a linguagem representa e reflete diretamente aquele que a utiliza (*ibidem*, p. 201).

A análise de enunciação apoia-se numa “conceção da comunicação como processo e não como dado e funciona desviando-se das estruturas e dos elementos formais” (*ibidem*, p. 215). Dito de outra maneira, o discurso é percecionado como dinâmico onde é possível pesquisar as condições da produção da palavra e o seu encadeamento de forma a produzir inferências indiretas sobre o seu autor.

A análise de expressão utiliza indicadores de ordem formal, isto é, o plano dos significantes e da sua organização em detrimento dos indicadores semânticos (conteúdo plano dos significados) (*ibidem*, p. 245).

A análise das relações tem como finalidade “assinalar as presenças simultâneas (co-ocorrências ou relação de associação) de dois ou mais elementos da mesma unidade de contexto, isto é, num fragmento de mensagem previamente definido” (*ibidem*, p. 257-258).

A análise proposicional do discurso tem como objetivo “identificar o «universo de referências» dos agentes sociais”, ou seja, pretende compreender como e através de que

estrutura argumentativa se exprimem as questões e as ações dos agentes (*ibidem*, p. 233-234).

No entanto, independentemente da direção da pesquisa, Vala (1986, p. 109) menciona que o investigador deve cumprir as seguintes operações:

- “Delimitação dos objetivos e definição de um quadro de referência teórico orientador da pesquisa;
- Constituição de um *corpus*;
- Definição de categorias;
- Definição de unidades de análise;
- Quantificação; e
- Elaboração de procedimentos que permitam assegurar a fidedignidade e validade.”

Verificamos, desta forma, que na análise de conteúdo não existem modelos ideais previamente definidos, o que confirma Silva *et al.* (2005, p. 75) ao referirem que “a análise de conteúdo não obedece a etapas rígidas, mas sim a uma reconstrução simultânea com as percepções do pesquisador com vias possíveis nem sempre claramente balizadas”. No entanto, o plano da análise de conteúdo deve ser norteado pelos teóricos de referência adotados e pelos objetivos do estudo. Assim, a análise de conteúdo não só exige a maior explicitação de todos os procedimentos utilizados, mas também a participação ativa do investigador.

Bardin (2011) vai de encontro ao referido por Vala (1986) ao mostrar ao longo da sua obra e através dos seus exemplos a dependência da categorização em relação aos objetivos de estudo. A autora acrescenta que para que a análise seja válida as categorias devem obedecer a determinadas regras. Estas devem ser:

- “Homogêneas: poder-se-ia dizer que «não se misturam alhos com bugalhos»;
- Exaustivas: esgotar a totalidade do «texto»;
- Exclusivas: um mesmo elemento do conteúdo não pode ser classificado aleatoriamente em duas categorias diferentes;
- Objetivas: codificadores diferentes devem chegar a resultados iguais; e
- Adequadas ou pertinentes, isto é, adaptadas ao conteúdo e ao objetivo (Bardin, 2011, p. 38).”

Para Vala (1986, p. 114-115) uma “análise de conteúdo pressupõe a definição de três tipos de unidades: unidade de registo, unidade de contexto e unidade de enumeração”. Para este autor a unidade de registo “é o segmento determinado de conteúdo que se caracteriza colocando-o numa categoria” e pode ser do tipo formal (inclusão de uma palavra,

frase, uma personagem) e do tipo semântico (inclusão de um tema, ou seja, unidade de informação, sentido ou de significado). A unidade de contexto é caracterizada pelo mesmo autor como o “segmento mais largo de conteúdo que o analista examina quando caracteriza uma unidade de registro”, enquanto a unidade de enumeração é “a unidade em função da qual se procede à quantificação”.

Para analisar os dados optamos por utilizar a análise de conteúdo proposta por Bardin (2011). Esta autora organiza a análise de conteúdo em torno de três pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

A pré-análise consiste na organização dos documentos e divide-se em duas etapas: a leitura flutuante e a escolha dos documentos. Bardin (2011, p. 122) explica que a finalidade da leitura flutuante é conhecer o texto dos documentos, “(...) deixando-se [o investigador] invadir por impressões e orientações.” A este propósito Campos (2004, p. 613) considera que nesta subfase são “empreendidas várias leituras de todo o material coletado, a princípio sem compromisso objetivo de sistematização, mas sim com a finalidade de apreender de uma forma global as ideias principais e os seus significados gerais.”

O segundo pólo cronológico – a exploração do material – consiste “em operações de codificação, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” enquanto o terceiro diz respeito ao “tratamento dos resultados de maneira a tornarem-se significativos e válidos” (Bardin, 2011, p. 127).

Capítulo II. Gravidez e Maternidade - Fatores Fisiológicos, Psicológicos e Emocionais

Notas Introdutórias

Este segundo capítulo aborda a gravidez e as alterações fisiológicas, psicológicas e emocionais que a ela estão associados. No último ponto problematiza-se a transição do estado de gravidez para o estado de mãe.

II.1. Adaptações Fisiológicas na Gravidez

A gravidez é um período da vida da mulher onde ocorrem múltiplas e complexas alterações fisiológicas. Estas alterações são principalmente hormonais e físicas e procuram proporcionar um adequado funcionamento fisiológico da mulher e as necessárias condições metabólicas adequadas a um crescimento e desenvolvimento do feto (Burroughs, 1995; Lowdermilk *et al.*, 2002).

São vários os tipos de modificações fisiológicas que ocorrem durante a gravidez e que podem ser situadas: no sistema endócrino; no sistema reprodutor; no sistema cardiovascular; no sistema músculo-esquelético; no sistema respiratório; no sistema gastrointestinal; no sistema renal; no sistema tegumentar; e no sistema neurológico.

As alterações no sistema endócrino revelam-se no aumento de estrogénio e de progesterona. O estrogénio torna o corpo da mulher mais vascularizado para aumentar o fluxo de sangue para o feto. Estimula, ainda, o aumento do útero, das mamas e dos genitais. A progesterona provoca o relaxamento do músculo liso reduzindo a motilidade gástrica provocando pirose (azia), regurgitação e obstipação (Burroughs, 1995).

As alterações no sistema reprodutor dão-se, fundamentalmente, ao nível do útero. Este aumenta de tamanho, peso e volume ao longo da gravidez de forma a conter o feto, a placenta e o líquido amniótico. Passa de 60g no início da gravidez para até 1200g no seu término (Lowdermilk *et al.*, 2002). As mamas aumentam de tamanho e ficam mais sensíveis. Os mamilos ficam mais elásticos e lubrificados preparando, desta forma, a amamentação.

As alterações cardiovasculares têm como objetivo assegurar um aporte adequado de sangue e nutrientes ao feto e útero. Para isso, existe um aumento dos batimentos cardíacos

(10 a 15 batimentos por minuto), aumento do débito cardíaco, aumento do volume sanguíneo e consequente aumento de fluxo de sangue renal materno (aumentando a produção e eliminação urinária). A pressão arterial deve ser igual à pressão arterial pré-gestacional pelo que sempre que existe alteração nos valores, deve haver um acompanhamento médico da situação. Pode surgir uma anemia fisiológica devido a uma produção aumentada de plasma em relação aos eritrócitos (Lowdermilk *et al.*, 2002).

As alterações no sistema músculo-esquelético relacionam-se com o aumento do tamanho do feto e do útero que provocam lordose e deslocamento do centro de gravidade para a frente alterando a marcha e postura, podendo ocorrer lombalgia. Ocorre também um relaxamento das articulações pélvicas para facilitar o parto (Burroughs, 1995).

Relativamente às alterações no sistema respiratório, a respiração torna-se mais profunda e pode ocorrer um ligeiro aumento do número de ciclos por minuto. O diafragma sobe, o que dificulta a respiração, mas é compensado pelo relaxamento dos ligamentos da cadeia de costelas o que permite uma maior expansão torácica. Apesar desta compensação, pode ocorrer dispneia e cansaço. A congestão nasal e epistaxes podem também surgir devido ao aumento da vascularização nasal (Lowdermilk *et al.*, 2002).

Em relação às alterações no sistema gastrointestinal podem surgir náuseas e vômitos devido ao aumento de estrogénio e hCG (Gonadotrofina Coriônica Humana) no sangue (Burroughs, 1995). Pode também aparecer obstipação, pirose, ptialismo, aumento do apetite e redução da secreção de ácido clorídrico. O metabolismo dos hidratos de carbono sofre modificações havendo necessidade de todas as grávidas efetuarem o rastreio da diabetes gestacional.

As alterações no sistema renal relacionam-se com o aumento de tamanho dos rins e da dilatação da pelve renal e ureteres (Lowdermilk *et al.*, 2002). Existe uma maior produção de urina devido ao aumento do volume e fluxo sanguíneo ocorrendo poliúria e polaquiúria (aumento do número de micções) e urgência urinária (no 1º e 3º trimestre) devido à compressão da bexiga pelo útero que está aumentado. Há também uma maior predisposição para infeções do trato urinário.

O sistema tegumentar também sofre alterações, em grande parte devido às alterações hormonais e à dilatação mecânica. As alterações mais frequentes incluem o cloasma (hiperpigmentação na face); linha negra desde o fundo uterino até à sínfise púbica; estrias gravídicas nas zonas de maior dilatação como o abdómen, coxas e mamas; angiomas e aumento do sangramento gengival (Lowdermilk *et al.*, 2002).

A nível do sistema neurológico incluem-se: lombalgias (devido à lordose dorso-lombar); síndrome do túnel cárpico devido à compressão do nervo mediano; acrorestesia (formigueiro e dormência das mãos); cefaleia e tonturas (Lowdermilk *et al.*, 2002).

II.2. Adaptações Psicológicas na Gravidez

Segundo vários autores (Canavarro, 2001; Mendes, 2002; Leal, 2005; Camarneiro, 2007), a gravidez é considerada um acontecimento importante na vida da mulher e da sua família e uma função extremamente valorizada na nossa sociedade. Por um lado, é um período crítico no ciclo vital da mulher de grande complexidade, porque envolve, para além das modificações fisiológicas, já referidas, alterações de carácter psicológico específicas do estado de gravidez que se traduzem em variações dos níveis de ansiedade e maior vulnerabilidade face às situações do dia-a-dia. Por outro lado, a sociedade espera que a mulher cresça e amadureça como mãe, que aceite, adapte e se ligue ao bebé e que cumpra com êxito uma série de tarefas relacionadas com a família, o marido, o trabalho, entre outras. De facto, Camarneiro (2007) refere que “a mulher tem, à sua frente, um enorme esforço psicológico de síntese e integração de todas as exigências” (*ibidem*, p. 25-26). Na perspetiva desta autora, para além das exigências inerentes ao processo gravídico, as suas vivências são talvez mais complexas pois engloba um fator muito importante, isto é, a história pessoal da grávida.

Em relação à história de vida da grávida não podemos deixar de referir o impacto que os antecedentes ginecológicos e obstétricos podem ter na gravidez atual principalmente no que diz respeito aos níveis de ansiedade. Hill *et al.* (2008) referem que a depressão e a ansiedade estão presentes frequentemente nas grávidas após perda perinatal. Mencionam que a experiência parental durante a gravidez destas mulheres caracteriza-se por emoções intensas e conflituosas. Por um lado, a mulher está esperançosa em relação à gravidez, por outro, está preocupada com outra perda potencial. Woods-Giscombé *et al.* (2010, p. 323) vem de encontro ao referido por Hill *et al.* (2008) ao mencionar que “as mulheres que tiveram um aborto prévio apresentaram um maior estado de ansiedade no segundo e terceiro trimestres de gravidez quando comparadas às mulheres sem aborto prévio”. Tsartsara & Johnson (2006), por sua vez, referem que as mulheres com história de aborto relataram significativamente maior ansiedade no primeiro trimestre de gravidez em relação às mulheres sem história de aborto. No entanto, acrescentam que o apego materno-fetal aumentou no terceiro trimestre em todas as mulheres o que sugere que ter uma história de aborto não tem um efeito adverso duradouro na adaptação psicológica da mulher durante o curso de uma gravidez subsequente.

Camarneiro (2007, p. 26) refere que a gravidez é uma “experiência regressiva marcada por períodos de ansiedade curtos ou longos, aos quais estão associados sintomas físicos próprios”. Segundo Soifer (1986, citada por Rato, 1998, p. 405-406) “existem fases

em que há um aumento específico da ansiedade: no começo da gestação, durante a formação da placenta, perante a percepção dos movimentos fetais, aquando da instalação franca dos movimentos, durante a inversão interna, no início do 9º mês, nos últimos dias antes do parto”. Acrescenta, ainda, que os “aumentos da ansiedade têm duração variável e podem traduzir-se por sintomas físicos próprios ou até mesmo por aborto ou parto pré-termo” (*ibidem*, p. 405-406).

Nordentoft *et al.* (1996), num estudo prospectivo de grande proporção, com um total de 2432 grávidas, procuraram investigar a influência de vários fatores (stress, nível de escolaridade, apoio social da grávida, bem-estar psicológico e o consumo de álcool e tabaco) na ocorrência de parto pré-termo e de atraso de crescimento intrauterino. Verificaram que o parto pré-termo se associou com o stress durante a gravidez e com um nível de escolaridade baixo enquanto o consumo de tabaco foi o fator que se associou de forma mais consistente com o atraso no crescimento intrauterino. Schetter & Glynn (2010, citados por Schetter, 2011), no estudo que desenvolveram, chegaram a conclusões que vão de encontro aos dados da investigação realizada por Nordentoft *et al.* (1996) na medida em que apresentam fortes evidências da existência de uma relação entre o stress pré-natal e o parto pré-termo. Por sua vez, Alder *et al.* (2007) mostraram que os níveis elevados de depressão e ansiedade estão associados a complicações obstétricas, a desconfortos da gravidez, trabalho de parto prematuro e alívio da dor no parto, assim como têm implicações para o bem-estar e comportamento fetal e neonatal.

No que diz respeito às adaptações psicológicas à gravidez, Mendes (2002, p. 28), com base em outros autores, menciona três fases de adaptação que correspondem aos três trimestres de gravidez:

- Primeiro trimestre – denominado de *fase de integração* (Colman e Colman, 1994); fase de aceitação (Brazelton e Cramer, 1993) ou *fase de confirmação da gravidez* (Burroughs, 1995).
- Segundo trimestre – denominado de *fase de diferenciação* (Colman e Colman, 1994); *fase de individualização* (Brazelton e Cramer, 1993) ou *fase de incorporação/diferenciação fetal* (Burroughs, 1995).
- Terceiro trimestre – denominado de *fase de separação* (Colman e Colman, 1994); *fase de preparação para o nascimento* (Brazelton e Cramer, 1993) ou *fase de transição de papel* (Burroughs, 1995).

Em termos psicológicos, a gravidez inicia-se quando a mulher tem a noção que está grávida. No **primeiro trimestre**, a partir do momento em que há percepção da gravidez,

independentemente do desejo e/ou planeamento da gravidez instala-se a vivência básica da gravidez que é a ambivalência (Mendes, 2002). Numa fase inicial, a mulher sente-se ambivalente entre o desejo e o receio da gravidez ou entre a emoção de criar uma nova vida e o medo da responsabilidade de maternidade, podendo experienciar emoções contraditórias de alegria, apreensão e ansiedade, assim como, sintomas somáticos nomeadamente hipersónia (necessidade de dormir mais que o habitual), fadiga, náuseas e vômitos, desejos e aversões a alimentos e/ou bebidas (distúrbios do apetite) e alterações no desejo sexual. Camarheiro (2007, p. 34) refere que “estes sentimentos, opostos entre si, podem justificar-se na medida em que a gravidez implica grandes mudanças pessoais, intrapsíquicas e outras, envolvendo ganhos e perdas.” Maldonado (2002) considera que não existe uma gravidez totalmente aceite ou totalmente rejeitada pois embora possa haver uma predominância de aceitação ou rejeição o sentimento oposto jamais está inteiramente ausente. O apoio e aceitação da gravidez por parte do ambiente familiar próximo e a confirmação definitiva da gravidez são fatores importantes para ultrapassar esta ambivalência (Mendes, 2002).

De acordo com Colman & Colman (1994, p. 60) “uma vez a gravidez esteja confirmada e aceite, mantê-la pode ser a questão seguinte”. Para os autores, a tarefa mais importante do primeiro trimestre é aceitar a realidade da conceção e consideram que não acreditar na gravidez não é necessariamente um problema no início da gravidez. Mencionam que “a negação é, frequentemente, baseada no medo e, quando uma mulher nega ter quaisquer medos, ela pode estar a exprimir um conflito interno e criar mais ansiedade do que estar a dar passos para a reduzir” (*ibidem*, p. 61).

Este trimestre caracteriza-se, ainda, pela *centração* ou *introversão* da grávida. A mulher centra-se em si própria e desinveste no meio exterior e nas suas relações, simultaneamente que aumenta o interesse por si e pela unidade mãe-filho (Justo, 1994 citado por Mendes, 2002).

De acordo com (Mendes, 2002) o **segundo trimestre** é considerado o período mais estável do ponto de vista emocional. Neste trimestre o acontecimento mais importante para a grávida é a perceção dos movimentos fetais, que aparece por volta da 16^a-20^a semana de gestação, vem demonstrar a presença do feto e reclamar a sua autonomia existencial. De acordo com Justo (1990, citado por Mendes, 2002, p. 31) a perceção dos movimentos fetais “(...) marca uma viragem importante no processo psicológico da gravidez, pois constitui o ponto de partida para a diferenciação psicológica mãe-feto, que se traduz na aceitação pela grávida do feto como entidade separada, como um indivíduo distinto de si própria.” Colman & Colman (1994, p. 73) mencionam que “à medida que o bebé dá provas dramáticas de estar presente, a grávida começa a concebê-lo como um indivíduo, separado dela própria.”

Enquanto a primeira tarefa envolve o foco no *Self*, a segunda tarefa envolve a concentração no feto. O impacto dos movimentos fetais no companheiro, que geralmente reage com satisfação tentando mesmo senti-los através da barriga da mulher, produz sentimentos de inveja, devido à impossibilidade de sentir o feto a desenvolver-se dentro de si (Maldonado, 2002).

É nesta fase que surgem os sentimentos de personificação do feto onde a grávida fantasia acerca das características do seu bebé (sexo, nome, rosto, temperamento) e estabelece comunicação verbal e tátil com o mesmo e que se pode observar quando esta começa a conversar ou a cantar para ele, acariciar o ventre, fazendo “festinhas” ou dando “palmadinhas”. Estes gestos são importantes e exprimem que a dinâmica do processo de familiarização entre estes se está a concretizar, marcando o início da relação mãe-feto (Mendes, 2002). Fonseca (2010), vem de encontro ao referido por Mendes (2002), quando revela os resultados do seu estudo. Estes, demonstram que “a construção do vínculo afetivo na gestação é fundamental, e é estabelecido e vivenciado pela mãe, na maioria das vezes, em expressões de carinho e afeto através do contacto com o feto, principalmente através da fala e do toque na barriga” (*ibidem*, p. 1).

Campos (2000) refere que, para além de a mãe aceitar a autonomia do feto, deve aceitar o facto de cada vez ter menor controlo sobre ele. Este autor acrescenta que para compensar esta sensação de perda de controlo, a mulher investe mais na relação conjugal, reintroduzindo o bebé na relação com o companheiro e conquistando o seu apoio emocional. Colman & Colman (1994) referem que a mulher perante o medo de não poder controlar as alterações da gravidez sente necessidade de ter alguém que tome conta dela. Acrescentam que a mulher pode transferir a sua dependência da mãe para o companheiro, sendo importante a participação do mesmo neste processo.

Rato (1998) e Campos (2000) referem que a ambivalência no segundo trimestre pode manifestar-se na interpretação dos movimentos fetais de várias maneiras. Por um lado, a grávida sente alívio ao sentir os movimentos uma vez que isso é sinal de que o feto está vivo. Por outro lado, quando não sente esses movimentos, sente-se ansiosa pelo temor de que algo não esteja bem.

Neste trimestre, tornam-se evidentes as alterações na forma do corpo da mulher e, nesta fase em que o feto é um ser individualizado dentro do corpo da mulher, esta exprime as suas preocupações com as suas mudanças corporais. De acordo com Colman & Colman (1994) a adaptação à imagem corporal vai-se modificando ao longo da gravidez, evoluindo paralelamente à identificação do feto em crescimento e desenvolvimento como parte individualizante e integrante da mulher. Os autores mencionam que “as mulheres podem começar a ficar com medo dos seus corpos em mudança ou com medo de magoar o bebé, agora que ele já tem uma vida própria” (*ibidem*, p. 75). Burroughs (1995) menciona que as

transformações corporais podem contribuir positiva ou negativamente para uma resposta psicológica da mulher em relação à gravidez, e enumera quatro alterações corporais específicas: aparência física; função; sentidos físicos; e atividade física.

As alterações ao nível da *aparência física* relacionam-se com as modificações da forma do corpo. Surge o medo da irreversibilidade da forma corporal. A mulher pode sentir-se feia e gorda ou pelo contrário, pode sentir-se muito bonita. Rato (1998, p. 406) apoia Burroughs (1995) ao mencionar que “as alterações corporais são muito variadas podendo ir desde sentimentos de orgulho pelo corpo grávido, num extremo, até ao outro extremo que é a sensação de que o corpo está deformado”.

As alterações ao nível da *função* dizem respeito à dificuldade que a mulher tem em controlar o seu próprio corpo. A mulher apercebe-se de que não controla totalmente as mudanças visto que elas estão a ser originadas pelo bebé que está dentro de si. Os desconfortos físicos, como por exemplo, a incontinência urinária, podem reforçar os sentimentos negativos em relação à gravidez. A grávida questiona-se acerca das suas capacidades fisiológicas quer para suportar a gravidez quer para retomar o esquema corporal anterior (Burroughs, 1995).

Os *sentidos físicos* podem também sofrer alterações traduzindo-se habitualmente por uma maior sensibilidade dos mesmos. A libido sofre alterações podendo estar aumentada ou diminuída quando comparada com o período anterior à gravidez (Burroughs, 1995). Maldonado (2002) considera que neste trimestre o desejo sexual tende a diminuir podendo chegar ao desinteresse total. Pelo contrário, Colman & Colman (1994) referem que as mulheres se sentem mais eróticas nesta fase havendo uma sexualidade acrescida, exprimindo-se no interesse pelos encontros sexuais e em fantasias e sonhos sexuais. De qualquer forma, a mulher sente necessidade de receber mais afeto, carinho e atenção sobretudo por parte do cônjuge/companheiro.

A *atividade física* pode, também, sofrer alterações na medida em que a grávida pode sentir-se mais restrita nas atividades que faziam parte do seu dia-a-dia antes da gestação, o que pode aumentar o nível de ansiedade sentido (Burroughs, 1995).

Relativamente ao **terceiro trimestre**, este corresponde ao período em que a mulher se prepara para a separação que ocorre no momento do parto. Durante o último trimestre a ansiedade e os distúrbios emocionais são os sintomas mais significativos (Camarneiro, 2007). Este período também pode ser marcado por sentimentos ambivalentes: a vontade de ter o filho e terminar a gravidez coexiste com o desejo de a prolongar para adiar a necessidade de novas adaptações exigidas pelo recém-nascido (Mendes, 2002). Para Camarneiro (2007, p. 44, citando Justo, 1994) “esta ambivalência em relação ao parto,

traduz-se pelo ganho relacional que advém da introdução do bebé na vida familiar e pela perda relacional própria do estado de gravidez.”

Rato (1998, p. 406) considera que “o nível de ansiedade eleva-se com a proximidade do parto, e torna-se especialmente agudo nos dias que antecedem a data prevista, intensificando-se ainda mais se esta data for ultrapassada”, fase em que surgem insónias e maiores receios e medos em relação ao parto. Esta visão do autor vai de encontro aos estudos de Maldonado (1985), Brazelton & Cramer (1993), Colman & Colman (1994) e Lederman (1996). Estes autores mencionam que neste período o nível de ansiedade aumenta não só com a proximidade do parto mas também com a perspectiva de mudança de estilo de vida após a chegada do bebé.

Rubin (1975, citado por Mendes, 2002) refere que existem algumas tarefas que ajudam a grávida no processo de individualização, isto é, a personificação do feto para que este não seja um estranho na altura do nascimento, e incluem a preparação do enxoval, da casa, a escolha do nome e os planos para cuidar do filho.

II.3. Adaptações Emocionais na Gravidez

No que respeita às adaptações emocionais na gravidez, Fernández & Cabaco (2004, p. 12-13) referem que “do ponto de vista emocional, quando uma mulher confirma a gravidez, produzem-se duas reações: de satisfação/aceitação, se a gravidez foi desejada, ou de surpresa se não foi programada”. Acrescenta que “ambas emoções, que surgem de uma forma súbita, originam na grávida incerteza em relação ao novo estado.” Ainda na perspectiva destes autores, a reação de surpresa é constituída por um padrão de resposta funcional de luta-fuga, que provoca dois tipos de emoções: emoções positivas (felicidade, satisfação, alegria, etc.) e emoções negativas (ansiedade, medo, desespero, hostilidade, negação, etc.). As emoções positivas surgem como consequência da resposta de luta e relacionam-se com a aceitação da gravidez e a preparação do organismo para a sua receção e análise. Pelo contrário, as emoções negativas associam-se à resposta de fuga ou de rejeição em relação à situação da gravidez, provocando respostas defensivas no organismo (Fernández & Cabaco, 2004).

Na visão de Mendes (2002) a gravidez é caracterizada por uma gama intensa de emoções e por uma mudança rápida de humor em resposta a situações que não seriam em geral capazes de desencadear reações extremas. Em concordância com esta posição, Camarneiro (2007, p. 35) menciona que na gravidez “as oscilações de humor podem ter a sua origem na descoberta de uma nova situação que exige responsabilidades e

aprendizagem podendo, em consequência, aumentar a sensibilidade e a irritabilidade da mulher”. Campos (2000) acrescenta que as grávidas sofrem alterações de humor, de sentimentos e de comportamentos sem que estas modificações sejam totalmente compreensíveis pelas mesmas. Refere, ainda, que a labilidade emocional pode ser vista de um ponto de vista adaptativo na medida que pode ser uma reação possível às transformações que a gravidez implica. Caplan (1960, citado por Camarneiro, 2007, p. 35) acredita que “as oscilações de humor estão intimamente relacionadas com o metabolismo”: No entanto, Maldonado (2002) contraria esta hipótese com base na comparação da gravidez com outras situações de vida que também provocam oscilações emocionais nas primeiras etapas de adaptação, como por exemplo, o divórcio, a mudança de residência.

Colman & Colman (1971, citados por Tudiver & Tudiver, 1982) mostraram que as grávidas estão mais abertas e dispostas a revelar sonhos, fantasias, angústias e prazeres quando comparadas com mulheres não-grávidas. Sustentam que no primeiro trimestre as grávidas experienciam ansiedade e uma sensação de solidão e distanciamento dos outros. No segundo trimestre, constata-se uma maior estabilidade emocional e menor ansiedade e, conseqüentemente, a existência de um aumento de autoconfiança e um desejo de envolver o pai. No terceiro trimestre a ansiedade aumenta novamente, prevalecendo o medo pela antecipação do desconhecido simultaneamente com sentimentos de orgulho e satisfação.

Nesta abordagem sobre alterações emocionais na gravidez, são importantes os contributos de Feinenmann (2000). A autora sistematiza os sentimentos que as grávidas consideram confortáveis e os que podem fazê-las sentir desconfortáveis nas diferentes fases da gravidez. É essa leitura que o quadro 2 possibilita.

Quadro 2 – Sentimentos Confortáveis e Desconfortáveis da Gravidez

Sentimentos Confortáveis	Sentimentos Desconfortáveis
Primeiros Três Meses	
- Prazer pelo cumprimento do papel reprodutivo. - Prazer pelo maior estatuto e atenção por parte da família e amigos. - Prazer pela bem-sucedida transição para o estado adulto. - Sentimento aumentado de bem-estar. - Partilha de uma experiência com a própria mãe.	- Rejeição da gravidez ou sentimentos confusos acerca da gravidez. - Perceção do feto como invasor e indesejável. - Receio de anormalidade do feto e culpa por beber ou fumar. - Ansiedade por causa de aborto espontâneo repetido ou interrupção voluntária anterior. - Competição com a própria mãe.
Segundos Três Meses	
- Aumento da ligação ao feto.	- Aversão à mudança do corpo.

- Prazer de ver o bebê nas ecografias. - Maior distanciamento dos compromissos de trabalho. - Aceitação social por parte de outras mães. - Iniciar preparativos para o nascimento.	- Sentimento de perda e poder de atração. - Ressentimento pela limitação de atividade e abandono do trabalho. - Afastamento da ligação com o feto, se a gravidez é ameaçada por complicações. - Solidão.
Últimos Três Meses	
- Prazer, bem como ansiedade realista quanto ao parto iminente. - Chegar a acordo com perda de estatuto e dinheiro. - Criar laços mais fortes com outras mães. - Atividades relacionadas com o arranjo do “ninho” para o bebê.	- Ansiedade mórbida relativamente ao trabalho de parto, hospitais ou dor. - Medo de perder o parceiro. - Medo de anormalidade do feto ou de nascimento de nado-morto. - Ansiedade relativamente à capacidade de ser mãe.

Fonte: Adaptado de Feinenmann (2000, p. 22-23)

De forma a resumir este subcapítulo, Carvalho *et al.* (2006, p. 41) refere que apesar da gravidez provocar valências afetivas distintas na mulher “ambas vão exigir novas adaptações e mudanças que são suscetíveis de gerar stress”. No entanto acrescenta que o stress não é sempre sinónimo de sofrimento, na medida em que “as situações de stress quando superadas são organizadoras do crescimento e identidade da pessoa e são quase sempre agentes de saúde e garantes de experiência e maturidade emocional” (*ibidem*, p. 41).

II.4. Transição para a Maternidade

Conjuntamente com o desenrolar normal das adaptações fisiológicas, psicológicas e emocionais que acompanham a gravidez, a grávida vai ter ainda de desenvolver e integrar diversas competências e conhecimentos fundamentais para efetuar uma transição segura para a maternidade. Colman & Colman (1994, p. 31) referem que o processo de transição para a maternidade pode ser “suave ou violento, fonte de confiança ou assustador, feliz ou triste, mas é seguramente mudança”. Mencionam, ainda, que “qualquer período de tão profunda transformação pode ser considerado uma «crise»”.

No entanto, a gravidez não é a única «crise» na vida da mulher. Maldonado (2002) considera a existência de três períodos críticos de transição na vida de uma mulher: a adolescência, a gravidez e o climatério sendo que qualquer um destes períodos pode ser encarado como uma crise maturacional, determinada sobretudo biologicamente, que

envolve modificações endócrinas, somáticas, psicológicas, socioeconómicas, culturais e espirituais. Representam passos importantes no desenvolvimento e são pontos de viragem na vida da mulher. A mudança é irreversível e o processo adaptativo é inevitável, pois uma vez mãe já não se pode deixar de o ser (Bibring *et al.*, 1961 citado por Campos, 2000).

Leal (2005) e Bibring *et al.* (1961) sustentam a tese de que a gravidez é considerada um período de «crise» para a mulher que implica transformações e adaptações contínuas em diversos níveis: a nível somático (a aparência e imagem corporal), a nível fisiológico (hormonal), a nível psicológico (reativação de sentimentos antigos de incapacidade ou de insucesso, da angústia de separação, do relacionamento com os pais) e a nível familiar (parentalidade, reestruturação do relacionamento inter-individual, transformações intergeracionais). Colman & Colman (1994, p. 31) utilizam o “termo «crise» no sentido de «transformação» ou «ponto crucial», tratando-se de uma época de maior suscetibilidade face a situações que provocam angústia.” Para Maldonado (2002) a gravidez é um período de transição existencial e não tanto de crise, ao considerar que a transição faz parte do processo normal do desenvolvimento e acontece de uma forma mais suave e tranquila. A autora reserva o termo «crise» para os períodos mais dramáticos da vida ou para quando a transição existencial sofre uma rutura na expectativa da pessoa.

Leal (2005) considera que a gravidez é uma experiência corporal temporária, através da qual a mulher dá vida a um ser. É considerada como um momento de transição existencial, na medida em que pode ser simultaneamente stressante e compensadora preparando a mulher para um novo nível de cuidados e de responsabilidade (Lowdermilk *et al.*, 2002). Na perspetiva destas autoras, ao longo da gravidez, o autoconceito da mulher vai sofrendo modificações preparando-se para a maternidade e para o desempenho de um novo papel – o papel de mãe.

Reportando-se à maternidade, Leal (2005, p. 327) refere que “a maternidade não passa necessariamente por uma gravidez, como também desejar um filho não implica forçosamente ter desejos de maternidade”. Embora assim considere, a autora define a maternidade como um “processo único a longo prazo, onde a mãe se implica com a sua personalidade, a sua história de vida, o seu passado intergeracional, o romance do casal e os acontecimentos de vida” (Leal, 2005, p. 327).

Mendes (2002, p. 23), por seu lado, sustenta que “o projeto de maternidade inicia-se muito antes de a mãe estar, de facto, grávida”. Para esta autora, a gravidez é uma etapa intermédia enquanto a maternidade é uma fase do desenvolvimento do ciclo vital da mulher. Considera, pois, que a maternidade exige o envolvimento e partilha necessários à prestação de cuidados que viabilizem um desenvolvimento saudável e harmonioso da criança recém-nascida.

Numa outra perspectiva, Burroughs (1995, p. 218) refere que a adaptação ao papel materno é “o processo pelo qual a mulher aprende o comportamento materno e fica satisfeita com a sua identidade como mãe.” Aproxima-se desta visão o pensamento de Rubin (1984, citado por Kimura, 1997, p. 341) ao afirmar que “a identidade materna é construída durante a gravidez, por meio de uma imagem idealizada que a mulher tem de si como mãe e do bebé como filho”. Rubin (1984) acrescenta que a aquisição ou incorporação do papel materno envolve representações culturalmente definidas de comportamentos associados com o papel materno. Assim, verifica-se que a maternidade exige sempre um processo de adaptação e de aprendizagem.

Camarneiro (2007, p. 29) refere que “a grávida entra em crise porque se encontra perante um trabalho interno redobrado, de integração de duas identidades (individual e social)”, ou seja, a transformação da, e pela, identidade. Kimura (1997, p. 341) refere que quando a mulher vivencia o processo de gravidez, ela se “identifica com uma identidade pressuposta de mãe, o que posteriormente como representação será interiorizada e objetivada socialmente”, existindo, desta forma, uma identidade pressuposta que é reposta a cada momento. Neste contexto, a maternidade é um fenómeno social.

Mercer (2004) refere que a preparação para a maternidade é um processo contínuo que começa quando a mulher planeia engravidar ou fica grávida, quando a gravidez é confirmada e quando esta decide mantê-la. Define a transição para a maternidade como “um compromisso intenso e um envolvimento ativo que se inicia antes ou durante a gravidez, quando a mulher começa a preparação ao procurar informação e a cuidar de si mesma e do bebé” (*ibidem*, p. 230). A autora propõe que a mulher, ao tornar-se mãe, vivencie, desde o início, estágios na aquisição das tarefas de papéis maternos, até evoluir, finalmente, para a interpretação própria do papel materno. Mercer (2004) e Mercer & Walker (2006) definem quatro estágios para a aquisição da identidade materna:

1. “Estar pronta;
2. Lidar com a realidade (inicia-se na gravidez até ao período pós-parto);
3. Ajustar-se à realidade (inicia-se com o nascimento até aos 4 meses após o parto, embora este período só esteja completa quando a mulher se sente confortável e confiante ao prestar os cuidados ao filho e toma decisões em relação ao mesmo);
4. Sonhar com a realidade (este período não é linear, pois a mulher sonha com o seu passado, vive a experiência do presente e visiona o futuro) (Mercer, 2004, p. 230).”

O primeiro estágio refere-se ao compromisso, apego para com o feto e preparação para o parto e maternidade durante a gravidez. O envolvimento e a participação ativa da

mulher nesta fase associa-se a uma adaptação positiva à maternidade. O segundo relaciona-se com o conhecimento e apego para com a criança; a aprendizagem dos cuidados a ter com a criança e a recuperação física da mulher nas primeiras 2 a 6 semanas após o nascimento. O terceiro diz respeito ao movimento em direção a um novo normal e ocorre entre as 2 semanas e os 4 meses após o parto. Finalmente, o quarto reporta-se à conquista da identidade materna através da redefinição do Self de forma a incorporar a maternidade e acontece por volta dos 4 meses após o parto. A mulher sente-se confiante e competente no desempenho do papel materno expressando amor e prazer ao interagir com o seu filho (Mercer, 2004; Mercer & Walker, 2006).

Estas mesmas autoras identificam algumas variáveis maternas que podem interferir na realização do papel maternal e consequentemente no processo de maternidade, nomeadamente: a idade, o relacionamento com o cônjuge/companheiro, a condição socioeconómica; a experiência do parto; o stress experienciado; o suporte disponível; a personalidade; o autoconceito; as atitudes educativas (posturas na educação da criança); a tensão devido ao desempenho do papel; o estado de saúde; a preparação durante a gravidez; o relacionamento com a mãe; depressão; e ansiedade. Apresentam, ainda, variáveis relacionadas com a criança, inclusive: a aparência; a responsividade; o temperamento; e o estado de saúde (Mercer & Walker, 2006).

Já em 2001, Canavarro evidenciou a importância da gravidez como uma época específica que permite a preparação para ser mãe, ou seja, a construção e a consolidação de uma forma progressiva do projeto de maternidade, estando em concordância com Mercer (2004) e Mercer & Walker (2006). Canavarro (2001) acrescenta, que o período da gravidez permite “ensaiar cognitivamente papéis e tarefas maternas, ligar-se afetivamente à criança, iniciar o processo de reestruturação de relações para incluir o novo elemento, incorporar a existência do filho na sua identidade e, simultaneamente aprender a aceitá-lo como pessoa única, com vida própria” (*ibidem*, p. 19). Esta visão é também corroborada por Mendes (2002) ao mencionar que a gravidez traça o início de uma nova fase no ciclo vital da mulher e da família auxiliando a transição definitiva da mulher para o ciclo maternal. Considera, ainda, que a gravidez ao envolver adaptações biofisiológicas e psicossociais prepara a mulher para a maternidade na medida em que potencia a reordenação de papéis e funções por parte da mulher e do seu núcleo familiar e permite que a mulher adquira novos conhecimentos e competências fundamentais na transição segura para a maternidade e para a integração efetiva no seu papel de mãe.

Nesta perspetiva, parece ficar claro que a gravidez e a maternidade embora representem duas realidades distintas são consideradas um período de desenvolvimento durante o qual ocorrem mudanças fisiológicas, psicológicas e emocionais que exigem das

mulheres, e mães, contínuas adaptações e reorganização da sua vida e aprendizagens de novas tarefas (Canavarro, 2001).

Mendes (2002, p. 34 citando Rubin, 1984, p. 145) descreve quatro tarefas maternas essenciais no desenvolvimento da identidade materna:

- “Assegurar uma passagem segura para ela própria e para a criança durante a gravidez e parto;
- Assegurar a aceitação social para si e para o filho por um número significativo de membros da família;
- Iniciar a sua ligação com o filho;
- Aprender a dar-se de si em benefício de outrem, ou seja, explorar em profundidade o significado do ato transitivo de dar/receber.”

Relativamente à primeira tarefa materna, esta refere-se à procura dos cuidados pré-natais em instituições especializadas (aconselhamento), o reforço do autocuidado, a procura de informação disponível nos livros, revistas especializadas, familiares e amigas com saberes adquiridos nesta área e a procura de suporte social nas pessoas mais significativas (Mendes, 2002).

A segunda tarefa materna é considerada a chave de uma gravidez feliz. Diversos autores referem que a confiança na aceitação do filho que está a gerar por parte do parceiro da grávida (base central do sistema de suporte social) e da mãe da grávida (modelo essencial da identidade materna) é uma condição necessária para a continuidade das outras tarefas (*ibidem*).

A terceira tarefa refere-se à ligação da mãe com o seu filho durante o período pré-natal, a qual resulta de uma construção progressiva e desenvolvida ao longo da gravidez (*ibidem*). Verny & Kelly (1988, citados por Mendes, 2002, p. 39) acrescentam que a ligação intrauterina é importante não só durante a gravidez mas também na futura relação mãe-filho. Em concordância com esta visão, Lowdermilk *et al.* (2002) argumentam que o relacionamento mãe-filho evolui durante a gestação como um processo do desenvolvimento em três fases. Na primeira fase, a mulher aceita o facto biológico da gestação e deve ser capaz de declarar “Estou grávida”. Na segunda a mulher aceita o feto em crescimento de maneira distinta dela e como uma pessoa a ser nutrida e deve ser capaz de dizer “Vou ter um bebé”. Na terceira, a mulher prepara-se realisticamente para o parto e maternidade e deve ser capaz de dizer “Vou ser mãe”.

A quarta tarefa é uma das mais complexas do desenvolvimento da maternidade e do aprender a ser mãe e relaciona-se com a capacidade e vontade para adiar a auto-gratificação em favor do bem-estar de outrem (Mendes, 2002). Esta autora, refere, ainda,

que o apoio e o tempo disponibilizado à grávida, assim como, o interesse demonstrado e o companheirismo facilitam a aprendizagem e interiorização desta tarefa (*ibidem*).

Como parece ter ficado patente através dos estudos convocados, a gravidez e a maternidade, numa perspectiva desenvolvimental, constituem momentos importantes na vida da mulher e da sua família e são caracterizadas pela presença de determinadas tarefas desenvolvimentais específicas que devem ser realizadas. Canavarro (2001) associou as tarefas de desenvolvimento que caracterizam cada fase da maternidade com o desenvolvimento cronológico da gravidez e o puerpério (quadro 3). Esta sistematização complementa as ideias abordadas no capítulo anterior, no que diz respeito às adaptações psicológicas da gravidez.

Quadro 3 – Tarefas de Desenvolvimento da Gravidez e Puerpério

GRAVIDEZ			PUERPÉRIO	
1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE		
Tarefa 1: Aceitar a Gravidez	Tarefa 2: Aceitar a Realidade do Feto			
	Tarefa 3: Reavaliar e Reestruturar a relação com os pais			
		Tarefa 4: Reavaliar e Reestruturar a relação com o cônjuge/companheiro		
		Tarefa 5: Aceitar o Bebê como pessoa separada		
		Tarefa 6: Reavaliar e Reestruturar a sua própria identidade		
				Tarefa 7: Reavaliar e Reestruturar a relação com o(s) outro(s) filhos

Fonte: Adaptado de Canavarro (2001, p. 38)

Segundo Canavarro (2001), a **aceitação da gravidez** é a primeira tarefa e é fundamental para que a mulher possa progredir nas tarefas subsequentes. Refere-se às

respostas adaptativas da mulher inerentes ao crescimento e desenvolvimento pré-natal. Apesar de ser uma tarefa intrínseca, numa fase inicial, é provável existir alguma ambivalência em relação a acreditar na viabilidade da própria gravidez, em relação à aceitação do feto, em relação às mudanças que o novo estado implica e em relação à própria maternidade (*ibidem*, p. 38). A propósito destes sentimentos de ambivalência, Lowdermilk *et al.* (2002, p. 221) referem que a vivência de “sentimentos conflitantes simultâneos é considerada uma resposta normal para as pessoas que se preparam para um novo papel”. A confirmação da gravidez (médica ou através de testes) e a aceitação e apoio dos familiares mais próximos contribuem significativamente para a superação destas ambivalências e aceitação da gravidez (Canavarro, 2001).

A **aceitação da realidade do feto** refere-se à aceitação do feto pela mãe como uma entidade separada, ou seja, como um indivíduo distinto de si própria. É uma fase importante na diferenciação mãe-feto e de aceitação deste como um ser autónomo. Nesta fase as fantasias relacionadas com o bebé intensificam-se e a grávida começa a ensaiar cognitivamente as primeiras tarefas de prestação de cuidados. Canavarro (2001) considera que determinados comportamentos, como por exemplo, falar para o bebé ou cantar ou acariciar a barriga como se lhe fizesse festas são indicadores positivos de superação desta tarefa. A perceção dos movimentos fetais e a realização da ultrassonografia obstétrica contribuem, também, para a diferenciação mãe-feto.

A propósito da ultrassonografia obstétrica, Villeneuve *et al.* (1988) avaliaram o impacto deste procedimento através da observação direta, entrevistas e aplicação de um questionário a um grande grupo de pais. Os resultados demonstraram que o exame foi uma experiência positiva e reconfortante para a maioria dos pais e que o resultado do exame foi a variável mais importante e responsável pelo efeito positivo. Os pais estavam tão envolvidos emocionalmente como as mães, sendo que a sua presença pareceu também ter um efeito benéfico sobre a mãe.

Estudos mais recentes apresentados por Gomes & Piccinini (2005, p. 390) são unânimes ao “reconhecer a ultrassonografia como sendo um momento muito importante para a gestante e para a relação materno-fetal, tanto em situações de normalidade como de anormalidade fetal.” Acrescentam que o procedimento por si só gera um impacto emocional no psíquico da grávida que provavelmente repercutirá na sua relação com o bebé, pelo que o procedimento merece ser cuidadosamente realizado e assistido por profissionais de saúde. Estes mesmos autores, num estudo posterior (2007) em que participam onze gestantes primíparas que realizaram pela primeira vez a ecografia entre as 11 e 24 semanas de gestação, evidenciam, mais uma vez, a importância das ecografias no contexto de normalidade fetal. Os resultados demonstram satisfação e intensidade vivenciadas durante

a realização do exame, assumindo, este, uma grande importância ao permitir conhecer o bebé antes do nascimento e por informar sobre a saúde do bebé (Gomes & Piccinini, 2007).

Samorinha *et al.* (2009) no seu estudo objetivaram avaliar o impacto da ecografia do 1º trimestre de gravidez na ansiedade e vinculação pré-natal. Os resultados revelaram que a “vinculação pré-natal aumenta significativamente enquanto a sintomatologia ansiosa diminui, depois da realização da ecografia” (*ibidem*, p. 17). Os autores concluem que a ecografia pode ter um papel tranquilizador e potenciador da ligação dos pais ao seu bebé por nascer.

Os relacionamentos próximos (mãe da grávida e companheiro) sofrem alterações durante a gravidez à medida que a mulher se prepara emocionalmente para o novo papel de mãe, podendo ocorrer períodos de tensão e de conflito (Lowdermilk *et al.*, 2002). As alterações prendem-se não só com as dimensões instrumentais de ajuda e apoio mas também com a atualização de dimensões relacionais.

Relativamente à **relação com a mãe** consideram os autores ser necessário que a grávida seja capaz de integrar as experiências positivas e negativas que teve como filha e aceitar o que considera ter sido o bom desempenho dos pais assim como as suas falhas e fracassos (Lowdermilk *et al.*, 2002). A realização desta parte da tarefa permite que a grávida se desvie de comportamentos extremos pouco adaptativos, adote comportamentos semelhantes aos da sua mãe, os que considera adequados, e substitua por outros os que considera disfuncionais. Nesta mesma linha, Mercer (1995, citado por Lowdermilk *et al.*, 2002, p. 221) menciona que os componentes importantes no relacionamento entre a mulher e a mãe são “a disponibilidade da mãe (passada e presente), a sua reação à gestação da filha, o respeito pela autonomia da filha e a vontade de falar sobre o passado.” Assim, tal como Lowdermilk *et al.* (2002), considera que a grávida é capaz de aceitar e lidar melhor com as próprias falhas da mãe. Outro ponto importante relaciona-se com o estabelecimento de uma nova forma de equilíbrio entre o apoio e a autonomia, ou seja, a diferenciação e redefinição dos papéis a desempenhar – pais/avós (Canavarro, 2001).

Todos os estudos convocados são unânimes quanto ao facto de a gravidez ser um período único na vida de uma mulher e representar uma significativa parte da experiência do casal. Em relação ao **relacionamento com o cônjuge/companheiro**, Sagiv-Reiss *et al.* (2012) demonstraram no seu estudo que o prazer sexual da mulher diminui com o evoluir da gestação enquanto a satisfação relacional se manteve relativamente inalterada, o que sugere que o progresso da gravidez pode afetar de um modo independente a qualidade da sexualidade e a qualidade relacional do casal. Desta forma, e como sublinha Canavarro (2001), torna-se essencial o reajuste da relação no plano afetivo, de rotina diária e de relacionamento sexual para que seja possível a “(...) partilha e articulação do desempenho de tarefas domésticas e de cuidados, a tomada de decisão sobre aspetos importantes da vida (financeiros, profissionais,...) e sobretudo o apoio emocional” (*ibidem*, p. 42). Verifica-

se a necessidade de flexibilizar a aliança conjugal para fomentar a parental, sendo fundamental o suporte emocional e a partilha, de modo a facilitar a confrontação com o *desconhecido* que a gravidez e a maternidade representam.

Conde & Figueiredo (2007) demonstraram na sua investigação, que visou estudar as preocupações dos pais (homens e mulheres) ao longo da gravidez e puerpério, que “enquanto as mães se preocupam mais com a sua competência para lidar com a situação de parto e para cuidar do bebé, com a saúde do recém-nascido (comum ao pai) e com a preparação física e/ou emocional para a chegada do novo membro da família, os pais centram as suas preocupações no desempenho do papel paterno após o nascimento e na situação de parto, relativamente ao modo como prestarão apoio à companheira nesta situação” (*ibidem*, p. 381).

A **aceitação do bebé como pessoa separada** encontra-se abrangida pelo último período de gravidez que consiste em aceitar a separação do bebé, simbolizada principalmente pelo parto, onde a mulher reconhece a existência do bebé separado com características e necessidades próprias. Este período caracteriza-se por sentimentos de ansiedade devido à antecipação do parto e por sentimentos de ambivalência entre a vontade de ver o filho e o desejo de prolongar a gravidez e adiar o parto (Canavarro, 2001). Lederman (1984, citado por Lowdermilk *et al.*, 2002, p. 223) refere que a melhor preparação para o parto é “um sentido saudável da realidade – consciência do esforço, da dor e do risco equilibrada pelo entusiasmo e pela expectativa da recompensa final”. Canavarro (2001) menciona que a “a tarefa principal consiste em aceitar que embora a existência do bebé possa ser gratificante para a mãe, ele existe para além dela e que deve ser aceite enquanto pessoa separada, com características e necessidades próprias” (*ibidem*, p. 43). Esta separação é gradual na medida em que os filhos são inicialmente muito dependentes, pelo que a mãe deve desenvolver a capacidade de proporcionar independência.

A **reavaliação e a reestruturação da sua própria identidade** têm como finalidade a integração do papel, função e significado de ser mãe e sintetiza as tarefas de desenvolvimento referidas anteriormente. Nesta tarefa, a mulher tem de encontrar o equilíbrio entre a proteção e autonomia do filho e o espaço para si própria (Canavarro, 2001). Trata-se do equilíbrio entre a proteção e a autonomia do filho, entre a dádiva e o espaço pra si e implica reavaliar ganhos e perdas.

Para as mulheres que não são primíparas existe, ainda, uma outra tarefa que se relaciona com a **reavaliação e reestruturação da relação com o(s) outro(s) filho(s)**. Canavarro (2001, p. 45, citando Lederman, 1997) refere três temas básicos das preocupações de mulheres que são mães pela segunda vez: “(i) a capacidade física para cuidar de duas crianças ao mesmo tempo; (ii) os sentimentos de culpabilidade, ao antecipar a reação do primeiro filho ao nascimento do irmão e (iii) a capacidade de amar as duas

crianças de forma igual”. É fulcral que a grávida não assimile o novo filho à identidade dos outros filhos e que auxilie os outros filhos a reforçarem o seu papel na família de modo a anteciparem situações e a prepararem-se para a chegada do novo irmão.

Em síntese podemos referir que a gravidez é um acontecimento importante na vida da mulher (e também na do homem que vai ser pai) podendo constituir simultaneamente um desafio e uma ameaça à sua estrutura psicológica e emocional, pois esta revive intensamente os conflitos e os problemas não resolvidos da sua vida anterior, revive e incorpora as identificações que fez ao longo da vida e sintetiza o seu desenvolvimento. Leal (2005) refere que a parentalidade é “um processo maturativo que leva a uma reestruturação psicoafectiva permitindo a dois adultos tornarem-se pais, isto é de responder às necessidades físicas, afetivas e psíquicas do(s) seu(s) filho(s), que numa perspetiva antropológica designa os laços de aliança, filiação, etc.” (*ibidem*, p. 322).

Capítulo III. Fundamentos Teóricos de Enfermagem

Notas Introdutórias

A história da Enfermagem remete-nos para os tempos primitivos onde as mulheres eram encorajadas a cuidar das crianças, dos doentes e da maternidade e a auxiliar nos partos.

Foi com *Florence Nightingale* que surgiu a Enfermagem moderna. Nascida em Florença, em 1820, no seio de uma família burguesa, *Florence Nightingale* sempre possuiu uma paixão pelos desprotegidos e enfermos. Aos 24 anos foi estagiar para um Hospital em Kaiserwerth na Alemanha e aos 31 estagiou em Paris com as Irmãs da Caridade de S. Vicente Paulo.

Em 9 de Julho de 1860 fundou a Escola de Enfermagem de Saint Thomas, em Londres, tendo introduzido o ensino teórico esquematizado na Enfermagem marcando, assim, o início da Enfermagem Moderna² (Dolan, 1958; Nogueira, 1990).

Mas, o que é a Enfermagem? Como tem evoluído o conceito ao longo dos tempos? E quais as funções de um enfermeiro?

Para uma maior compreensão destas questões, apresentam-se, neste ponto, três modelos teóricos por nós considerados essenciais para um aprofundamento do conhecimento sobre Enfermagem e que constituem um referencial teórico para uma interpretação dos dados empíricos. Estes são desenvolvidos em torno de uma combinação de conceitos, onde quatro áreas estão geralmente incluídas: abordagem holística do ser humano; abordagem sobre saúde-doença; abordagem sobre ambiente (sociedade); e uma abordagem sobre Enfermagem.

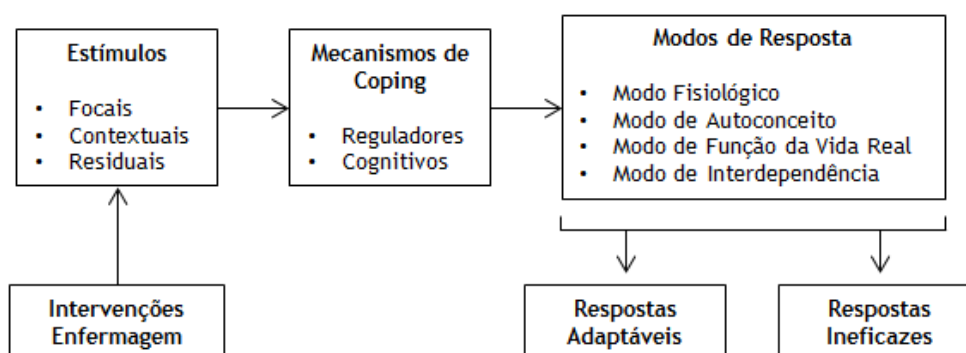
² No que a Portugal diz respeito só no final do século, em 28 de Janeiro de 1886, surgiu a primeira Escola para o Ensino de Enfermagem, no Hospital de São José, que encerrou em 1889 (Dolan, 1958; Nogueira, 1990). Em 1901 foi criada no mesmo hospital a Escola Profissional de Enfermeiros com um ano de curso mais um ano complementar para quem quisesse obter o “Curso Completo de Enfermeiros”. Quase em simultâneo surgiram escolas de enfermagem no Porto e em Coimbra. Entre 1901 e 1940 são fundadas várias Escolas de Enfermagem com destaque para a Escola Técnica de Enfermeiras criada em 1940. Em 1947, para compensar a escassez de enfermeiros, foi criado o Curso de Auxiliares de Enfermagem que permitia realizar tarefas de fácil execução e pouca responsabilidade (Dolan, 1958; Nogueira, 1990).

Os modelos em análise são o Modelo de Adaptação de Roy para a Enfermagem; a Teoria de Watson sobre o Cuidar e a Teoria de Médio Alcance das Transições em Enfermagem de Meleis.

III.1. Modelo de Adaptação de Roy para a Enfermagem³

O Modelo de Adaptação de Callista Roy descreve a pessoa como um sistema holístico adaptável, isto é, capaz de se ajustar às mudanças no meio ambiente e de o transformar. Apresentamos a figura 1 que ilustra o Modelo de Adaptação de Roy⁴ (Roy & Andrews, 2001, p. 15-35).

Figura 1 – Modelo de Adaptação de Roy



Fonte: Adaptado de Roy e Andrews (2001, p. 27-28)

Analisando a figura 1, verificamos que este modelo é organizado em torno de conceitos que descrevem o modo como a pessoa se adapta de forma a permitir que esta lide com estímulos do ambiente que são indutores de stress. Os fatores ambientais que influenciam o comportamento da pessoa são classificados como focais, contextuais e residuais e o significado destes pode sofrer modificações à medida que o próprio ambiente se transforma. O **estímulo focal** é o “estímulo interno ou externo que mais imediatamente confronta a pessoa”. Por exemplo, a dor após a cirurgia pode ser um estímulo focal, na medida em que a pessoa concentra toda a sua atenção e energia neste estímulo (Roy &

³ A abordagem a este modelo é feita também com recurso à Theory of Adaption During Childbearing (Tulman & Fawcett, 2003) na perspetiva de analisar especificamente o processo de adaptação da mulher à gravidez.

⁴ ROY, C. & ANDREWS, H. (2001). *Teoria da Enfermagem: O Modelo de Adaptação de Roy*. (14ª Ed.) Lisboa: Instituto Piaget.

Andrews, 2001, p. 22). Os **estímulos contextuais** são “todos os outros estímulos presentes na situação que contribuem para o efeito do estímulo local”. Dito de outra forma, são “todos os fatores ambientais que se apresentam à pessoa, a partir do interior ou exterior, mas que não são o centro da atenção da pessoa ou energia” e influenciam a forma como a pessoa lida com o estímulo focal. Por exemplo, a dor após a cirurgia pode ser melhor tolerada quando a pessoa sabe que é temporária (*ibidem*, p. 22). Os **estímulos residuais** dizem respeito aos “fatores ambientais dentro e fora da pessoa cujos efeitos na situação atual não são centrais”, ou seja, “a pessoa pode não ter consciência da influência destes fatores ou poderá não ser claro para o observador que eles estão a surtir efeito” (*ibidem*, p. 22).

Procurando ampliar o entendimento sobre os estímulos indutores de stress e relacionando-o com os objetivos da investigação convocamos o ponto de vista de outros autores, que cruzamos com a perspectiva de Roy (2001). Assim, para Miller & Myers-Walls (1983, citados por Oliveira *et al.*, 2005, p. 72) existem indutores de stress específicos da gravidez e transição para a maternidade que apresentamos no quadro 4.

Quadro 4 – Indutores de Stress

Indutores de Stress Físico	→ Sintomas associados à gravidez (enjoo, náuseas, fadiga); → Complicações médicas da gravidez; → Modificações na intimidade e relacionamento do casal; → Modificação de rotinas, ritmos de sono e vigília, cansaço e mesmo exaustão devido à prestação de cuidados ao bebé.
Indutores de Stress Psicológico	→ Características da mãe/pai (personalidade, atitudes, expectativas, valores (...)); → Preocupação com a segurança e bem-estar do bebé/filho; → Características do bebé/criança; → Diminuição da satisfação e/ou qualidade da relação conjugal; → Falta de suporte social.
Indutores de Stress Financeiros	→ Acréscimo das exigências financeiras após o nascimento de um filho; → Possíveis modificações no estilo de vida; preocupações com o futuro da família; → Desacordos na família acerca da gestão dos meios financeiros.

Fonte: Adaptado de Miller & Myers-Walls (1983, citados por Oliveira *et al.*, 2005, p. 72)

Todos os estímulos servem como entrada para a pessoa enquanto sistema adaptável. Depois de processar esta entrada, a pessoa utiliza os **mecanismos de controlo (resistência ou coping)** para criar uma resposta (comportamento observável). Os mecanismos de controlo podem ser entendidos como “formas inatas ou adquiridas de responder ao ambiente em mudança” (Roy & Andrews, 2001, p. 27-28). Os processos centrais de adaptação são o **subsistema regulador** que inclui os canais neuroquímicos e endócrinos que a pessoa aciona mediante uma resposta quase automática e inconsciente e o **subsistema cognitivo** que processa a informação perceptual, a aprendizagem, os juízos e as emoções para que a pessoa possa realizar a sua resposta.

Para uma melhor compreensão dos mecanismos de coping, invocamos a visão de Lazarus & Folkman (1984). Para estes autores, o coping consiste nos esforços cognitivos e comportamentais do sujeito, variáveis e instáveis, para organizar (reduzir, minimizar, controlar, dominar ou tolerar) a exigência interna ou externa (e o conflito entre ambos), feita pela transação sujeito-meio ambiente, e avaliado como excedendo os seus próprios recursos, ou seja, coping é todo o esforço levado a cabo para lidar com o stress. Ainda segundo Lazarus & Folkman (1984) existem duas funções primordiais do coping: regular as emoções desajustadas (coping centrado na emoção) e alterar a situação ou o problema que estejam a provocar o desajustamento (coping centrado no problema).

Mediante ao recurso dos mecanismos de coping a pessoa pode encontrar soluções favoráveis ou desfavoráveis. As respostas podem ser adaptáveis quando promovem a integridade completa da pessoa ou ineficazes se não contribuem para os objetivos da adaptação. O nível de adaptação da pessoa é o nome dado ao “ponto de mudança que representa a capacidade da pessoa para responder positivamente a uma situação” (Roy & Andrews, 2001, p. 23-25). Assim, a **saúde** é definida como “um estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada” e constitui um reflexo da adaptação da pessoa ao ambiente. A falta de integração resulta em falta de saúde (*ibidem*, p. 33).

A **pessoa** é considerada um sistema adaptável com mecanismos de resistência reguladores e cognitivos que atuam para obter respostas observáveis de adaptação em quatro modos: modo fisiológico; modo de autoconceito; modo de função da vida real; e modo de interdependência (Roy & Andrews, 2001). É através destes quatro modos principais que as respostas são dadas e que o nível de adaptação pode ser observado.

O **modo fisiológico** diz respeito à forma como a pessoa responde como ser físico aos estímulos do ambiente e engloba a necessidade básica de *integridade fisiológica*, que se decompõe nas necessidades de oxigenação, nutrição, eliminação, atividade e repouso e proteção. Também inerentes à adaptação fisiológica estão quatro processos complexos que envolvem os sentidos, fluídos e eletrólitos, função neurológica e função endócrina. “O comportamento neste modo é uma manifestação fisiológica de todas as células, tecidos, órgãos e sistemas que compreendem o corpo humano” (Roy & Andrews, 2001, p. 75).

O **modo de autoconceito** relaciona-se com os aspetos psicológicos e espirituais da pessoa e engloba a necessidade básica de *integridade psíquica*. Divide-se em duas componentes: o Eu físico, que inclui a sensação do corpo e a imagem corporal e o Eu pessoal que abrange a autoconsistência⁵, o autoideal⁶ e o Eu moral, ético e espiritual.

⁵ Roy & Andrews (2001, p. 359) definem autoconsistência como “traços característicos da personalidade; como é que uma pessoa se vê a si própria em relação ao desempenho real ou resposta a uma situação”.

⁶ Roy & Andrews (2001, p. 359) definem autoideal como “o que uma pessoa gostaria de ser ou fazer – relacionado com o que uma pessoa é capaz de ser ou fazer”.

O **modo de função na vida real** incide sobre os papéis que a pessoa ocupa na sociedade e engloba a necessidade básica de *integridade social*, ou seja, a necessidade da pessoa saber quem é em relação aos outros para que possa agir. Roy & Andrews (2001, p. 396 citando Parsons & Shils, 1951) definem papéis como “as unidades de funcionamento da sociedade” onde cada papel existe em relação com um outro, como por exemplo, o papel de pai ou mãe exige que exista um filho. Acrescentam que “associado a cada papel está um conjunto de expectativas sobre a forma como a pessoa se comporta no sentido de ocupar a posição complementar”, isto é, “as pessoas precisam de saber quem são (papéis ocupados) e as expectativas sociais relacionadas, para que possam atuar em conformidade – *integração social*” (Roy & Andrews, 2001, p. 397). Relativamente à avaliação do comportamento adequado ao desempenho do papel, Roy & Andrews (2001, p. 399 apoiados em Parsons & Shils, 1951) distinguem os *comportamentos instrumentais* que são habitualmente ações físicas e “aqueles que a pessoa desempenha como parte integrante do seu papel” e têm como finalidade o domínio de papel, ou seja, a demonstração de comportamentos relacionados com o papel que preenche as expectativas sociais e têm uma direção a longo prazo; e os *comportamentos expressivos* que “envolvem os sentimentos e atitudes que a pessoa defende em relação ao seu papel e desempenho dele” e que têm como objetivo o *feedback* imediato (Roy & Andrews, 2001, p. 399). Por exemplo, em relação ao papel de mãe, cuidar das necessidades físicas do bebé envolve comportamentos instrumentais enquanto abraçar e segurar o bebé são comportamentos expressivos. A maneira como a pessoa desempenha os papéis que se espera dela é uma indicação do funcionamento do papel, ou seja, é uma indicação da adaptação social relativa à função na vida real.

Focando-nos agora no **modo de interdependência**, este incide sobre as interações relacionadas com o dar e receber amor, respeito e valor e engloba a necessidade básica de *adequação emocional*. Baseia-se em dois tipos de relações específicas: outros significativos (as pessoas mais importantes para a pessoa) e os sistemas de apoio (outros que contribuem para a satisfação das necessidades de interdependência).

Roy & Andrews (2001, p. 33) referem que as **intervenções de enfermagem** têm como finalidade “contribuir para o objetivo global dos cuidados de saúde, isto é, promover a saúde dos indivíduos e da sociedade”. Acrescentam que os cuidados de enfermagem têm por objetivo a “promoção da adaptação em cada um dos quatro modos” de forma a “contribuir para a saúde da pessoa, para a qualidade de vida, e para uma morte com dignidade” (*ibidem*, p. 35). Para tal, o enfermeiro deve identificar o nível de adaptação, as capacidades de resistência da pessoa e as suas dificuldades, de forma a poder intervir de forma a promover a sua adaptação. Ou seja, o enfermeiro ao aplicar o *processo de*

enfermagem⁷ no âmbito dos quatro modos adaptáveis, avalia, diagnostica e intervém para facilitar a adaptação à gravidez em todas as suas vertentes (adaptação fisiológica e psicossocial à gravidez, adaptação à transição para o papel maternal e adaptação nos relacionamentos).

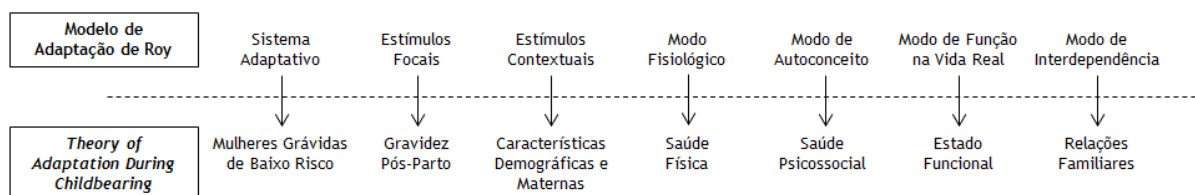
III.1.1. Contributos do Modelo de Roy para a Theory of Adaption During Childbearing

A Theory of Adaptation During Childbearing foi desenvolvida por Tulman & Fawcett (2003). As autoras analisaram o processo de adaptação da mulher no período específico da gravidez e do pós-parto com base no Modelo de Adaptação de Roy.

A sua investigação teve como finalidade estudar a saúde da mulher durante a gravidez e no pós-parto e teve dois objetivos principais: i) verificar se a saúde física e psicossocial da mulher (modo fisiológico e de autoconceito), o estado funcional⁸ (modo de função da vida de real) e as relações familiares (modo de interdependência) mudariam ao longo da progressão da gravidez e do pós-parto e ii) verificar a existência de inter-relações nos modos de resposta, mais especificamente entre a saúde física e o estado funcional; a saúde psicossocial e o estado funcional; e as relações familiares e o estado funcional.

A figura 2 estabelece as ligações entre o Modelo de Adaptação de Roy e a Theory of Adaptation During Childbearing de Tulman & Fawcett (2003).

Figura 2 – Ligações entre o Modelo de Adaptação de Roy e a Theory of Adaptation During Childbearing



Fonte: Adaptado de Tulman & Fawcett (2003, p. 7)

Analisando a figura 2, verificamos que as mulheres grávidas de baixo risco constituíram o sistema adaptativo selecionado por Tulman & Fawcett (2003). Os estímulos

⁷ “Abordagem do enfermeiro para a resolução de problemas na recolha de dados, identificando as necessidades da pessoa, selecionando e implementando abordagens para os cuidados de enfermagem, e avaliando os resultados dos cuidados ministrados” (Roy & Andrews, 2001, p. 43).

⁸ Tulman & Fawcett (2003, p. 15-16) definem estado funcional como o “papel da componente de ação, isto é, o desempenho de comportamentos associados a funções”.

focais representados nesta teoria foram a gravidez e o pós-parto. Em relação aos estímulos contextuais, estes estavam representados pelas características demográficas das mulheres (idade, escolaridade, profissão e situação profissional, residência, composição do agregado familiar, rendimento familiar). No que diz respeito aos modos adaptativos, o modo fisiológico refere-se à saúde física da mulher (energia e sintomas físicos); o modo de autoconceito relaciona-se com a saúde psicossocial da mulher (aceitação da gravidez, identificação do papel materno, preparação para o parto, etc.); o modo de função na vida real relaciona-se com o estado funcional; e o modo de interdependência reporta-se às relações familiares (relação com a mãe, relação com o companheiro durante a gravidez).

Tulman & Fawcett (2003, p. 22-27) demonstram que a **energia física** e os **sintomas físicos** das mulheres sofrem alterações ao longo da gravidez e que estes influenciam o estado funcional da mesma.

Em relação à energia física, verificam que o nível de energia da mulher aumenta do 1º para o 2º trimestre de gravidez e decresce do 2º para o 3º trimestre. Poucas mulheres referem a manutenção do mesmo nível de energia quando comparado com o período antes de engravidar (12% no 1º trimestre; 34% no 2º trimestre e 15% no 3º trimestre).

No que diz respeito aos sintomas físicos, o número de sintomas experienciados pelas mulheres mantiveram-se inalterados do 1º para o 2º trimestre de gravidez, mas do 2º para o 3º trimestre aumentaram. Os sintomas físicos mais comuns no 1º trimestre, por ordem decrescente, foram: sensação de cansaço; náuseas e vômitos; aumento do número de micções; diminuição da atividade e sensibilidade aos odores. No 2º trimestre foram: aumento do número de micções; sensação de cansaço; dor nas costas; aumento do apetite e azia. No 3º trimestre foram: aumento do número de micções; sensação de cansaço; sensação de calor mais do que o habitual; diminuição da atividade e azia.

Tulman & Fawcett (2003, 22-27) encontraram correlações estatisticamente significativas entre o estado funcional e a energia física e entre o estado funcional e os sintomas físicos. Por exemplo, à medida que o número de sintomas físicos ia aumentando, o desempenho de funções e das atividades ia diminuindo. O desempenho de funções como o cuidado da casa, o cuidado pessoal e atividades ocupacionais aumenta do 1º trimestre de gravidez para o 2º, havendo um decréscimo no 3º trimestre. O desempenho de funções nas atividades sociais e comunitárias, assim como, o cuidado de crianças mantém-se ao longo do 1º e 2º trimestre e sofre um decréscimo do 2º para o 3º trimestre.

Como esperado da Theory of Adaptation During Childbearing que tem como base o Modelo de Adaptação de Roy, as mudanças ocorreram nas variáveis que representam o modo fisiológico e o modo de função de vida real à medida que os estímulos focais da

gestação foram evoluindo. Estas autoras acrescentam que o modo fisiológico e o de função de vida real são elementos inter-relacionados na adaptação durante a gravidez.

Tulman & Fawcett (2003, p. 51) encontraram diferenças ao longo dos três trimestres de gravidez em relação a três **sintomas psicológicos**: sentir-se ansioso, sentir-se deprimido e sentir-se melhor do que o habitual. Em relação ao sentir-se ansioso, 50% das mulheres referiram no 1º trimestre, 42% no 2º trimestre e 55% no 3º trimestre, existindo uma mudança significativa do 2º para o 3º trimestre. Relativamente ao sentir-se deprimido, 25% das mulheres referiram no 1º trimestre, 22% no 2º trimestre e 20% no 3º trimestre, não revelando diferenças significativas entre os trimestres. No que diz respeito ao sentir-se melhor do que o habitual, 13% das mulheres referiram no 1º trimestre, 26% no 2º trimestre e 19% no 3º trimestre, existindo uma mudança significativa do 1º para o 2º trimestre. As mulheres que mencionaram sentirem-se ansiosas ou deprimidas realizaram as suas atividades habituais num nível inferior ao longo da gravidez quando comparadas com as mulheres que não relataram sentirem-se ansiosas ou deprimidas. Contrariamente, as mulheres que relataram sentirem-se melhor do que o habitual, no início da gravidez realizaram as suas atividades habituais num nível superior comparativamente com as que não relataram sentirem-se melhor do que o habitual.

Tulman & Fawcett (2003, p. 55-57) analisaram também as variáveis: aceitação da gravidez; identificação do papel de mãe; sentimentos em relação à preparação para o parto; medo da dor, impotência e perda de controlo durante o parto e preocupação com o seu bem-estar e do bebé nos três trimestres de gravidez em relação à saúde psicossocial da mulher. A aceitação da gravidez pela mulher aumentou do 1º para o 2º trimestre mas nenhuma alteração foi evidente do 2º para o 3º trimestre. Os sentimentos da mulher em relação à preparação para o parto tornaram-se mais positivos no 3º trimestre quando comparados com o 2º trimestre. Em relação às restantes variáveis relativas à saúde psicossocial da mulher não se verificaram diferenças entre os trimestres. As mulheres que apresentaram um nível mais elevado no desempenho das atividades habituais exibiram uma maior aceitação da gravidez, menor preocupação com o seu próprio bem-estar e do bebé, maior identificação com o papel de mãe (apenas no 2º trimestre de gravidez) e sentimentos de maior preparação para o parto (apenas no 3º trimestre de gravidez).

Em relação às **relações familiares** foram analisadas duas variáveis: relação com a mãe e relação com o marido (Tulman & Fawcett, 2003, p. 56-57). O relacionamento com o marido foi mais positivo no 1º trimestre do que no 2º trimestre e não se verificaram alterações do 2º para o 3º. Também não se verificaram alterações no relacionamento da grávida com a sua mãe. Mais do que um quarto das mulheres referiram que o marido (24%) ou a sua mãe (4%) as ajudaram no desempenho das suas atividades habituais.

III.2. Teoria de Watson sobre o Cuidar

No campo da produção de conhecimento sobre Enfermagem a teoria de Watson (1979; 2002) é considerada um marco importante por dar ênfase ao cuidar.

Com efeito, o referencial teórico da Filosofia e Ciência do Cuidar de Jane Watson começa com a visão de ser **pessoa** e da existência humana. Para Watson (2002, p. 81) a “conceção da vida e ser pessoa, está ligada a noções de que a nossa alma possui um corpo que não está limitado por espaço e tempo objetivos”. Desta forma, segundo a perspectiva da autora a pessoa é considerada como um ser-no-mundo e possui três esferas do ser – mente, corpo e alma – que são influenciadas pelo conceito do Eu⁹. Existe, pois, uma enorme “consideração e respeito dado ao conceito de uma alma humana (espírito ou elevado sentir do Eu) que é maior do que a existência física, mental, emocional de uma pessoa num dado ponto do tempo” (*ibidem*, p. 82).

A autora refere-se à **saúde** como “a unidade e harmonia na mente, no corpo e na alma”. Acrescenta que a saúde também está associada “ao grau de congruência entre o Eu, como é percebido, e o Eu como é experienciado” (Watson, 2002, p. 86). Quando a pessoa apresenta uma inquietação ou desarmonia numa das suas esferas (na mente, no corpo e na alma) quer conscientemente quer inconscientemente, significa **mal-estar**. Mal-estar não significa necessariamente, uma doença, mas uma alma perturbada pode levar ao mal-estar, e o mal-estar pode produzir doença. Watson (2002) menciona que determinadas experiências específicas, como por exemplo, o desenvolvimento de conflitos, o sofrimento interior, a culpa, o desespero, a tristeza, o stress, o desconhecido podem conduzir ao mal-estar e resultar em doença.

Para Watson (2002, p. 96) **enfermagem** pode ser definida como “uma ciência humana de pessoas e de saúde humana – experiências de doença que são mediadas pelas transações humanas do cuidar profissional, pessoal, científico, estético e ético”. Menciona que “o objetivo de enfermagem é ajudar as pessoas a ganharem um grau mais elevado de harmonia na mente, no corpo e na alma o que vai gerar processos de autoconhecimento, autorrespeito, autocura e autocuidado, enquanto permite o crescimento da diversidade” (*ibidem*, p. 87).

Watson (2002) estabelece como foco da enfermagem o **cuidar**, que derivado de uma visão humanista, visa a promoção da saúde e não somente a cura da doença. Para a autora, o “processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a

⁹ “A noção do Eu é o centro subjetivo que experiencia e vive dentro do somatório total das partes do corpo, dos pensamentos, das sensações, desejos, memórias, história de vida” (Watson, 2002, p. 97-98).

enfermagem” devido às transações dinâmicas de pessoa para pessoa e aos conhecimentos necessários, empenho, valores e compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço (Watson, 2002, p. 52). Dito de outro modo, cuidar é para a autora “um empreendimento epistêmico que define quer o enfermeiro quer a pessoa e ainda o nível de espaço e tempo” onde é dado ênfase na ajuda dada ao indivíduo na aquisição de maior conhecimento próprio, autocontrole e preparação para o autocuidado, independentemente da condição externa de saúde (*ibidem*, p. 56). O cuidar começa quando o “enfermeiro entra no espaço de vida de outra pessoa, sendo capaz de detetar a condição de ser da outra pessoa (espírito, alma), sente estas condições no seu íntimo, e responde à condição de tal forma que a pessoa liberta sentimentos subjetivos e pensamentos que ele ou ela desejavam libertar há muito tempo” (*ibidem*, p. 111). Os sentimentos e pensamentos menos harmoniosos são substituídos por outros sentimentos mais harmoniosos que favorecem o bem-estar.

O enfermeiro é considerado como coparticipante no processo de cuidar pelo que é colocado um elevado valor no relacionamento entre o enfermeiro e a pessoa. A autora aborda a relação entre a pessoa que necessita dos cuidados de enfermagem e o enfermeiro numa relação ao mesmo nível, sendo pessoa o centro dos cuidados e dando-se ênfase à ajuda à pessoa, ao respeito pela dignidade do próprio e da vida humana, valores que se relacionam com a autonomia da pessoa e a sua liberdade para tomar as decisões que mais lhe convierem, de acordo com os seus interesses. As intervenções de enfermagem relacionadas com o processo de cuidar requerem uma intenção, uma vontade, uma relação e ações. Este processo vincula um compromisso com o cuidar como um ideal moral direcionado para a preservação da humanidade (*ibidem*, p. 130). Tudo isto é pressuposto por um conhecimento base e competência clínica. Tendo subjacente um forte sentido humanista, a teoria sobre o cuidar, de Watson (2002, p. 130) assenta em dez fatores de cuidar:

1. “Sistema de valores humanísticos-altruístas;
2. Fé-esperança;
3. Sensibilidade para consigo e com os outros;
4. Relação de cuidar, ajuda- confiança;
5. Expressando sentimentos positivos e negativos;
6. Processo de cuidar criativo na resolução de problemas;
7. Ensinar-aprender transpessoal;
8. Ambiente sustentador, protetor, e/ou corretivo mentalmente, fisicamente, socialmente e espiritualmente;
9. Assistência às necessidades humanas; e
10. Forças existenciais-fenomenológicas-espirituais.”

Esclarecendo este sentido humanista da Teoria do Cuidar de Watson (1979; 2002), Bork (2003, p. 10) refere que esta é alicerçada em sete proposições fundamentais:

1. “O cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado de modo interpessoal;
2. O cuidado consiste em fatores do cuidar que resultam na satisfação de certas necessidades básicas;
3. O cuidado eficiente promove saúde e crescimento individual ou familiar;
4. As respostas de cuidado entendem uma pessoa e não apenas como ela é, mas como aquilo que ela pode vir a ser;
5. Um ambiente de cuidado é aquele que proporciona o desenvolvimento do potencial, ao mesmo tempo que permite à pessoa escolher a melhor ação para si mesma em dado período de tempo;
6. O cuidado é mais orientado para a promoção de saúde do que para ações curativas. A prática do cuidado emprega o conhecimento da biologia aliado ao conhecimento do comportamento humano para gerar e promover a saúde, e para propiciar auxílio àqueles que não se encontram em condições de se autocuidar. Uma ciência do cuidar é, conseqüentemente, um complemento à ciência da cura.
7. A prática do cuidado é fundamental à enfermagem. É o atributo mais valioso que a enfermagem oferece à humanidade.”

Procurando ampliar o entendimento do cuidar convocamos o ponto de vista de outros autores, que cruzamos com a visão de Watson (2002). Assim, para Collière (1999, p. 285) os cuidados de enfermagem podem ser situados, por um lado, “em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença e, por outro, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente”. Trata-se, de facto, de uma visão muito próxima da visão humanista de Watson (2002).

Honoré (2004, p. 17-19), por seu lado, sustenta que cuidar significa “ocupar-se com cuidado de alguém ou de alguma coisa”. Este autor explica que cuidar possui três intenções na sua ação: a intenção de reparar (aliviar); a intenção de satisfazer (contentar) e a intenção de formar (educar / acompanhar um desenvolvimento). Menciona, ainda, que cuidar detém dois significados. “Por um lado, agir com a preocupação do bem-estar do outro, atento às condições particulares em que este se encontra, manifestar esta preocupação com um estar presente junto do outro. Por outro lado, fazer o que é preciso, de acordo com o que se sabe fazer, para criar as condições desse bem-estar” (*ibidem*, p. 23), visão que se alicerça objetivamente no pensamento de Watson (2002).

Nesta argumentação, relativa às competências de enfermagem, importa clarificar a diferença que existe entre cuidar e tratar. Segundo Collière (2003, p. 180) os cuidados dirigem-se a tudo o que “estimula as forças de vida, as desperta, as mantém” enquanto os tratamentos enfatizam “a doença e aos prejuízos que causa”.

Também, relativamente a este aspeto, Honoré (2004) efetua a distinção do cuidado em diversos significados – ato, ação, atitude e forma de agir. O ato do cuidado designa “o lado exterior do agir cuidador, o que é efetivamente realizado quando se cuida.” Alguns atos são realizados por prescrição médica (ex. administração de medicação), outros por autonomia do enfermeiro (ex. cuidados de higiene e conforto, vigilância da higiene e do equilíbrio alimentar, posicionamento do paciente de acordo com a sua patologia ou a sua incapacidade, educação). A ação do cuidado designa “a fase subjetiva, interior, do agir do cuidador, daquilo que foi desejado e também das condições em que o cuidado se realiza” (*ibidem*, p. 66-73). A atitude diz respeito ao tomar cuidado. Tomar cuidado é “uma exteriorização, a partir da atenção dispensada ao outro, da preocupação que se tem, por si só, como o seu bem-estar.” Como maneira de agir, o cuidado significa “o zelo em fazer bem o que se faz” (*ibidem*).

Hesbeen (2000, p. 37), por sua vez, refere que “cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber-ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular”.

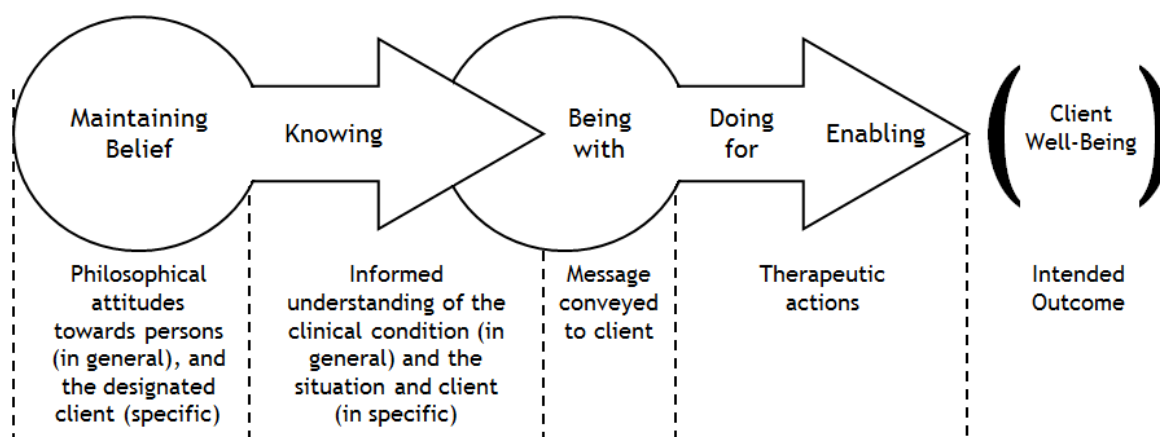
Em síntese, o cuidar requer conhecimento do comportamento humano e respostas humanas para problemas de saúde; conhecimento e compreensão das necessidades individuais; saber como dar respostas às necessidades dos outros; conhecimento das forças e limitações do enfermeiro assim como das da pessoa que é cuidada; conhecimento acerca do significado da situação para a pessoa e como a confortar. Por outro lado, cuidar também exige ações facilitadas, ou seja, ações que permitam que outros resolvam os problemas e cresçam. De entre os vários estudos filiados à Teoria do Cuidar de Watson (1979; 2002), damos relevo à Teoria de Swanson (1991) por se desenvolver com base em metodologias de carácter fenomenológico permitindo, pela proximidade com os sujeitos investigados, aprofundar o sentido do cuidar. É essa teoria que expomos no ponto seguinte deste trabalho.

III.2.1. Contributos da Teoria do Cuidar de Swanson

Swanson (1991; 1993), através de três investigações fenomenológicas no âmbito da saúde materna que realizou em três unidades diferentes, construiu uma teoria do médio

alcance, propondo como definição de cuidar a seguinte: “cuidar é uma forma de relacionar crescendo com um outro significativo, por quem nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis” (*ibidem*, p. 165). Esta autora estabeleceu cinco processos de cuidar como se pode verificar na figura 3.

Figura 3 – Estrutura do Cuidar segundo Swanson (1991; 1993)



Fonte: Adaptado de Swanson (1993, p. 355)

De acordo com Swanson (1993), e analisando a figura 3, uma das orientações fundamentais do cuidar é a **manutenção da crença** na pessoa e na sua capacidade de superar eventos e transições e de enfrentar um futuro com sentido.

Swanson (1993) menciona que se manter a crença é base do cuidar em enfermagem, o **conhecer** é a âncora que amarra a crença do enfermeiro à realidade vivida pela pessoa. Conhecer significa compreender os acontecimentos e o significado dos mesmos na vida da pessoa. Prevê o envolvimento do enfermeiro com a pessoa numa relação do cuidar. Esta relação é centrada na pessoa, tende a apreciar com detalhe os aspetos da realidade da mesma e a evitar ideias pré-concebidas.

Segundo a autora, **estar com**, estar presente emocionalmente, é a categoria do cuidar que transmite à pessoa que ela e a sua experiência são importantes para o enfermeiro. A presença emocional é uma forma de partilha de significados, sentimentos e da experiência vivida pela pessoa, garantindo à mesma que a sua realidade é apreciada pelo enfermeiro e que este está disposto a estar lá para ela (Swanson, 1993). Estar com, é dar tempo à pessoa, mostrar não só presença física mas também uma presença autêntica envolvendo a transmissão de uma mensagem que mostre disponibilidade. Implica a escuta ativa e a partilha de sentimentos.

Fazer, significa fazer pelo outro o que ele faria por si próprio se fosse possível. Fazer envolve ações por parte do enfermeiro que são realizadas em prol do bem-estar da pessoa

de forma a preservar a sua integridade. Fazer inclui confortar a pessoa; antecipar as suas necessidades; desempenhar funções com habilidade e competência; proteger a pessoa e preservar a sua dignidade (Swanson, 1993).

Finalmente, o último processo do cuidar diz respeito a **possibilitar/capacitar** a pessoa para a prática do autocuidado. Na perspetiva da autora possibilitar significa facilitar a passagem da pessoa nos acontecimentos e transições de vida. Inclui, pois, outras dimensões como o *coaching*, informar e explicar a pessoa, apoiá-la e permitir que esta tenha a sua própria experiência. Implica, ainda, ajudar a pessoa a concentrar-se nas questões importantes de forma a possibilitar a reflexão e a criação de alternativas pela mesma. Implica, ainda, oferecer o feedback e validar a realidade da pessoa. O objetivo é permitir e assegurar o bem-estar da pessoa a longo prazo.

Consideramos que a Teoria do Cuidar de Swanson (1991; 1993) contribui significativamente para a compreensão do conceito de cuidar introduzido por Watson. A simplicidade das definições da autora permite uma compreensão prática do cuidar em enfermagem, isto é, das intervenções do enfermeiro junto das pessoas que cuida.

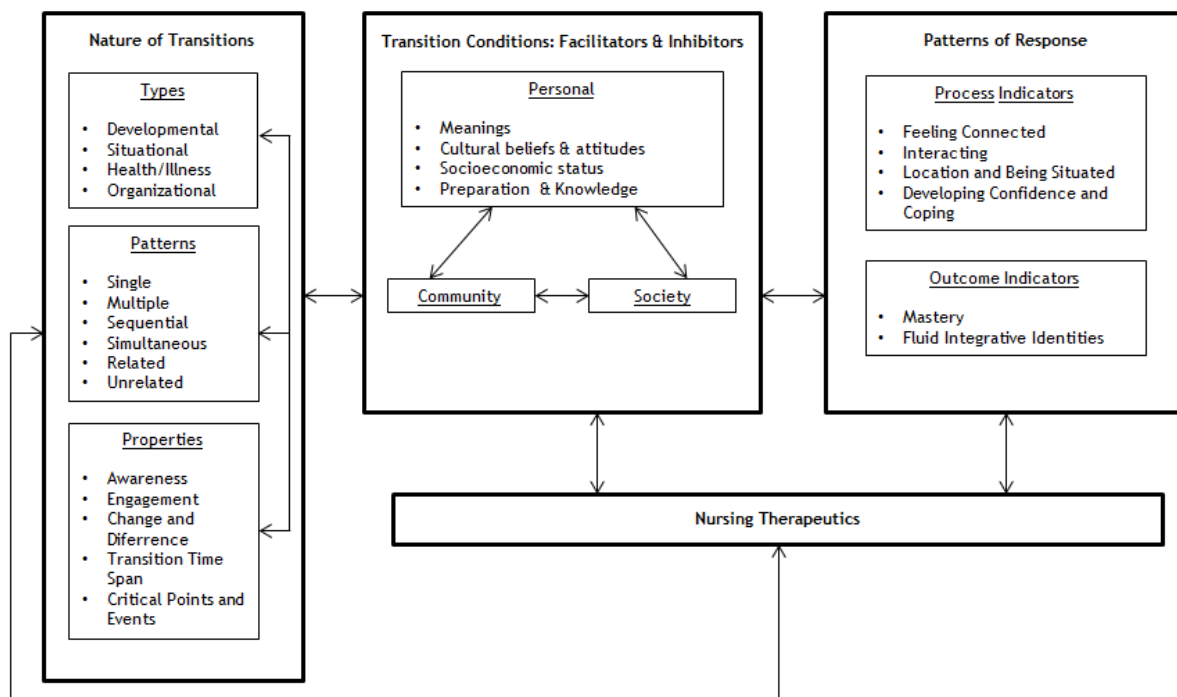
III.3. Teoria de Médio Alcance das Transições em Enfermagem de Meleis

A Teoria de Médio Alcance das Transições em Enfermagem, ao abordar fenómenos e conceitos específicos que refletem a prática de enfermagem, proporciona uma visão mais aprofundada acerca das transições. Meleis (1975; 1986; 1994; 2000) propõe que a *transição* é um dos conceitos centrais da disciplina de Enfermagem. Propõe como definição de transição a “passagem ou movimento de um estado, condição, ou de um lugar para outro” e examina a sua relação com os cuidados de enfermagem, a pessoa, o ambiente e a saúde (Schumacher & Meleis, 1994, p. 119 citando Chick & Meleis, 1986). São identificados quatro tipos de transições relevantes para a enfermagem:

- *Transições de Desenvolvimento* (gravidez, adolescência, menopausa);
- *Transições Situacionais* (programas educacionais e práticas clínicas, institucionalização do idoso, emigração);
- *Transição Saúde-Doença* (doença crónica, doença terminal, reabilitação)
- *Transição Organizacional* (implementação de modelos de cuidados de enfermagem, introdução de tecnologia, adoção de novas políticas sociais e económicas).

Ilustramos na figura 4 a perspectiva das autoras que demonstra os três domínios deste modelo teórico – a natureza da transição, as condições de transição e os padrões de resposta.

Figura 4 – Teoria de Médio Alcance das Transições em Enfermagem



Fonte: Adaptado de Meleis *et al.* (2000, p. 17)

O primeiro domínio da Teoria de Médio Alcance das Transições em Enfermagem relaciona-se com a **natureza da mudança** que ocorre na **própria transição**. Por exemplo, um episódio de doença aguda não é caracterizado como uma transição, ao contrário de uma doença crônica. Habitualmente, a transição engloba, a nível individual, a mudança de identidade da pessoa, papéis que desempenha, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento, ou seja, uma reorientação interior e auto-redefinição (Meleis *et al.*, 2000).

A transição para a parentalidade é do *tipo de desenvolvimento* e foi aquela que mais atenção recebeu nos estudos de Meleis e suas colaboradoras.

A transição para a parentalidade é *múltipla* uma vez que implica a reorganização do investimento dos pais nos seus outros papéis – filho/filha, marido/mulher, amigo/profissional e *sequencial* na medida em que é um período que vai desde a concepção até aos dezoito meses de vida da criança, o que nos indica que as transições não são discretas ou mutuamente exclusivas. As autoras referem, ainda, que as transições são complexas e multidimensionais (Meleis *et al.*, 2000).

O *conhecimento/consciência* da transição relaciona-se com a percepção, o conhecimento e a identificação da própria experiência de transição. Estas autoras referem que o nível de consciência reflete-se no grau de congruência entre o que se sabe acerca dos processos e respostas esperadas e as percepções e respostas esperadas das pessoas que se encontram num processo de transição similar. Acrescentam, ainda, que a ausência de consciência da mudança pode significar que a pessoa ainda não iniciou a experiência de transição (Meleis *et al.*, 2000).

O *ajustamento/compromisso* relaciona-se com o grau de envolvimento da pessoa no processo de transição. Exemplos de compromisso são a procura de informação e a mudança pró-ativa. O nível de consciência da transição influencia o nível de compromisso. Quanto maior é a consciencialização maior é o envolvimento e o investimento da pessoa na transição. Por exemplo, uma mulher no início da gravidez que desconhece a mesma (não reconheceu no seu corpo as mudanças) pode tomar medicamentos com riscos potenciais para a sua saúde e do bebé, ou seja, quando a pessoa não tem consciência que está a viver uma transição pode não conseguir envolver-se pois não tem, nem prevê a necessidade de mobilizar recursos para a mudança (Meleis *et al.*, 2000).

A *mudança e a diferença* embora pareçam conceitos semelhantes não são palavras sinónimas. As transições são tanto o resultado da mudança como podem resultar em mudança. A mudança pode estar relacionada com eventos críticos, perturbações nos relacionamentos e rotinas, percepções e identidades. A transição para a parentalidade caracteriza-se pela necessidade de resolver tarefas desenvolvimentais específicas, aciona um processo irreversível que modifica decisivamente a identidade, papéis e funções dos pais e de toda a família. Confrontar a diferença é outra propriedade da transição que se pode exemplificar por expectativas divergentes, sentir-se diferente, ou ser percebido como diferente (Meleis *et al.*, 2000).

Meleis *et al.* (2000) consideram que a transição para a parentalidade durante a gravidez decorre aproximadamente em quarenta semanas de gestação e permite que a mulher e família se organize e se prepare para redefinir papéis e relações, alterar rotinas, adquirir habilidades e conhecimentos que permitam cuidar do novo membro. Dito de outra forma, a transição é um processo que *ocorre ao longo do tempo* envolvendo a passagem de um estado para outro onde os requisitos de finalização são identificáveis (comportamentos esperados). A transição para a parentalidade caracteriza-se pelo período de tempo que os pais necessitam para incorporar os novos papéis e serem capazes de os executarem e vai depender da forma única e singular como cada casal vivencia e se adapta a esta nova situação (*ibidem*).

Algumas transições estão associadas a um evento marcável e identificável, como por exemplo, a cessação da menstruação, o nascimento ou o diagnóstico de uma doença. Este

evento ou ponto crítico associa-se a um maior aumento da consciência da mudança e a um maior compromisso em lidar com a experiência de transição (*ibidem*).

Relativamente ao segundo domínio da Teoria de Médio Alcance das Transições em Enfermagem, relativo às **condicionantes da transição** é importante perceber que estas podem influenciar positiva ou negativamente a transição. Meleis *et al.* (2000) descrevem três condicionantes que podem ser facilitadoras ou inibidoras da transição: condicionantes pessoais, da comunidade e da sociedade.

No que respeita às *condicionantes pessoais*, as autoras identificam quatro: os significados; as atitudes e crenças culturais; as condições socioeconómicas e a preparação e conhecimento.

Schumacher & Meleis (1994, p. 121) interpretam o significado que a pessoa atribui à transição como a “avaliação subjetiva de uma transição antecipada e do seu provável efeito sobre a vida”. Este significado pode facilitar a transição quando é neutro ou positivo. Por exemplo, o prazer que as mulheres atribuem ao desempenho do papel de mãe é positivo na transição para a parentalidade.

Em relação às atitudes e crenças culturais as autoras referem que o estigma associado à experiência de transição pode ser um fator inibidor principalmente no que diz respeito à expressão de sentimentos e emoções associados à mesma. As transições habitualmente são acompanhadas por uma ampla gama de sentimentos e emoções, podendo estas facilitar ou dificultar a transição. A ansiedade, a insegurança, a frustração, a depressão, a apreensão, a ambivalência, a solidão, os conflitos de papéis, a baixa autoestima e o medo de falhar são alguns exemplos que podem condicionar negativamente uma transição (Schumacher & Meleis, 1994; Meleis *et al.*, 2000). As alterações corporais inerentes a algumas transições do desenvolvimento (como por exemplo, o aumento do volume da barriga na gravidez) e o nível de conforto provocado por essas alterações influenciam, também, o bem-estar durante a transição.

O baixo *status* socioeconómico é um fator inibidor à transição. As autoras referem que “as pessoas com baixos rendimentos têm maior tendência de experienciarem sintomas psicológicos”, inibindo, desta forma, uma transição saudável (Meleis *et al.*, 2000, p. 22).

Estas autoras exploram duas condicionantes relacionadas com a preparação e conhecimento que podem afetar a experiência e resposta em relação à transição para a parentalidade na gravidez. A preparação antecipada à transição, como o planeamento da maternidade, ou seja, a intencionalidade da gravidez facilita o processo de gravidez. Por outro lado, um aborto espontâneo prévio ou história materna de problemas de saúde diminuí a sensação de bem-estar físico e emocional da mulher, o que inibe a transição. Um maior

conhecimento acerca da transição e das estratégias que podem ser úteis na sua gestão são, ainda, fatores facilitadores (*ibidem*).

Em relação às *condicionantes da comunidade*, constituem exemplo os fatores que facilitam a transição para a parentalidade, apresentados por Meleis *et al.* (2000). São eles, o apoio do companheiro e da família, especialmente da mãe da mulher ou de outra mulher significativa da sua vida; informação relevante e fidedigna obtida através de profissionais de saúde de confiança, aulas, livros e outros materiais escritos; conselhos de fontes credíveis e respeitáveis; modelos e respostas às suas questões. Os fatores inibidores relacionam-se com recursos insuficientes no apoio à gravidez, como por exemplo, horários inadequados; apoio inadequado e conselhos negativos, insuficientes ou contraditórios.

Em relação às *condicionantes da sociedade*, as desigualdades de género, a marginalização e as atitudes culturais em relação ao corpo da mulher são os fatores inibidores mais referidos enquanto a legislação que protege a parentalidade é um fator facilitador (*ibidem*).

Como temos vindo a referir, os momentos de transição são circunstâncias geradoras de stress que se traduzem num **padrão de resposta** constituindo este, o terceiro domínio da Teoria de Médio Alcance das Transições em Enfermagem. Meleis *et al.* (2000) conceptualizam os padrões de resposta em indicadores de processo e indicadores de resultados. Ambos indicadores caracterizam as respostas saudáveis.

Os indicadores de processo incluem aspetos como: sentir-se e estar ligado; interação; localizar-se e estar situado e desenvolver de confiança e mecanismos de coping.

A necessidade de *sentir e estar ligado* quer aos familiares e amigos é um indicador de uma transição saudável. Meleis *et al.* (2000, p. 24) referem que “os contactos pessoais são a primeira fonte de informação acerca dos serviços de saúde e recursos”. No entanto, as autoras acrescentam que “estar ligado aos profissionais de saúde, a quem podem perguntar e clarificar conceitos ou dúvidas e com quem se sentem confortáveis é outro indicador importante de uma experiência positiva” (*ibidem*, p. 24). Desta forma, a continuidade nas relações entre o profissional de saúde e o paciente são medidas importantes que as entidades prestadoras de cuidados devem ter em consideração (Meleis *et al.*, 2000).

Meleis *et al.* (2000, p. 24) mencionam que “através da *interação* com uma pessoa significativa o significado da transição e os comportamentos de resposta desenvolvidos podem ser descobertos, clarificados e reconhecidos” o que, habitualmente leva a uma transição saudável. A interação é positiva quando resulta no esclarecimento de dúvidas, comportamentos e atitudes.

A *localização* e o sentir-se situado em relação ao tempo, espaço e relacionamentos são importantes na maioria das transições, na medida em que indicam a direção da transição (saúdável *versus* não saúdável). A comparação é um aspeto importante pois a pessoa compreende a sua nova vida comparando-a com a que tinha anteriormente (*ibidem*).

O *desenvolvimento da confiança* manifesta-se pelo nível de compreensão que a pessoa tem acerca do processo de transição e da capacidade de criar estratégias de gestão. O aumento de níveis de confiança da pessoa é um indicador de processo importante de uma transição saúdável. O recurso a mecanismos de coping eficazes permite uma adaptação eficiente ao novo contexto de saúde. Tanto o desenvolvimento de confiança como o de estratégias de coping para lidar com a situação são beneficiados pelo aumento da compreensão dos fenómenos inerentes ao processo de transição (Meleis *et al.*, 2000).

Os indicadores de resultados sugeridos por estas autoras incluem o domínio de novas competências para gerir a transição (*mestria*) e o desenvolvimento de uma identidade integrativa (*integração fluida da identidade*). Estes indicadores traduzem a conclusão de uma transição. As autoras consideram uma transição completa e saúdável quando a pessoa demonstra o domínio no desempenho do novo papel e conforto com o comportamento exigido na nova situação e inclui a demonstração de conhecimentos e competências, a capacidade de decisão e a autoconfiança. A integração fluida da identidade relaciona-se com a habilidade com que a pessoa incorpora na sua vida as novas competências de forma a uma melhor adaptação à realidade. Estas autoras referem que a “experiência de transição resulta numa reformulação da identidade da pessoa” (*ibidem*, p. 26).

Nesta orientação, o enfermeiro, pela natureza e características da sua profissão, desempenha um papel fundamental na preparação da pessoa para as transições iminentes, uma vez que facilita o processo de aprendizagem de novas habilidades relacionadas com a própria experiência de transição. Através de uma visão mais completa e aprofundada, o enfermeiro é capaz de identificar e estabelecer orientações para a prática de enfermagem de forma a desenvolver estratégias de promoção, prevenção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivencia.

Num dos primeiros estudos apresentados por Schumacher & Meleis (1994) foram identificadas três intervenções de enfermagem relevantes durante as transições. A primeira refere-se à avaliação da preparação da pessoa para a transição. Esta exige um esforço da equipa multidisciplinar para a compreensão integral da pessoa. A preparação para a transição é outra intervenção de enfermagem e tem como base a educação. As autoras referem que a educação é uma das principais modalidades na criação de condições favoráveis para a transição exigindo esta tempo para a aquisição gradual de novos conhecimentos e habilidades. A suplementação de papel foi a terceira intervenção de

enfermagem apresentada por estas autoras e que vamos aprofundar nos próximos parágrafos.

No seu trabalho mais recente, Meleis (2010), através do recurso de outros estudos, identifica e clarifica pormenorizadamente três dimensões dos **cuidados de enfermagem** que são aplicáveis durante as transições. A autora refere-se ao cuidado na transição (*Transitional Care*); à suplementação de papel (*Role Supplementation*); e ao acompanhamento/balanço (*Debriefing*).

O *cuidado na transição* é um termo que abarca uma ampla gama de serviços destinadas a assegurar a continuidade de cuidados de saúde de forma a impedir a ocorrência de problemas de saúde que poderiam ser evitáveis nas populações de risco que se deslocam de um nível de cuidados para outro e entre vários prestadores de serviços (Naylor & Cleave, 2010). No quadro 5, podemos analisar os elementos essenciais do Modelo do Cuidado da Transição (2010, p. 461).

Quadro 5 – Elementos Essenciais do Modelo do Cuidado da Transição

1	Transitional Care Nurse as the primary coordinator of care to assure continuity throughout acute episodes of care;
2	In-hospital assessment, collaboration with team members to reduce adverse events and prevent functional decline, and preparation and development of an evidence-based plan of care;
3	Regular home visits by the Transitional Care Nurse, with available on-going telephone support (4 days per week) through an average of 2 months postdischarge;
4	Continuity of medical care between hospital and primary care providers facilitated by the Transitional Care Nurse accompanying patients to first follow-up visits;
5	Comprehensive, holistic focus on each patient's goals and needs, including the reason for the primary hospitalization, as well as other complicating or coexisting health problems and risks;
6	Active engagement of patients and caregivers, with focus on meeting their goals;
7	Emphasis on early identifications and response to health care risks and symptoms to achieve longer term positive outcomes and avoid adverse and untoward events that lead to readmissions;
8	Multidisciplinary approach that includes the patient, family caregivers, and health care providers as members of a team;
9	Physician-nurse collaboration across episodes of acute care; and
10	Communication with, between, and among the patient, family caregivers, and health care providers.

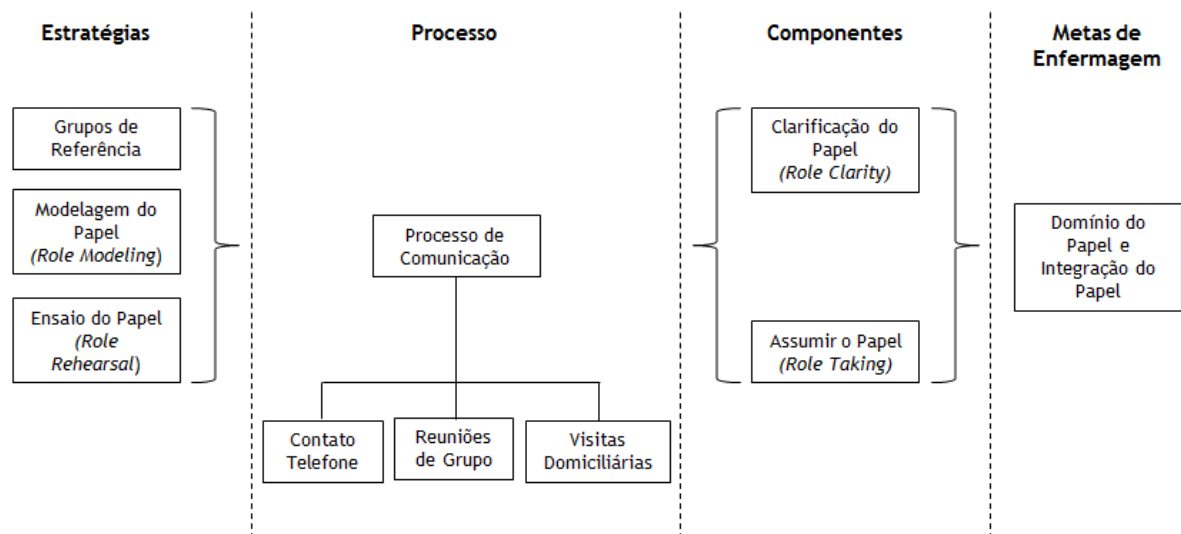
Fonte: Adaptado de Naylor & Cleave (2010, p. 461)

O trabalho de Naylor & Cleave (2010), assevera a importância da existência de um enfermeiro, por tempo limitado, denominado de Enfermeiro de Transição, como coordenador principal dos cuidados e que complementa os cuidados de saúde primários. Esta figura é projetada como o elemento básico na articulação entre o hospital e os cuidados de saúde primários e atua em vários contextos (fase aguda, fase pós-aguda/reabilitação e fase de prevenção secundária). Desempenha, ainda, um papel preponderante como «advogado do paciente» na medida em que explica, aconselha o paciente tendo em consideração a suas reais necessidades e o contexto onde está inserido.

Relativamente à segunda dimensão dos cuidados de enfermagem, convém definir o conceito de papel. Para Meleis, Swendsen & Jones (2010), um papel refere-se a um conjunto de comportamentos ou comportamentos esperados, os quais estão em sintonia com os sentimentos e objetivos da pessoa e fornece a unidade de um conjunto de ações potenciais. Entende-se, assim, que perante uma transição é exigido à pessoa novas competências para lidar com o novo papel, como por exemplo, o papel de mãe. Para evitar disparidades no cumprimento das obrigações ou expectativas dos outros em relação ao desempenho do novo papel, as autoras, determinam que a segunda dimensão dos cuidados de enfermagem relaciona-se com a *suplementação de papel*. Meleis, Swendsen & Jones (2010, p. 515) definem a suplementação de papel como “a informação ou experiência necessária para produzir plena consciência dos padrões esperados de comportamentos, sentimentos, sensações e objetivos em relação a um determinado papel” pela pessoa que vive a transição.

A figura 5 pretende esclarecer o programa de suplementação preventiva de papel (*Preventive Role Supplementation Program*), cuja finalidade é a prevenção do desempenho insuficiente do papel pela pessoa que vive a transição.

Figura 5 – Programa de Suplementação Preventiva de Papel



Fonte: Adaptado Meleis & Swendsen (2010, p. 545)

Os *grupos de referência* são a maior componente do programa sendo essenciais na criação da identidade da pessoa. Relacionando esta investigação com o objeto de estudo, os cursos de preparação para o parto e para a parentalidade podem ser considerados como um dos grupos de referência das grávidas. De facto, os cursos de preparação para o parto e para a parentalidade são atualmente um direito legalmente estabelecido em Portugal através do Decreto-Lei n.º 142 de 31 de Agosto de 1999. Nos grupos de referência são exploradas formas alternativas de lidar com as mudanças de vida e pontos de vista divergentes e, através de um processo reflexivo, podem ser adotadas ou descartadas. Neste ambiente, a pessoa pode identificar os comportamentos normais esperados para o desempenho de um papel e determinar a sua posição sobre os mesmos (Meleis, Swendsen & Jones, 2010). Estas autoras referem que o grupo de referência tem a vantagem de fornecer uma função social para os seus membros. Acrescentam que a mudança de comportamentos é mais fácil num ambiente de grupo do que num ambiente individual, pois os membros do grupo podem reforçar, esclarecer e apoiarem-se mutuamente durante o processo de transição (*ibidem*).

A *modelagem do papel* ocorre quando a pessoa observa um papel a ser exemplificado ao pormenor e, assim, aprende a compreendê-lo e a imitá-lo. Os profissionais de saúde podem desempenhar o papel de modelo ou promover o contacto com grupos de referência (*ibidem*).

O *ensaio de papel* capacita a pessoa a antecipar comportamentos e sentimentos associados ao desempenho do novo papel. Desempenha uma função fundamental de antecipação e de planeamento das futuras ações (*ibidem*).

A *clarificação do papel* envolve a identificação e a definição de conhecimentos, capacidades e limites do próprio papel. Consiste na explicitação das expectativas relativamente à pessoa e aos outros na nova situação. Explica os comportamentos esperados no desempenho do novo papel (*ibidem*).

O *assumir do papel* focaliza o desenvolvimento de capacidades individuais para imaginar as respostas do seu próprio comportamento, ou seja, observa o seu comportamento através dos olhos do outro de forma a ajustar o seu papel (*ibidem*).

Este programa enfatiza a preparação para a transição e tudo o que esta acarreta e traduz-se no papel educativo do enfermeiro. Meleis, Swendsen & Jones (2010) referem que a educação é uma condição básica primária na criação de condições férteis para a preparação da transição e que esta requer tempo para que a pessoa gradualmente adquira novos conhecimentos e competências.

Relativamente às estratégias de comunicação, e como referido anteriormente em relação ao cuidado na transição, sustentam Meleis & Swendsen (2010) que o enfermeiro deve manter-se contactável por telefone devendo assegurar visitas domiciliárias antes e após o parto.

Em relação ao *acompanhamento/balanço* após a transição, este oferece a oportunidade de reconhecer a dor, as emoções, assim como auxilia a construção de um conjunto coerente de experiências. Selkirk *et al.* (2010) referem que a “finalidade desta intervenção é a prevenção do desenvolvimento de lesões emocionais permanentes e o auxílio na normalização do estado cognitivo e emocional após a experiência traumática” (*ibidem*, p. 591). Este acompanhamento após o parto oferece a oportunidade à mulher de analisar o parto e o nascimento do seu filho de forma a avaliar e a integrar este acontecimento extraordinário na sua experiência de vida. As mulheres que receberam este tipo de acompanhamento são menos propensas a ter ansiedade e depressão três semanas após o parto quando comparadas com as mulheres que não tiveram acompanhamento (Selkirk *et al.*, 2010).

Quanto ao conceito de enfermagem, ela é perspectivada, na Teoria de Médio Alcance das Transições em Enfermagem, como uma disciplina do saber diferente das restantes embora se encontre inserida num contexto multidisciplinar. O foco da atenção de enfermagem relaciona-se com o estudo da resposta humana face às transições de vida, transições essas, que correspondem a períodos de maior vulnerabilidade e de risco para a

saúde. Neste entendimento sobre o que é a Enfermagem, o papel do enfermeiro traduz-se na delimitação de estratégias de cuidado tendo por base um processo de intervenção baseado na inter-relação e na compreensão da transição sob a perspectiva de quem a vivencia. Após análise desta teoria aplicada à transição para a parentalidade consideramos que a experiência da transição é um processo complexo e que requer tempo trazendo consigo a reformulação da identidade e o desenvolvimento de habilidades e papéis. Desta forma, o enfermeiro durante a gravidez deve promover a saúde, facilitar a transição e apoiar a pessoa na procura de soluções para satisfação das suas necessidades em cuidados de enfermagem. A utilização da Teoria de Médio Alcance das Transições em Enfermagem neste trabalho de investigação permite melhorar as respostas dos enfermeiros às necessidades das mulheres grávidas na medida em que se focaliza na análise aprofundada das respostas humanas face às experiências de transição.

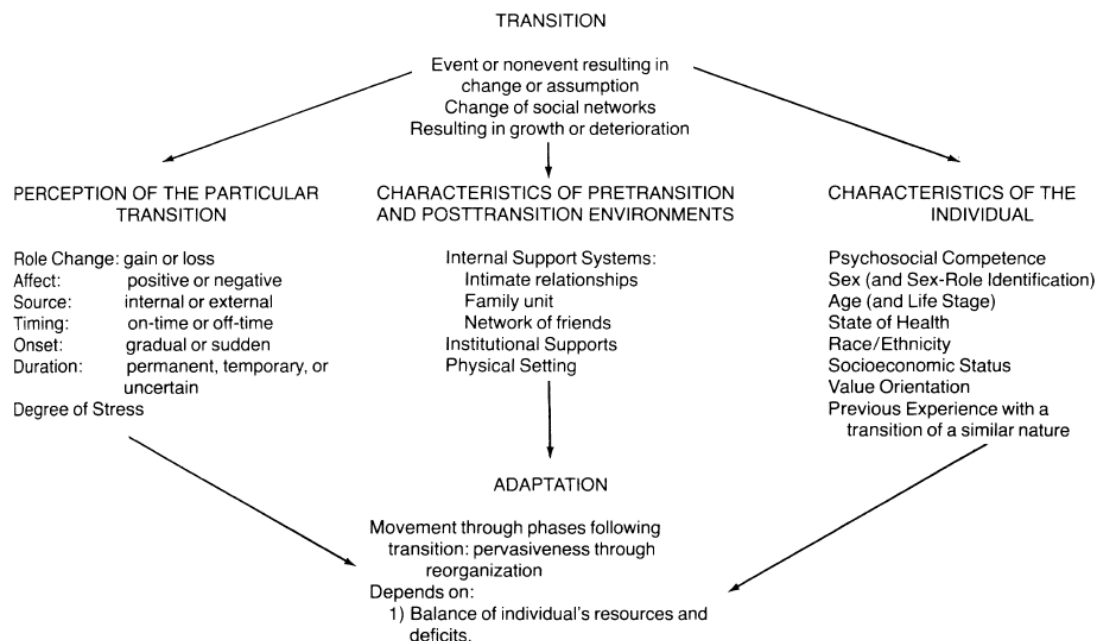
III.3.1. Adaptação à Transição: Contributos da Psicologia

Na linha de pensamento que temos vindo a seguir na abordagem dos modelos teóricos de enfermagem, consideramos também importante, no âmbito deste terceiro modelo focado nas transições em enfermagem (Meleis, 1975; 1986; 1994; 2000), explorar o processo de adaptação à transição. Os quadros de referência de outras disciplinas, nomeadamente a Psicologia, têm sido muito úteis à enfermagem pelo que se considerou uma mais-valia para a nossa investigação abordar o Modelo para Analisar a Adaptação Humana à Transição (Schlossberg, 1981).

Schlossberg (1981, p. 7) refere que “a adaptação à transição é o processo durante o qual o indivíduo deixa de estar preocupado com a transição, integrando a transição na sua vida”. No entanto, nem todas as pessoas experienciam as transições da mesma maneira, havendo umas que se adaptam mais facilmente do que outras. Para melhor compreender esta situação, Schlossberg (1981) apresenta um modelo para analisar a adaptação humana às transições onde descreve os fatores que mediam o processo de transição-adaptação (figura 6). Esta autora acredita que não é a própria transição que é de importância primordial, mas sim a forma como a transição se incorpora na vida da pessoa tendo em consideração toda a sua especificidade. No modelo constam três conjuntos de fatores que influenciam a adaptação à transição: i) características da transição; ii) características do ambiente antes e depois da transição; e iii) características do foro individual. Todos os

conjuntos interagem entre si de forma produzir o resultado: adaptação ou incapacidade de adaptação (Schlossberg, 1981, p. 5).

Figura 6 – Fatores de Mediação do Processo de Transição-Adaptação



Fonte: Adaptado de Schlossberg (1981, p. 8)

Analisando a figura 6, as **características da transição** que afetam a adaptação são a mudança de papel social; os afetos desencadeados; a origem inerente à transição; o momento de ocorrência; o modo de ocorrência; a duração; e o grau de stress.

Em relação à *mudança do papel social*, muitas das transições envolvem mudança de papéis. Algumas mudanças envolvem ganhos (ser pai ou ser mãe, casar-se, começar a trabalhar) enquanto outras envolvem perdas (divorciar-se, reformar-se, enviuvar), embora todas elas sejam acompanhadas de algum grau de stress (Schlossberg, 1981).

Quanto aos *afetos desencadeados*, alguns tipos de transição como casar-se ou ter uma promoção no trabalho originam sentimentos positivos. Outras, como ficar desempregado ou divorciar-se são acompanhadas por sentimentos negativos. A maioria das transições desencadeia sentimentos negativos e positivos e envolve algum grau de stress. Schlossberg (1981, p. 9 citando LeMasters, 1957) refere que:

“o período após o nascimento do primeiro filho habitualmente constitui uma crise mental para a mãe na medida em que simultaneamente com os sentimentos de alegria e satisfação, a mulher está fisicamente exausta, ansiosa em relação às

responsabilidades, frustrada devido à perda de liberdade e, acima de tudo, sente-se culpabilizada por ter estes sentimentos negativos”.

A *origem da transição* pode ser interna ou externa. Considera-se interna quando resulta da decisão deliberada da pessoa facilitando a adaptação da pessoa. É externa quando a pessoa é obrigada por outra ou pelas circunstâncias pelo que a adaptação da pessoa é mais difícil. Schlossberg (1981, p. 9) refere que “a questão aqui é a percepção do controlo sobre a própria vida.”

Relativamente ao *momento de ocorrência* da transição, é habitual que muitas pessoas e a sociedade em geral ainda utilizem a idade cronológica da pessoa como um fator orientador para a ocorrência de certas transições como ter filhos ou reformar-se. As transições que sucedem «fora da sua hora» quer seja mais cedo ou mais tarde são mais difíceis de encarar e de resolver sob o ponto de vista adaptativo (Schlossberg, 1981).

O *modo de ocorrência* da transição pode ser gradual ou súbito. As transições cujo modo de ocorrência é gradual são mais fáceis de resolver/adaptar porque a pessoa pode preparar-se, ou seja, pode aprender os direitos e as obrigações, os recursos, assim como, analisar as diferentes perspetivas acerca da posição ou situação que vai ocupar no futuro. A isto, Atchley (1975, citado por Schlossberg, 1981, p. 9) denominou de “*socialização antecipatória*” e “(...) explica porque é que uma viúva de 60 anos tem um tempo mais fácil de ajustamento à sua situação do que a viúva de 30”.

Outro fator relacionado com a facilidade ou a dificuldade de adaptação às transições é a sua *duração*. Uma transição permanente é encarada de forma diferente daquela que é temporária. Do mesmo modo que se uma transição é desagradável é mais facilmente resolvida se tiver uma duração limitada, assim como, se uma transição é desejada pode ser reconfortante se representar um estado mais ou menos permanente. O ponto fundamental relacionado com este fator é a incerteza que é encarada como um foco de tensão capaz de gerar altos níveis de stress (Schlossberg, 1981).

A última característica da transição considerada neste modelo é o *grau de stress* envolvido na transição. Schlossberg (1981, 9) refere que “independentemente da transição representar ganhos ou perdas ou trazer sentimentos negativos ou positivos, existe sempre stress”. No entanto, reconhece que existem acontecimentos potencialmente mais geradores de stress do que outros dependendo da maior ou menor vulnerabilidade da pessoa à mudança. Este mesmo autor invoca a Escala de Reajustamento Social apresentada por Holmes & Rahe (1967) como uma das maneiras de classificar os acontecimentos de vida. Mede o stress relativo ao impacto de 43 acontecimentos de vida sobre as pessoas que os experimentam. Analisando a escala, a gravidez encontra-se na 12ª posição e a chegada de um novo membro da família na 14ª posição (Mendes, 2002). Tendo em consideração as

visões dos autores, pode-se concluir que a gravidez e o nascimento de um filho são acontecimentos de vida potenciais geradores de stress.

Olhando agora para as **características do ambiente antes e depois da transição**, pode-se evidenciar: os sistemas de suporte e de relação interpessoal; os sistemas de suporte institucional; e o contexto físico.

Em relação aos *sistemas de suporte e de relação interpessoal*, Schlossberg (1981) considera a existência de três níveis: relações íntimas de natureza conjugal, família e relações de amizade. As relações íntimas que envolvem confiança, suporte, compreensão e partilha de confidências são um recurso importante durante as transições stressantes. A família continua a ser uma importante fonte de suporte. Os laços de coerência e a unidade que atravessa a vida familiar, dos quais interesses comuns, carinho, e um senso de interdependência económica são, talvez os pontos mais importantes na integração familiar e na adaptabilidade familiar. As relações de amizade nomeadamente aquelas que proporcionam conforto emocional são um importante sistema social de suporte.

Os *sistemas de suporte institucional* incluem organizações culturais e educacionais, instituições religiosas, serviços de voluntariado, organizações de ajuda, entre outros. Para este autor, o apoio institucional é importante na medida em que providencia a prestação de serviços concretos e fornece acompanhamento e suporte emocional (*ibidem*).

O *contexto físico* engloba as condições climáticas, a localização (rural ou urbana), a vizinhança, os locais de trabalho e de lazer, entre outros. Todos estes fatores contribuem para o stress, sensação de bem-estar e perspetiva geral da pessoa e desempenham um papel importante na adaptação à transição (*ibidem*).

Finalmente, em relação às **características do foro individual**, Schlossberg (1981) apresenta as seguintes variáveis: género; idade; estado de saúde; educação e estatuto socioeconómico; valores; personalidade e competência psicossocial; e experiência prévia com transições de natureza semelhante.

A relação entre o *género* e a adaptação à transição é complexa embora seja reconhecido que as mulheres são mais sensíveis às transições relativas à família enquanto os homens às transições relativas ao trabalho. A autora considera que mais importante do que o género estão os aspetos relacionados com o processo de socialização ou as representações de género que estão habitualmente associadas a determinadas transições específicas. Schlossberg (1981) apresenta o exemplo das “mulheres que se conformam com o estereótipo feminino – dependente, passiva, desamparada – podem sentir-se em desvantagem na adaptação a situações que exigem delas, independência, assertividade e autoconfiança, nomeadamente no divórcio.”

A complexidade intrínseca à relação entre o género e a adaptação mantém-se em relação à *idade*. Uma das perspetivas apresentadas por Schlossberg (1981) reporta-se ao

facto de existirem outras idades mais importantes do que a idade cronológica: idade psicológica (capacidade da pessoa responder à pressão social e às tarefas exigidas); idade social (grau de adequação da pessoa ao desempenho dos papéis atribuídos pela sociedade); idade funcional (capacidade da pessoa cumprir com o esperado de acordo com a sua faixa etária, o que, por sua vez, depende de considerações sociais, biológicas e de personalidade). Outra complicação apresentada por esta autora refere-se à circunstância de que o próprio processo de envelhecimento conduz a uma série de eventos que requerem adaptação da pessoa, como por exemplo, puberdade e menopausa (*ibidem*).

O *estado de saúde* da pessoa afeta a capacidade da pessoa se adaptar à transição e pode ser per si uma fonte de stress. Para a autora a saúde física será mesmo a variável mais suscetível de predizer o sucesso ou o fracasso adaptativo, pelo menos na velhice (*ibidem*).

Schlossberg (1981) considera que a relação entre a adaptação à transição e a *educação e o estatuto socioeconómico* não é sempre consistente. Por um lado, as pessoas que têm menos recursos não só têm menos dinheiro como têm menos acesso a outros recursos como a saúde, conforto, espaço social, etc. o que dificulta a adaptação. Por outro lado, o elevado estatuto educacional e socioeconómico relaciona-se com níveis elevados de stress, provavelmente devido ao não cumprimento das expectativas em termos práticos.

Os *valores* e as crenças da pessoa são fatores que afetam a sua capacidade de adaptação à transição. No entanto, esta relação não é simples na medida em que um sistema de valores contribui para a adaptação numa determinada fase da vida por tornar-se disfuncional noutra fase (*ibidem*).

Em relação à *personalidade e competência psicossocial*, Schlossberg (1981, p. 12) refere que “são várias as variáveis da personalidade e do comportamento que têm sido propostas para explicar o sucesso ou o insucesso na adaptação à transição”. Esta autora apresenta três facetas da configuração da personalidade que são geralmente apontadas como facilitadoras da adaptação: atitudes do eu; atitudes face ao mundo; e atributos do comportamento. As «atitudes do eu» relacionam-se com a capacidade de autoavaliação, o sentido de controlo sobre a própria vida e o sentido de responsabilidade. As «atitudes face ao mundo» prendem-se com o otimismo, a confiança moderada e a esperança. Os «atributos do comportamento» que originam um *self* competente incluem um estilo de coping ativo, elevado poder de iniciativa, definição realista de objetivos, capacidade de planeamento, persistência e esforço para atingir objetivos, capacidade para apreciar o êxito, capacidade para reconhecer as falhas e evoluir para novas realizações, procura e uso da informação e capacidade de planeamento (*ibidem*).

Em relação à experiência prévia com transições de natureza semelhante, a pessoa que conseguiu resolver e adaptar-se a uma dada transição no passado, está mais munido

de estratégias para se adaptar com êxito a uma transição semelhante no presente quando comparada com outra pessoa que encara essa situação pela primeira vez (*ibidem*).

Este modelo apresenta a visão de que a adaptação à transição é um processo dinâmico onde os três fatores - características da transição, do ambiente antes e após a transição e do indivíduo – trabalham em conjunto dependendo a importância relativa de cada um deles do modo como influenciam a adaptação de aspectos como a fase da vida em que a pessoa se encontra ou a disponibilidade dos recursos de adaptação mais adequados a cada momento.

Capítulo IV. Evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal: uma Análise Focada nos Diplomas Legais

Notas Introdutórias

Este capítulo apresenta uma abordagem legislativa sobre a evolução do serviço nacional de saúde, assim como, dos cuidados de saúde primários e o seu papel na vigilância pré-natal. Apresenta, ainda, as estratégias e objetivos do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016.

IV.1. Evolução dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal

Embora a criação dos serviços de saúde em Portugal tenha emergido no período pré-revolução, é com o 25 de abril de 1974 que se assiste à sua expansão progressiva por todo o país, até à atualidade. Neste trajeto temporal foi sofrendo alterações, quer em termos dos serviços, quer das suas funções e áreas de intervenção.

Como sublinham Branco e Ramos (2001) na história da organização dos serviços de saúde em Portugal o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários pode ser descrito em quatro fases distintas e/ou gerações.

Os primeiros Centros de Saúde – «primeira geração» -, criados em 1971, tinham um “perfil de atuação relacionado com a prevenção e acompanhamento de alguns grupos de risco”, nomeadamente a vigilância de saúde da grávida e da criança. Os cuidados curativos extra-hospitalares eram prestados predominantemente nos postos clínicos dos Serviços Médico-Sociais das caixas de previdência. Coexistindo separadamente, estes dois tipos de serviços eram complementares em termos de necessidades de saúde (Branco e Ramos, 2001, p. 6).

A «segunda geração» teve início em 1983, após a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e da nova carreira médica de clínica geral e consistiu na fusão das principais vertentes extra-hospitalares preexistentes (centros de saúde, postos dos Serviços Médico-Sociais e hospitais concelhios), dando origem aos centros de saúde integrados (ibidem).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi criado em 1979, após a reestruturação política e social ocorrida em 1974, pela Lei n.º56/79 de 15 de Setembro e tinha como objetivo

assegurar o “direito à proteção da saúde” pelo Estado (Artigo 1º). Como se enuncia naquele diploma legal “o acesso ao SNS é garantido a todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica e social, e reger-se-á por normas regulamentares a estabelecer” (Artigo 4º). Os serviços prestadores de saúde são “os centros comunitários de saúde (...) os hospitais gerais, os hospitais especializados e outras instituições especializadas” (Artigo 42º) que são dependentes das respetivas Administrações Regionais de Saúde (ARS). O Artigo 14º do mesmo diploma indica que os utentes têm direito a “cuidados de promoção e vigilância da saúde e de prevenção da doença”, a “cuidados médicos de clínica geral e de especialidades” e a “cuidados de enfermagem” entre outros. No Artigo 18º é referido que o SNS será apoiado por estabelecimentos e atividades de ensino que visem a formação e aperfeiçoamento de profissionais da saúde reconhecendo, desta forma, que a formação e o aperfeiçoamento dos profissionais constitui um pilar fundamental do SNS. No Artigo 44º refere-se que o “pessoal do SNS desempenha uma revelante função social ao serviço do homem e da comunidade”.

Ainda no mesmo diploma faz-se referência à criação do Departamento de Ensino e Investigação com as funções de “promover e coordenar as atividades de ensino e investigação no campo da saúde (...) e promover, assegurar e desenvolver a documentação e informação científica e técnica” (Artigo 27º).

Analisando o diploma no que respeita à Educação para a Saúde (EpS) constata-se que esta foi uma das primeiras prioridades do Estado na formação do SNS (Artigo 33º, ponto 2, alínea f) reconhecendo essa como uma das principais dimensões do departamento de cuidados primários.

Após a criação do SNS, vários ajustes foram efetuados de forma a colmatar lacunas existentes na primeira versão do SNS nomeadamente no que diz respeito às carreiras médicas e de enfermagem. No entanto, a alteração mais significativa só aconteceu em 1990 com a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto) que teceu as linhas mestres da política de saúde em Portugal.

Neste normativo, a proteção da saúde é perspectivada não só como um direito, mas também como uma responsabilidade, envolvendo o cidadão no próprio sistema. Como é enunciado, “a proteção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efetiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei” (Base I, nº 1). Os cuidados de saúde podem, assim, ser efetuados em institutos públicos ou privados sob a supervisão do Estado. Decorrentes desta legislação implementaram-se alterações a nível dos recursos humanos garantindo a formação dos profissionais e a segurança dos cuidados, no sentido de uma melhor prestação de cuidados de saúde à população de todo o país, tal como é veiculado no diploma legal em análise. Nele é afirmado

que “a política de recursos humanos para a saúde visa satisfazer as necessidades da população, garantir a formação, a segurança e o estímulo dos profissionais” (Base XV, nº 2).

A Educação para a Saúde (EpS) continua a merecer destaque ao ser “incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual” (Base II, n.º 1, alínea h). Igualmente, “é estimulada a formação e a investigação para a saúde, devendo procurar-se envolver os serviços, os profissionais e a comunidade” (Base II, n.º1, alínea i).

Com a aprovação da Lei de Bases de Saúde, surgiu a necessidade de criar um novo Serviço Nacional de Saúde que desse resposta às leis criadas.

Nesta visão histórica, o Decreto-Lei n.º11/93 de 15 de Janeiro, que aprova um novo estatuto para o SNS, cria as novas Administrações Regionais de Saúde (ARS) (Artigo 3º), que agregam as várias administrações regionais existentes, de forma a aproximar os cuidados de saúde à população. Há uma tentativa de melhorar a qualidade dos cuidados e a sua continuidade, aperfeiçoando a articulação entre cuidados de saúde primários e diferenciados (hospitalares), tal como é veiculado:

“Os hospitais e os grupos personalizados de centros de saúde agrupam-se em unidades de saúde, de dimensão a definir, caso a caso, em despacho do Ministro da Saúde, sob proposta do conselho de administração das ARS. Às unidades de saúde cabe assegurar a continuidade da prestação de cuidados, com respeito pelas atribuições das instituições que as integram.” (Artigo 14º, alíneas 1 e 2)

A «terceira geração» dos centros de saúde surge em 1999 através do Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio. Este Decreto-Lei pretende, embora mantendo a dependência das ARS, dar mais autonomia aos centros de saúde melhorando a gestão da instituição e o acompanhamento mais próximo dos profissionais de saúde. É seu principal objetivo a “melhoria do nível de saúde da população da área geográfica por eles abrangida” (Artigo1º). Á luz desta nova legislação, os “centros de saúde têm como atribuições, em geral, a promoção da saúde, designadamente através de ações de educação para a saúde e a prestação de cuidados na doença” (Artigo 4º, alínea 1).

Surge pela primeira vez o conceito de Unidade de Saúde Familiar (USF) como unidade essencial na prestação de cuidados à população. Como é estabelecido, “cada centro de saúde dotado de personalidade jurídica e cada associação de centros de saúde dispõe de 4 a 10 unidades de saúde familiar” (Artigo 10º, alínea 1a). Determina-se especificamente que:

“Cada unidade de saúde familiar tem por missão a prestação de cuidados de saúde de forma personalizada, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. A unidade de saúde familiar é a unidade elementar de prestação de cuidados de saúde a uma população identificada através da inscrição em listas de utentes” (Artigo 12º, alíneas 1 e 2).

Veicula-se, pois, uma nova filosofia de intervenção que preconiza “a atividade das unidades de saúde familiar (integrada) numa lógica de rede no centro de saúde e assenta numa equipa multiprofissional, constituída por médicos, enfermeiros e profissionais administrativos” (Artigo 12º, alínea 5).

Mais tarde, o Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de Abril cria a rede de cuidados de saúde primários mas sem aplicação prática à realidade do país pelo que é revogado pelo Decreto-Lei n.º 88/2005 de 3 de Junho. Este repristina, também, o Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio que estabeleceu o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde, como forma a obter mais ganhos em saúde, e deu ênfase à criação das USF cujo conceito foi elaborado em 1999 mas que até este último Decreto-Lei não tinham ainda sido concretizadas no terreno. No entanto, esta repristinação será, pois, de aplicação temporária, já que se encontra criado um grupo técnico para a reforma dos cuidados de saúde primários. Este grupo de trabalho tem como objetivos estabelecer um plano, identificar medidas operacionais e atividades a executar, que irão permitir a formulação de um novo instrumento normativo, consentâneo com a política do governo.

Neste seguimento, o Programa do XVII Governo Constitucional, através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005 de 12 de Outubro cria na dependência direta do Ministério da Saúde, a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), para conduzir o projeto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde, que constitui a base impulsionado da «quarta geração» de centros de saúde, fase atual.

A reconfiguração dos centros de saúde organiza a estrutura assistencial em unidades operativas com missões complementares, nomeadamente a Unidade de Saúde Familiar (USF), a Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) e a Unidade de Saúde Pública (USP).

A Unidade de Saúde Familiar visa, então, aperfeiçoar a prestação de cuidados de medicina familiar num contexto de grupo e de equipa privilegiando a liberdade de escolha do médico (unidade multiprofissional organizada por lista de utentes). A Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) intervém de forma sistemática e continuada por pequenas áreas geográficas. Identificam pessoas, famílias e grupos em situação de maior necessidade e vulnerabilidade, mobilizando recursos de proximidade e apoios existentes no centro de

saúde e no sistema de saúde. Finalmente, a Unidade de Saúde Pública (USP) permite cumprir a vocação populacional e de preocupação com a saúde coletiva.

Por se tratar do contexto onde desenvolvemos esta investigação, abordamos, agora, de forma mais pormenorizada a evolução das Unidades de Saúde Familiar. O Despacho Normativo n.º 9/2006 de 16 de Fevereiro determina a aprovação do “Regulamento para Lançamento e Implementação das Unidades de Saúde Familiar” contendo todas as normas que permitem a um conjunto de profissionais de saúde elaborar uma candidatura à criação de uma USF submetendo a mesma à MCSP. Surgem, assim, em 2006 as primeiras candidaturas tendo as primeiras USF iniciado nesse mesmo ano, mas é só em 2007 que se estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF, através do Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto. Este diploma legal estabelece o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem e a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B (Capítulo I, Artigo 1º). Neste documento, a USF é definida como “a unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assenta em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, por enfermeiros e por pessoal administrativo (Capítulo I, Artigo 3º, alínea 1)”. Enuncia-se ainda que a atividade das USF se desenvolve “com autonomia organizativa, funcional e técnica integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde ou da unidade local de saúde (Capítulo I, Artigo 3º, alínea 4)”.

Nesse mesmo ano, a Portaria n.º 1368/2007 de 18 de Outubro estabelece a carteira básica de serviços para todas as USF, ou seja, explicita em termos de cuidados de medicina geral e familiar e de enfermagem (núcleo base de serviços clínicos) o compromisso assistencial das USF (Anexo I, I). Define também a especialidade médica mas não define a especialidade de enfermagem, estando implícito que podem integrar as USF enfermeiros generalistas e especialistas.

Neste trajeto histórico-legislativo, surge o Despacho 24101/2007 de 22 de Outubro que aprova a “lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as USF em três modelos de desenvolvimento, A, B e C”. A diferenciação resulta do grau de autonomia organizacional; da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais; e do modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico. As USF do tipo B cumprem os requisitos das do tipo A mas com maior amadurecimento organizacional e um nível de contratualização de desempenho mais exigente devendo ser acreditadas num período máximo de três anos.

As USF trouxeram significativos ganhos em saúde para a população por si abrangidas mas os centros de saúde necessitavam de uma melhor gestão e de uma comunicação mais próxima com as ARS surgindo em 2008 os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) através do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro. Os ACeS têm por

missão “garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica” (Artigo 3º, alínea 1). Para cumprir a sua missão, os ACeS “desenvolvem atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para continuidade dos cuidados” (Artigo 3º, alínea 2). Cabe, ainda, aos ACeS desenvolver “atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participar na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua” (Artigo 3º, alínea 3). Fazem parte dos ACeS diversas unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde, nomeadamente: unidade de saúde familiar (USF); unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP); unidade de cuidados na comunidade (UCC); unidade de saúde pública (USP); e unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP) (Artigo 7º, alínea 1). Este Decreto-Lei prevê a existência de contratos-programa entre o ACeS e a respetiva ARS.

Entretanto, mais recentemente, o processo de criação de novas USF sofreu modificações tendo sido revogado o Despacho Normativo n.º9/2006 de 16 de Fevereiro sendo substituído pelo Despacho Normativo n.º5/2011 de 15 de Março que prevê que a criação de novas USF devam ser incentivadas pelos ACeS, descentralizando o processo de criação de uma USF. Estas novas USF são acompanhadas e apoiadas por uma Equipa de Apoio Regional (ERA), organismo dependente da respetiva Administração Regional de Saúde e dos respetivos ACeS.

Esta última década foi marcada por um conjunto de reformas, com especial incidência na rede de urgências hospitalares, nos cuidados de saúde primários e nos cuidados continuados integrados. Os 363 Centros de Saúde foram organizados em 74 Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) e em 2012 estavam em atividade 342 Unidades de Saúde Familiar. Este processo de reestruturação foi acompanhado por uma evolução positiva do número de profissionais de saúde. O rácio de médico por 1000 habitantes aumentou de 3,3 para 4,0 entre 2001 e 2010 e o rácio de enfermeiros por 1000 habitantes aumentou de 3,8 para 6,0 de 2001 e 2011 (PNS 2012-2016 – Versão Resumo, 34).

IV.2. Plano Nacional de Saúde 2012-2016

Associada à reforma dos cuidados de saúde primários assiste-se a uma reforma no pensamento sobre saúde. Esta já se iniciou com o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e é reforçada com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Este define quatro eixos

estratégicos¹⁰: i) cidadania em saúde; ii) equidade e acesso adequado aos cuidados de saúde; iii) qualidade em saúde; e iv) políticas saudáveis.

Relativamente ao eixo *Cidadania em Saúde*, o cidadão é o centro do serviço nacional de saúde, sendo responsável pela sua própria saúde e da sociedade onde está inserido. Veicula-se a mensagem de que para que o cidadão contribua para a melhoria da saúde individual e coletiva deve ser reforçada:

“a promoção de uma dinâmica contínua de desenvolvimento que integre a produção e partilha de informação e conhecimento (literacia em saúde), numa cultura de proatividade, compromisso e autocontrolo do cidadão (capacitação/participação ativa) para a máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (empoderamento)” (PNS 2012-2016 – Versão Resumo, p. 37-38).

É no quadro desta orientação que se advoga que os profissionais de saúde devem “incrementar a prestação de cuidados individualizados e personalizados, com a participação do cidadão no processo de decisão terapêutica e considerar e avaliar o contexto socioeconómico e cultural e adequar os cuidados de saúde à realidade do cidadão, família e comunidade” (PNS 2012-2016 – Versão Resumo, p. 39).

No que diz respeito ao eixo *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde* a orientação é no sentido de que devem ser feitos esforços para se criarem iguais oportunidades para que todos os cidadãos possam atingir o seu potencial de saúde, fornecendo-lhes os cuidados de saúde necessários no local apropriado e no momento adequado. Recomenda-se, pois, que os profissionais de saúde devem:

“desenvolver e protocolar a articulação de cuidados e investir de forma proactiva na comunicação entre prestadores dentro e entre instituições e serviços; intervir sobre os determinantes associados ao acesso como fator-chave das iniquidades em saúde, promovendo estratégias de melhoria do acesso, adequando os seus serviços, flexibilizando a sua resposta, diversificando as suas práticas, trocando experiências e avaliando o seu desempenho; e promover a confiança do cidadão no seu médico e enfermeiro de família numa relação que promova a proximidade e continuidade de cuidados personalizados, como principais gestores da sua situação de saúde, e

¹⁰ Eixos estratégicos são perspetivas do âmbito, responsabilidade e competência de cada agente do Sistema de Saúde (cidadão, profissional de saúde, gestor e administrador, representante de grupos de interesses, empresário, decisor político), cuja melhoria exige reconhecer a sua interdependência, reforçando a perspetiva de Sistema de Saúde. Retornam ganhos, melhoram o desempenho e reforçam o alinhamento, a integração e a sustentabilidade do Sistema de Saúde, bem como a capacidade de este se desenvolver como um todo (PNS 2012-2016 – Versão Resumo, p. 26).

responsáveis pela mobilidade entre os vários serviços de saúde” (PNS 2012-2016 – Versão Resumo, p. 44).

A *Qualidade em Saúde*, terceiro eixo estratégico, pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos de acordo com as necessidades do cidadão, com o melhor desempenho possível (recursos humanos e materiais) e que promovam a satisfação do cidadão. Nesta aceção, os profissionais de saúde devem:

“assegurar a procura de uma visão de Qualidade em Saúde, compreendendo a cadeia de valor em saúde em que a atividade se insere, promovendo e assumindo práticas e competências de melhoria contínua; ter uma visão específica sobre a segurança do doente e gestão do risco no próprio ato individual e personalizado, para além de aspetos globais de qualidade; e reforçar a responsabilidade dos profissionais de saúde na promoção da saúde, na prevenção da doença e, sempre que se justifique, na gestão da doença” (PNS 2012-2016 – Versão Resumo, p. 49-50).

O quarto eixo estratégico, relativo à implementação de *Políticas Saudáveis* implica uma abordagem multisectorial de forma a serem criados ambientes físicos e sociais promotores da saúde, o que exige aos profissionais de saúde:

“estar sensibilizados para a relevância da abordagem e intervenção intersectorial na saúde e para o desenvolvimento de competências que permitam otimizar o trabalho conjunto com profissionais de outros sectores e frequentar formação regular na área de Saúde Pública que inclua a definição de políticas, o planeamento, a implementação, a monitorização, a avaliação e o envolvimento de todos, incluindo os destinatários” (PNS 2012-2016 – Versão Resumo, p. 56).

Para a materialização dos quatro eixos estratégicos são enunciados quatro objetivos para o sistema de saúde: 1) obter ganhos em saúde; 2) promover contextos saudáveis ao longo da vida; 3) reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença; e 4) fortalecer a participação de Portugal na saúde global. Destes, apenas abordamos o segundo por se relacionar mais estreitamente com a problemática do estudo.

Em relação à promoção de contextos saudáveis ao longo da vida, o “serviço nacional de saúde assume a responsabilidade de promover, potenciar e preservar a saúde, reconhecendo o potencial individual, ao longo do ciclo de vida, em cada momento e contexto” (PNS 2012-2016, Capítulo 4.2, p. 2). Salienta que a abordagem pelo ciclo de vida permite uma “organização e intervenção integrada que inclui os cuidados primários, hospitalares e continuados integrados, sobre os fatores protetores, de risco e outros, assim

como sobre os determinantes biológicos, comportamentais, sociais, entre outros, desde o planeamento familiar e nascimento até à morte” (PNS 2012-2016, Capítulo 4.2, p. 3).

Desta forma, são consideradas seis etapas do ciclo de vida: i) nascer com saúde (gravidez e período neonatal); ii) crescer com segurança (pós-natal até aos 9 anos); iii) juventude à procura de um futuro saudável (dos 10 aos 24 anos); iv) uma vida adulta produtiva (dos 25 aos 64 anos de idade); v) um envelhecimento ativo (acima dos 65 anos); e vi) morrer com dignidade. Também neste caso abordamos apenas a primeira por se relacionar com a problemática que investigamos.

A etapa «nascer com saúde» engloba a saúde da grávida desde a conceção até ao puerpério e a saúde do embrião, feto e recém-nascido até aos 28 dias e desenvolve-se no contexto familiar e laboral da grávida. Há evidência para a saúde a longo prazo através de “intervenções a nível de: i) planeamento e acompanhamento da gravidez; ii) preparação para a parentalidade; iii) estilos de vida saudáveis da grávida (incluindo prevenção do consumo de álcool e tabaco); iv) preparação para o parto; v) amamentação; vi) imunização” (PNS 2012-2016, Capítulo 4.2, p. 5).

A reforma dos cuidados de saúde primários e os eixos estratégicos e objetivos do PNS 2012-2016 constituem medidas importantes para a mudança do pensamento sobre saúde. Esta mudança deve ser feita no sentido de colocar o cidadão no centro responsabilizando-o pela sua própria saúde e valorizando a qualidade de vida. Os profissionais de saúde devem perceber que a saúde e doença fazem parte de um mesmo *continuum* devendo dar prioridade à promoção dos fatores que permitem uma resposta favorável à saúde – fatores de saúde. A acessibilidade aos cuidados e a equidade são dois aspetos muito valorizados.

No que diz respeito à vigilância da gravidez, e através da leitura anterior, percebe-se que, em Portugal, se têm vindo a reunir condições apropriadas para um correto acompanhamento da mulher grávida. A meta deste acompanhamento é a promoção de uma gravidez saudável minimizando as complicações associadas a esta fase da vida.

Capítulo V. Vigilância Pré-Natal nos Cuidados de Saúde Primários

Notas Introdutórias

Neste capítulo apresentamos uma análise acerca das principais orientações internacionais e nacionais sobre a vigilância pré-natal. Descrevemos, ainda, o papel do enfermeiro como um dos intervenientes da prestação de cuidados à mulher grávida no âmbito dos cuidados de saúde primários.

V.1. Orientações para a Vigilância Pré-Natal

De um modo geral, os estudos focados em programas de cuidado pré-natal revelam uma grande sintonia com as políticas de saúde (Jaddoe, 2009). Na perspetiva deste autor, o programa de cuidado pré-natal está incorporado nas atuais práticas de saúde na maioria dos países com médio e alto rendimento, compreendendo, geralmente, o rastreio das infeções, a promoção de hábitos de vida saudáveis, e a avaliação do crescimento fetal.

Diversos estudos demonstraram a eficácia do cuidado pré-natal, estando este relacionado com taxas significativamente menores de mortes maternas e nascimentos prematuros assim como com a morte neonatal associada a várias condições de alto risco, como placenta anterior, restrição ao crescimento fetal e gestação pós-termo, o que evidencia a importância dos mesmos (Loudon, 1992; Herbst & colaboradores, 2003; Vintzielos & colaboradores, 2002b, 2003 citados por Cunningham *et al.*, 2012).

No entanto, os cuidados pré-natais apresentam outros fins, nomeadamente aumentar a confiança das mulheres na sua capacidade de dar à luz, assim como, desenvolver práticas de lidar com a dor e stress durante o parto; preparar a mulher e o companheiro para o parto e para a parentalidade; e desenvolver redes de apoio social (Jaddoe, 2009).

Segundo a American Academy of Pediatrics e a American College of Obstetricians and Gynecologists (2007, citadas por Cunningham *et al.*, 2012, p. 190) o cuidado pré-natal é um “programa abrangente de cuidados envolvendo a abordagem coordenada de cuidados médicos e psicossociais, que idealmente deve ser iniciado antes da conceção com extensão por todo período até ao parto” e que deve compreender: cuidados ao nível pré-concepcional;

diagnóstico rápido da gravidez; avaliação pré-natal inicial; e consultas de acompanhamento pré-natal.

Tendo em consideração que a saúde durante a gravidez depende da saúde antes da gravidez, o **cuidado pré-concepcional** deve fazer parte integrante do cuidado pré-natal. Em Portugal, os cuidados pré-concepcionais integram-se na prestação de cuidados primários em saúde reprodutiva. Realizados como uma atividade conjunta, coordenada e complementar da equipa médico/enfermeiro devem promover a saúde neste período de forma a contribuir para o sucesso da gravidez. Os cuidados pré-concepcionais embora tenham como alvo preferencial as mulheres que desejam engravidar, devem abranger todas as mulheres em idade fértil e envolver a participação dos homens encarando-os como parceiros ativos nas questões de saúde sexual e reprodutiva (DGS, 2006, p. 3-4). De forma a uniformizar os procedimentos, a Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes (DSMIA) da Direção-Geral de Saúde, através da Circular Normativa N.º2 de 16/01/2006, definiu os componentes básicos dos cuidados pré-concepcionais. Estes cuidados são deveras importantes pois o período de maior sensibilidade ambiental para o feto situa-se entre os 17 e os 56 dias após a fecundação, período em que começa a organogénese e no qual muitas mulheres ainda não reconhecem que estão grávidas ou não têm oportunidade de iniciar os cuidados pré-natais.

Desta forma, a necessidade de um **diagnóstico rápido da gravidez** é importante para que se iniciem os cuidados pré-natais o mais atempadamente possível (DGS, 2006, p. 3). De acordo com Cunningham *et al.* (2012) o diagnóstico da gravidez inicia-se geralmente quando a mulher apresenta alguns sintomas que podem indicar precocemente a ocorrência da mesma, como a cessação da menstruação, as alterações no muco cervical e da mucosa vaginal, as alterações mamárias e a perceção dos movimentos fetais. Algumas vezes, este processo inicia-se quando a mulher apresenta um teste de gravidez domiciliar positivo. Normalmente, a grávida procura os profissionais de saúde no início da gravidez. Estes, confirmam a gravidez com um exame à urina ou sangue para a gonadotrofina coriónica humana (hCG) e/ou com uma ultrassonografia principalmente nas situações onde existam dúvidas acerca da viabilidade ou localização da gravidez (Cunningham *et al.*, 2012). Quando a grávida não procura os profissionais de saúde, ou não frequenta os cuidados pré-natais, estes devem contactá-la e, se necessário, deslocarem-se ao seu domicílio, pois as grávidas que não são acompanhadas desde o início podem ter um risco aumentado de complicações na gravidez (WHO, 2002).

A **avaliação pré-natal inicial** deve iniciar-se após a confirmação da gravidez. Zampieri *et al.* (2005) consideram que os cuidados pré-natais visam “avaliar a saúde da mulher e do feto e do seu desenvolvimento, em todas as dimensões (fisiológica, social, psicológica, cultural e espiritual), identificando os fatores de risco que possam impedir o

curso normal da gravidez e possibilitando o encaminhamento da grávida para níveis de referência de maior complexidade” (*ibidem*, p. 358). Cunningham *et al.* (2012) acrescentam que os principais objetivos da avaliação pré-natal inicial são: definir o estado de saúde da mãe e do feto; estimar a idade gestacional; e iniciar um plano para proporcionar atenção obstétrica contínua.

Nesta linha de pensamento, a Direção-Geral da Saúde desde cedo definiu orientações técnicas para os profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários através da Orientação Técnica n.º2 de 1993, de forma a conseguir um impacto positivo na qualidade da saúde materna e fetal. É referido que a consulta pré-natal tem como objetivos:

“avaliar o bem-estar materno e fetal através de parâmetros clínicos e laboratoriais criteriosos; detetar precocemente fatores de risco que possam afetar a evolução da gravidez e o bem-estar do feto e orientar corretamente cada situação; e promover a educação para a saúde, integrando o aconselhamento e o apoio psicossocial ao longo da vigilância periódica da gravidez (DGS, 1993, p. 3)”.

A primeira consulta é fundamental para a elaboração da história clínica da mulher pelo que o profissional de saúde deve esmerar-se no levantamento dos dados. Cunningham *et al.* (2012, p. 195) sustentam que “é essencial obter informações detalhadas sobre a história obstétrica, uma vez que qualquer complicação anterior tende a sofrer recorrência em gestações subsequentes.” Assim, na primeira consulta deve ser elaborada a história clínica da mulher de forma a **definir o estado de saúde da mãe**, que segundo a DGS (1993) deve incluir: idade; estado civil; escolaridade; profissão; história menstrual (registo dos ciclos espontâneos); contraceção (último método contraceutivo utilizado e a data da sua interrupção); antecedentes obstétricos (gestações, partos e abortos anteriores, complicações em gravidezes anteriores e história de infertilidade); antecedentes pessoais (patologias anteriores e consumo de medicamentos) e antecedentes familiares. Cunningham *et al.* (2012) aconselham uma pesquisa mais aprofundada que permita explorar fatores psicossociais como: dificuldades de transporte; atenção aos outros filhos ou apoio familiar; gravidez não desejada; barreiras de comunicação; hábitos alimentares; hábitos de exercício físico; hábitos de tabaco, álcool ou drogas; depressão; recursos financeiros; exposição ocupacional; animais domésticos; e preocupação com a segurança, incluindo a violência doméstica.

Também Modh *et al.* (2011, p. 10) realizaram um estudo com a finalidade de descrever e compreender as experiências das mães no início da gravidez. Concluíram que essa fase é uma «abertura de vida», o que pode levar a reflexões sobre questões existenciais, um processo que pode levar à solidão. Portanto, é importante que as mulheres

tenham a oportunidade de contactar com profissionais de saúde numa fase precoce da gravidez e que estes profissionais abordem também questões de carácter mais existencial que ajudam a uma melhoria da condição de saúde e tornam positiva a experiência da gravidez. A elaboração da história clínica da mulher pode, pois, ser um momento propício para a exploração de sentimentos e emoções relacionadas com a gravidez.

Ainda na primeira consulta, deve ser corretamente preenchido e fornecido à grávida gratuitamente o Boletim de Saúde da Grávida (BSG), sendo a sua utilização obrigatória (DGS, 1993). A Circular Informativa n.º16/DSMIA de 07/09/2001 vem evidenciar a importância deste documento para a correta orientação e vigilância da saúde materna e fetal. O BSG deve ser atualizado em todas as consultas de saúde materna, durante o parto e na consulta do puerpério e é um meio por excelência para a troca de informação entre os diversos níveis de prestação de cuidados à grávida. Também Gregory & colaboradores (2006, citado por Cunningham *et al.*, 2012) evidenciam a importância dos registos e da sua padronização afirmando que a utilização de um registo padronizado auxilia a condução ante e intraparto, assim como, permite a comunicação e a continuidade nos cuidados proporcionados, avaliações objetivas da qualidade dos cuidados e a comparação entre diferentes instituições.

Nesta consulta deve ser calculado o grau de risco pré-natal através da utilização do Índice de Goodwinn Modificado. Se a avaliação for de médio ou de alto risco, a grávida deve ser referenciada para os cuidados diferenciados. Mantém-se a recomendação para que a avaliação do risco deva ser calculada em todas as consultas (DGS, 1993).

Em relação ao exame físico, a DGS (1993) recomenda a monitorização da altura, peso e tensão arterial; auscultação cardíaca e pulmonar; exame dos membros inferiores; exame ginecológico (relacionar o volume uterino e o tempo de amenorreia) e exame da mama; medição da altura do fundo do útero; e auscultação dos batimentos cardíacos fetais. Quanto aos exames laboratoriais (inclui o rastreio do cancro do colo do útero) e os exames ecográficos, estes são regulamentados, respetivamente, pelas Normas n.º 037/2011 de 30/09/2011 e n.º 023/2011 de 29/09/2011.

Relativamente à gravidez é importante **estimar a idade gestacional** pelo que a DGS (1993) recomenda o registo da data da última menstruação (especificar se ocorreu após contraceção hormonal); data provável do parto (calculada pela Regra de Naegle); e tempo de gestação atual (em semanas). Habitualmente, o tempo de gestação é dividido em três períodos de aproximadamente 3 meses do calendário, no entanto esta denominação (em meses) é demasiado imprecisa para os profissionais de saúde. Cunningham *et al.* (2012) referem que o primeiro trimestre estende-se até ao final de 14 semanas, o segundo até às 28 semanas, e o terceiro começa com 29 semanas e vai até às 42 semanas. O cálculo da

idade gestacional também é realizado através da ecografia obstétrica de acordo com a Norma n.º 023/2011 de 29/09/2011 da DGS. Quando o cálculo da idade gestacional é feito pelo comprimento crânio-caudal, na ecografia das 11-13 semanas e seis dias, mantém-se inalterável ao longo de toda a gravidez.

O **plano de consultas de acompanhamento pré-natal** depende das conclusões hauridas da primeira consulta, e visa essencialmente o acompanhamento da evolução da gravidez e do desenvolvimento normal do feto (Rezende, 2002).

Nesta linha de pensamento, e com a finalidade de melhorar os conhecimentos, compreensão e habilidades dos profissionais de saúde nos cuidados de saúde maternos, através de uma melhor gestão da gravidez, a Organização Mundial de Saúde (WHO/OMS) para a Região da Europa elaborou, em 2002, um guia onde estabeleceu dez princípios para a prestação de cuidados de saúde materna nos países europeus, inclusive Portugal. Nele é definido que:

1. “A gravidez deve ser «desmedicalizada» uma vez que não é encarada como uma doença mas antes um evento fisiológico, havendo apoio dos profissionais de saúde quando necessário;
2. Os cuidados devem ser baseados no uso de tecnologia que permita resolver um problema específico, ou seja, devem ser realizados exames para resolução de um problema e não apenas por rotina;
3. Os cuidados devem ser baseados na evidência. Os profissionais de saúde têm um papel muito importante, devendo receber formação profissional contínua e atualizada baseada em estudos científicos;
4. Os cuidados devem ser regionalizados e adaptados ao sistema de saúde existente em cada local;
5. Os cuidados devem ser multidisciplinares envolvendo vários profissionais como enfermeiros, parteiras, médicos, educadores sociais, entre outros;
6. Os cuidados devem ser holísticos abordando não apenas a componente biológica mas também psicológica e social da grávida e família;
7. Os cuidados devem ser centrados na família. Os familiares e amigos relevantes devem ser envolvidos no processo de gravidez demonstrando o seu papel no apoio à grávida e reconhecendo que também eles podem precisar de apoio;
8. Os cuidados devem ser adaptados à cultura local;
9. A mulher deve ser envolvida no processo de tomada de decisão;
10. Os cuidados devem respeitar a privacidade, dignidade e confidencialidade da mulher (WHO, 2002, p. 6).”

Na opinião de Rezende (2002) é fundamental a vigilância pré-natal deve ser capaz de:

“orientar os hábitos de vida (dieta, atividades físicas, vestuário, desporto, etc.) o que constitui a higiene pré-natal; dar assistência psicológica, ajudando a resolver conflitos e problemas; preparar para a maternidade, tanto no sentido da formação para o parto (métodos psicossomáticos) como ensinando noções de puericultura; diagnosticar e tratar de doenças preexistentes e que complicam ou agravam a gravidez e o parto; e realizar a profilaxia, o diagnóstico e o tratamento da patologia própria da gravidez (*ibidem*, p. 261)”

Em relação ao número de consultas a realizar durante a gravidez, Rezende (2002, p. 262) afirma que a “cronologia e o número de consultas pré-natais devem ser específicas de cada grávida e baseada na avaliação do risco individual”. No entanto, mediante condições normais entre a 12^a e a 28^a semana de gestação, as consultas podem ser espaçadas 6 semanas, enquanto nos últimos dois meses as grávidas devem ser vistas a cada 7-10 dias. Considera, ainda, este autor, que as múltiparas¹¹ necessitam de menor número de consultas e, contrariando a prática estabelecida, propõe que elas não precisam de ser multiplicadas no final da gestação.

Quer a WHO/OMS (2002), quer Cunningham *et al.* (2012) apresentam outros esquemas de vigilância. Ambos indicam que as consultas subsequentes à primeira devem ser agendadas com intervalos de 4 semanas até às 28 semanas e, daí em diante, a cada 2 semanas até que se completem 36 semanas, para em seguida, tornarem-se semanais. A DGS (1993), por sua vez, recomenda uma consulta mensal até às 36 semanas de gravidez, seguida de consulta quinzenal até ao parto, num total de 10 consultas. No entanto, salvaguarda que “devido a alguns condicionalismos dos Centros de Saúde, o número de consultas pode ficar reduzido para um mínimo de 6” (DGS, 1993, p. 4).

No que diz respeito ao exame físico que deve ser realizado nas consultas pré-natais, a DGS (1993) vai de encontro ao recomendado pela WHO/OMS (2002) ao indicar que em todas as consultas subsequentes deve-se avaliar o peso corporal, tensão arterial, altura do fundo uterino; determinar a proteinúria, glicosúria, cetonúria e bacteriúria através do Teste de Combur®; auscultar os batimentos cardíacos fetais (a partir da 16^a-19^a semana de gestação); observar os membros inferiores e verificar a existência de edemas; e verificar os movimentos fetais sentidos pela grávida (a partir da 35^a semana de gestação).

As Normas n.º 037/2011 de 30/09/2011 e n.º 023/2011 de 29/09/2011 regulamentam os exames laboratoriais e os exames ecográficos a serem realizados subsequentemente, embora existam outros documentos da DGS a serem considerados, nomeadamente: a Norma n.º 007/2011 de 31/01/2011 que regulamenta o diagnóstico e conduta na diabetes gestacional; a Circular Normativa n.º 2/DSMIA de 15/01/2007 onde constam as instruções

¹¹ Mulher que tenha completado duas ou mais gestações com mais de 20 semanas.

para a profilaxia da isoimunização Rh; a Circular Normativa n.º18/DSMIA de 07/09/2004 que alude à prevenção das formas graves de hemoglobinopatia; a Circular Normativa n.º01/DSMIA de 04/02/2004 que aborda a gravidez e o vírus da imunodeficiência humana; a Circular Normativa n.º6/DSMIA de 07/07/1997 que menciona o estudo dos marcadores bioquímicos na vigilância pré-natal; entre outros.

Relativamente **à educação para a saúde** no âmbito dos cuidados pré-natais rapidamente percebemos a sua pertinência e importância. A DGS (1993, p. 8) recomenda que os profissionais de saúde abordem alguns temas nas consultas pré-natais, nomeadamente:

“importância da vigilância periódica; regime alimentar: dieta equilibrada, polifracionada – 6 refeições por dia -, restrição de açúcar e abolição do álcool; importância dos suplementos de ácido fólico e ferro, quando prescritos; aumento de peso durante a gravidez; tabagismo: efeitos nocivos no feto e recém-nascido; medicamentos: risco para o feto e para o recém-nascido pelo uso de medicamentos não receitados pelo médico; atividade física: equilíbrio entre a atividade física e períodos de repouso (atividade física exagerada e más condições no trabalho profissional podem levar a parto pré-termo); rede venosa aparente: uso de meias elásticas e elevação das pernas sempre que possível; uso de cinto de segurança das viaturas; relações sexuais durante a gravidez; movimentos fetais: contagem dos movimentos e registo no BSG; sinais de parto pré-termo; preparação para o parto hospitalar; preparação para a amamentação; motivação para o planeamento familiar; e necessidade de revisão de puerpério.”

A WHO/OMS (2002) vai mais longe ao referir que as consultas pré-natais devem:

- “Proporcionar suporte e encorajamento psicológico ajustado à gravidez, nascimento, amamentação e parentalidade;
- Promover a consciencialização das componentes sociais e psicológicas da gravidez;
- Monitorizar o desenvolvimento da gravidez de forma a assegurar a saúde e bem-estar da grávida e feto;
- Detetar complicações obstétricas através de atenção pessoal e testes de diagnóstico;
- Reconhecer desvios do normal e tratar ou referenciar conforme necessário;
- Reconhecer que as mulheres que desenvolvem sinais de alerta podem voltar à vigilância normal após tratamento;
- Estabelecer uma relação de confiança entre a mulher e os profissionais de saúde;

→ Proporcionar informação adequada para que a mulher tome uma decisão informada (WHO, 2002, p. 23-24).”

No seguimento desta visão, a quadro 6 (WHO/OMS, 2002, p. 82) esquematiza os assuntos que devem ser abordados nas consultas pré-natais.

Quadro 6 – Educação para a Saúde no Pré-Natal

CUIDADOS NA GRAVIDEZ	• Desconfortos ligeiros; nutrição na gravidez; exercício físico; preparação para a amamentação; alterações psicológicas na gravidez.
PARTO E NASCIMENTO	• Trabalho de parto e nascimento; analgesia durante o parto; acompanhamento familiar; intervenções frequentes dos profissionais de saúde durante o trabalho de parto; cesariana; alterações psicológicas; contacto pele a pele entre a mãe e o recém-nascido; amamentação precoce.
PÓS-PARTO	• MULHER: amamentação; exercícios pós-parto; alterações psicológicas; sexualidade; regresso ao trabalho. • RECÉM-NASCIDO: cuidados ao recém-nascido e equipamentos necessários; choro do bebé e como lidar; estimulação; fases de desenvolvimento infantil; vacinação.
PAPEL DO COMPANHEIRO	• Principais preocupações do companheiro e qual o papel a desempenhar.

Fonte: Adaptado de WHO (2002, p. 82)

Procurando aprofundar este assunto com os contributos de alguns estudos, convocamos um estudo desenvolvido por Dumas (2002) no Québec, Canadá, que teve como finalidade descobrir as necessidades educacionais dos casais no período pré-natal. Este estudo corrobora as ideias relativas ao facto de a gravidez ser o foco de atenção das duas primeiras consultas (antes da 20^a semana de gestação). Essas, devem incluir as necessidades do casal, expectativas e crenças; alterações fisiológicas no primeiro trimestre; desconfortos e medidas naturais de resolução dos mesmos; hábitos de vida e o seu impacto no feto (uso de tabaco, alimentação, exercício, trabalho, medicamentos, etc.); sinais de alarme no primeiro trimestre; e alterações psicológicas na mulher e no homem (Dumas, 2002). Nas consultas subsequentes, que de acordo com a autora devem ser mais cinco, devem ser abordados os temas: alterações fisiológicas do segundo e terceiro trimestres; desconfortos e medidas naturais de resolução dos mesmos; parto pré-termo (fatores de

risco e sinais); processos de trabalho de parto e nascimento; dor no parto e medidas de redução; papel de suporte da pessoa durante o trabalho de parto e nascimento; intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e nascimento; papel do casal nos processos de decisão; partilha de necessidades, expectativas e crenças; amamentação; regresso a casa (mãe, bebé, pai, casal e família); e transição para o papel parental (Dumas, 2002).

Em modo de conclusão, constata-se que as consultas pré-natais têm como finalidade a promoção de uma gravidez saudável e deteção precoce de complicações. Visam dar mais confiança ao casal; ajudar a mulher a ter uma experiência de gravidez, parto e parentalidade saudável e feliz; preparar o casal para o parto e formas de lidar com o mesmo; incentivar a adoção de estilos de vida saudáveis para proporcionar uma rápida recuperação pós-parto; ajudar e incentivar a amamentação explicando a técnica da amamentação; ajudar a cuidar do bebé independentemente da alimentação utilizada; ajudar na transição para a parentalidade e providenciar educação e informação apropriada ao casal sobre gravidez, parto e parentalidade (WHO/OMS, 2002).

V.2. Vigilância Pré-Natal Adequada

De acordo com Zampieri *et al.* (2005) existem quatro requisitos para um acompanhamento pré-natal ser eficiente. O acompanhamento deve ser *precoce* (o primeiro contacto com a grávida deve ser durante o primeiro mês de gestação); *periódico* (a frequência do controlo pré-natal varia de acordo com os riscos que a grávida apresenta, sendo que as de baixo risco necessitam de um número menor de consultas); *completo* (deve contemplar ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação de saúde); e ter uma *ampla cobertura* (quanto maior a percentagem de grávidas com um acompanhamento pré-natal, maior o impacto na redução da morbilidade e mortalidade materna e perinatal).

Outros autores apresentam diferentes formas de avaliar a adequação do cuidado pré-natal como é o caso de Kessner & colaboradores (1973). O Índice de Kessner (quadro 7) é um indicador amplamente utilizado nos Estados Unidos da América que permite medir a adequação do cuidado pré-natal, pese embora não seja capaz de medir a qualidade do cuidado nem tenha em consideração o risco relativo de complicações para a gestante. Usando este índice, no ano de 2000, 12% das mulheres norte-americanas receberam cuidado pré-natal inadequado, sendo que as principais razões apontadas foram:

identificação tardia da gravidez pela mulher; falta de recursos económicos ou de cobertura para esse tipo de cuidados; e impossibilidade de marcar a consulta (Cunningham *et. al*, 2012, p. 190).

Quadro 7 – Critérios do Índice de Kessner

Cuidado Pré-Natal Adequado		
Consulta Inicial no Primeiro Trimestre e:		
Semanas		Consultas no Período Pré-Natal
17	e	2 ou mais
18-21	e	3 ou mais
22-25	e	4 ou mais
26-29	e	5 ou mais
30-31	e	6 ou mais
32-33	e	7 ou mais
34-35	e	8 ou mais
36 ou mais	e	9 ou mais
Cuidado Pré-Natal Inadequado		
Consulta Inicial no Terceiro Trimestre ou:		
Semanas		Consultas no Período Pré-Natal
17-21	e	Nenhuma
22-29	e	1 ou menos
30-31	e	2 ou menos
32-33	e	3 ou menos
34 ou mais	e	4 ou menos
Cuidado Intermediário		
Todas as Demais Combinações		

Fonte: Adaptado de Cunningham *et al.* (2012, p. 191)

Ainda relacionado com este assunto, é pertinente analisar o estudo, elaborado por Delvaux, *et al.*, (2001), desenvolvido em dez países europeus (incluindo Portugal) e que teve como finalidade identificar as barreiras aos cuidados pré-natais na Europa. Os resultados evidenciam que a falta de seguro de saúde é um importante fator de risco para o pré-natal inadequado. O pré-natal inadequado foi caracterizado por mulheres jovens (idade < 20 anos); solteiras; estrangeiras; com um nível de instrução baixo; e com uma gravidez não planeada.

Nesta linha de pensamento, optamos por analisar um estudo desenvolvido em Portugal, que pretendeu relacionar a utilização dos cuidados pré-natais com a mortalidade perinatal e infantil (Barros & Tavares, 1998). Os autores recolheram os dados através da realização de um questionário a 1582 mulheres 24-48h após o parto, em 41 hospitais públicos, agrupados em 19 distritos de residência das mulheres. Como forma de enunciar a adequação dos cuidados pré-natais utilizaram o *Adequacy of Prenatal Care Utilization Index* (APNCU Index) que estabelece quatro níveis de adequação: inadequado; intermédio; adequado e adequado *plus*. O cuidado inadequado é definido como aquele que é iniciado após o 4º mês de gestação ou que apresenta menos de 50% das consultas

recomendadas¹². Os autores também definiram «nenhum cuidado» quando a mulher não teve nenhuma consulta durante a gravidez e «cuidado tardio» quando o cuidado pré-natal iniciou-se após o primeiro trimestre. Nesta amostra, a mediana do número de consultas pré-natais foi 8, variando de 0 a 30. Globalmente, 2.7% das mulheres não tiveram nenhum cuidado e 18% iniciaram os cuidados pré-natais após o primeiro trimestre de gestação; 15.3% tiveram cuidado inadequado, 38,9% cuidado adequado e 13.7% cuidado adequado plus. Os resultados obtidos mostraram a existência de diferenças significativas da utilização dos cuidados pré-natais entre os distritos de Portugal, que estatisticamente se correlacionam com as taxas de mortalidade perinatal e infantil desses mesmos distritos. A mortalidade perinatal e infantil encontra-se estatisticamente correlacionada com a proporção de mulheres sem nenhum cuidado. As mulheres sem nenhum cuidado são solteiras, primíparas e com uma gravidez não planeada (Barros & Tavares, 1998).

Um estudo mais recente (Lunet *et al.*, 2008) veio quantificar a associação entre a adequação dos cuidados pré-natais e a prevalência de utilização de ácido fólico, ferro e vitaminas durante a gravidez. Para tal, foram questionadas 836 mulheres 24-72h após o parto em dois hospitais públicos do norte de Portugal relativamente a características sociodemográficas, utilização dos cuidados pré-natais, complicações durante a gravidez e utilização de suplementos vitamínicos/minerais. A adequação do cuidado pré-natal, neste estudo, utilizou o *Adequacy of Prenatal Care Utilization Index* (APNCU Index). Os resultados comprovam que a adequação dos cuidados pré-natais é uma determinante importante da utilização de vitaminas/minerais durante a gravidez (Lunet *et al.*, 2008).

Estes estudos evidenciam que os cuidados pré-natais adequados são importantes para a redução das taxas de mortalidade perinatal e infantil, pois de certa forma é por frequentarem as consultas que as mulheres adotam comportamentos adequados, como por exemplo, a toma do ácido fólico, e onde são detetados precocemente complicações.

No entanto, a satisfação das mulheres com os cuidados pré-natais é também um fator a ter em consideração, pois as mulheres que se encontram satisfeitas com os cuidados pré-natais têm uma maior tendência para aderirem ao número recomendado de consultas neste período (Handler *et al.*, 1996). Este facto é importante dado que quando a vigilância pré-natal é adequada existem menos complicações na gravidez e uma maior adesão aos cuidados, nomeadamente, a ingestão dos suplementos vitamínicos.

Handler *et al.* (1996) referem que a satisfação das mulheres relaciona-se com a relação estabelecida com o profissional de saúde que a acompanha, dado que vem de encontro ao mencionado por Meleis *et al.* (2000), ao considerar que a continuidade na relação entre o profissional de saúde e a pessoa é fundamental para que esta se «sinta ligada» aos cuidados de saúde. Handler *et al.* (1996) vai mais além, ao constatar que a

¹² O número recomendado é 10 (DGS, 1993).

maioria das mulheres desejam ser acompanhadas pelo mesmo profissional de saúde ao longo de toda a gravidez, preferindo alterar as consultas quando o seu profissional está ausente em vez de serem consultadas por outro. Algumas grávidas preferem o atendimento por um profissional de saúde do género feminino por sentirem maior empatia com estas relativamente à experiência da gravidez (*ibidem*).

Os aspetos dos cuidados que afetam a satisfação das mulheres em relação aos cuidados são considerados como a «arte do cuidar». A qualidade na interação e comunicação com o profissional de saúde aparenta fazer a diferença na satisfação das mulheres, sendo este o elemento essencial no cuidado pré-natal ideal apresentado pelas mulheres. Neste sentido, as mulheres esperam ser tratadas com respeito, e compreensão pelas suas experiências pessoais. Enfatizam a importância da explicação dos procedimentos; de obterem resposta às suas questões; de serem questionadas acerca do seu estado de saúde e emocional, e que o seu tempo seja cumprido, isto é, cumprimento com a hora da consulta evitando tempo de espera. Esperam, ainda, que os profissionais de saúde tenham em consideração situações especiais, nomeadamente quando chegam 5 minutos mais tarde ou quando vêm acompanhadas com filhos mais velhos (Handler *et. al*, 1996).

Os resultados deste estudo também demonstraram que os fatores que motivam as mulheres a frequentar as consultas pré-natais são a crença de que os cuidados influenciam a saúde do bebé e a importância de ouvir os batimentos cardíacos fetais como forma de confirmar a saúde do bebé e como forma de estabelecer a ligação com o feto em desenvolvimento (Handler *et. al*, 1996). No que diz respeito ao conteúdo educativo das consultas as mulheres esperam obter informação acerca das alterações corporais; testes e procedimentos nos cuidados pré-natais, e sobre o parto e nascimento. Referem, ainda, a importância de lhes ser dada a oportunidade de falarem umas com as outras e de grupos de suporte.

V.3. Cuidados de Enfermagem na Vigilância Pré-Natal na Unidade de Saúde Familiar: uma Discussão

No final dos anos 70 com a Declaração de Alma-Ata (Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários, 1978), houve uma maior ênfase na importância dos cuidados de saúde primários na medida em que estes foram considerados como constituindo a chave para o cumprimento da meta «Saúde para Todos no Ano 2000». A

Declaração de Alma-Ata foi clara sobre os valores a seguir: justiça social e o direito a melhorar a saúde para todos, participação e solidariedade, sendo que estes têm vindo a ser testados e continuam verdadeiros, como pudemos ver através dos eixos estratégicos do PNS 2012-2016.

Desde os desafios que se delinearam com a Declaração de Alma-Ata, foi a Declaração de Munique (2nd WHO Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe, 2000) que impulsionou uma mudança visível na prestação de cuidados de enfermagem. A Declaração de Munique teve como finalidade salientar as capacidades dos enfermeiros evidenciando os contributos que estes profissionais de saúde podem ter na prestação de serviços de alta qualidade garantindo a continuidade dos cuidados e a qualidade de vida das pessoas. Reafirmou, ainda, a necessidade de procurar oportunidades, de estabelecer e suportar programas centrados na enfermagem comunitária, incluindo o enfermeiro de saúde da família.

Desde então, o Ministério da Saúde e a Ordem dos Enfermeiros procuraram criar e manter a figura do «enfermeiro de família» no Serviço Nacional de Saúde, através dos Cuidados de Saúde Primários. A reestruturação dos Centros de Saúde e o aparecimento das Unidades de Saúde Familiar criaram as condições ideais para o surgimento do enfermeiro de família. Os cuidados são centrados não apenas na pessoa, mas também na família como refere a Portaria n.º 1368/2007 de 18 de Outubro ao mencionar que “a Unidade de Saúde Familiar é a unidade elementar de prestação de cuidados de saúde ao indivíduo e famílias”. Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros preconizou que cada cidadão tivesse o seu enfermeiro de família assumindo este “a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a um grupo limitado de famílias (entre 300 a 400), em todos os processos de vida, nos vários contextos da comunidade” (OE, Mesa do colégio de Enfermagem comunitária, 2011).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar foram enumeradas no Regulamento n.º 126/2011 de 18 de Fevereiro, sendo que desde esta data a família merece a mesma atenção que um indivíduo singularmente. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar tem duas grandes competências (Regulamento n.º 126/2011 de 18 de Fevereiro):

- “Cuida da família como unidade de cuidados, ou seja, considerando a família como unidade de cuidados promove a capacitação da mesma face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento (Anexo I, I1); e
- “Presta cuidados específicos nas diferentes fases do ciclo de vida da família ao nível da prevenção primária, secundária e terciária, ou seja, considerando a

família como unidade de cuidados, focaliza-se tanto na família como um todo, quanto nos seus membros individualmente (Anexo I, I2)”.

Verifica-se, assim, que o centro dos cuidados de enfermagem são as “dinâmicas internas da família e as suas relações, a estrutura da família e o seu funcionamento, assim como o relacionamento dos diferentes subsistemas com o todo familiar e com o meio envolvente, e que geram mudanças nos processos intrafamiliares e na interação da família com o seu ambiente” (Preâmbulo, Regulamento n.º 126/2011 de 18 de Fevereiro).

Para desempenhar as suas funções, o enfermeiro deve “avaliar o funcionamento e funcionalidade da família” (I2.1.1. e I2.1.2.), “analisar os dados objetivos e subjetivos” (I2.1.11.), fazer um “diagnóstico de necessidades específicas da família” (I2.2.2.) e colaborar “com as famílias e seus membros para enfrentar as alterações da situação de saúde, e abordar situações de stress, deficiência e morte” (I2.3.10.). O enfermeiro tem a possibilidade de observar a família no seu contexto natural através da visita domiciliária, avaliando o modo de interação e detetando potenciais situações de vulnerabilidade. Deve também “mobilizar com a família outros recursos para a maximização do seu potencial de saúde” (I2.3.5.).

O enfermeiro de família constitui, assim, um elo de ligação fundamental entre as famílias e o serviço nacional de saúde, havendo uma maior acessibilidade e proximidade de cuidados, sendo o indivíduo responsável pela sua saúde pelo que deve adotar comportamentos de procura da mesma, devendo ser apoiado e motivado. Todo este trabalho tem de ser realizado em equipa multidisciplinar.

No entanto, e em nossa perspetiva, enquanto enfermeira numa unidade de saúde familiar, o foco dos cuidados de enfermagem neste contexto é a pessoa e toda a sua circunstância, nomeadamente a sua família. Envolver a família nos cuidados é, pois, diferente de cuidar a família, embora exista um esforço crescente neste sentido, nomeadamente com a criação do Regulamento n.º 126/2011 de 18 de Fevereiro.

Um outro foco de discussão refere-se a um assunto que iniciamos no Capítulo IV, onde explicitamos que de acordo com a legislação em vigor, que regulamenta o exercício das Unidades de Saúde Familiar, qualquer enfermeiro (generalista ou especialista) pode integrar uma USF e prestar cuidados às grávidas. Essa legislação (Portaria n.º 1368/2007 de 18 de Outubro) define no Anexo I, n.ºII, alínea 1.2.3) as dimensões dos cuidados na área da vigilância da gravidez. Assim, cabe ao núcleo base de serviços clínicos (médicos e enfermeiros) a:

- a. “Vigilância pré-natal da gravidez normal;

- b. Promoção do diagnóstico pré-natal, com referência a unidades especializadas, segundo as normas em vigor;
- c. Referenciação de gravidez de risco e acompanhamento da situação, em continuidade e articulação de cuidados;
- d. Promoção de comportamentos (saudáveis) de adesão durante a gravidez, nomeadamente quanto ao consumo de tabaco, álcool e alimentação;
- e. Adaptação do casal ao novo estágio de vida familiar e implementação das mudanças necessárias ao ciclo vital;
- f. Apoio às puérperas após a alta hospitalar, cuidados que promovam a sua adaptação aos novos estádios de vida individual e familiar e promovam o aleitamento materno pelo menos até aos 3 meses de vida; e
- g. Revisão do puerpério”.

A questão que se coloca é a seguinte: quem são os enfermeiros mais aptos a cuidar da mulher grávida?

A resposta é-nos dada pela Ordem dos Enfermeiros, também, ao mencionar que os:

“Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecologia (EEESMOG) estão habilitados a tomar decisões no pleno exercício da autonomia dos cuidados de enfermagem especializados, sendo estes, que pela natureza da especificidade, da sua preparação técnico-científica, estão melhor habilitados para assumir a responsabilidade da realização de uma consulta de enfermagem de saúde materna” (OE, Parecer n.º17/2011).

Também corrobora este entendimento quando define a consulta de enfermagem pré-natal como o “ato de assistência prestado pelos enfermeiros ESMOG à grávida e família, que visa definir, em parceria, um plano de cuidados individualizado, que promova a vivência saudável da gravidez, facilite a transição para a parentalidade e favoreça a participação ativa do casal grávido em todo o processo”. Assim, pretende-se promover: “o autocuidado da grávida; o desenvolvimento de competências parentais; o empoderamento e a utilização de estratégias para o autocuidado durante o trabalho de parto; a formulação do plano de parto; a formulação do plano da parentalidade; e a deteção precoce e a prevenção de complicações materno-fetais” (OE, Parecer n.º 17/2011, p. 14). De forma a clarificar as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia surge o Regulamento n.º 127/2011 de 18 de Fevereiro. Este documento considera que a responsabilidade do EEESMOG passa por cuidar da mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, durante o período pré-concepcional,

o período pré-natal, o período de trabalho de parto, o período pós-natal e o climatério. Neste acompanhamento, o EEESMOG deve estabelecer e implementar programas de intervenção e educação para a saúde de forma a promover e a potenciar a saúde da mulher e da sua família em todos estes períodos; e a detetar e a tratar precocemente complicações. Relacionando as competências do EEESMOG com os referenciais teóricos de enfermagem, percebe-se que este profissional de enfermagem é o mais apto a acompanhar a mulher e a família no processo de transição e adaptação à parentalidade.

Embora estejam prescritas estas competências, o que se constata é que nas equipas multidisciplinares das Unidades de Saúde Familiar fazem parte enfermeiros generalistas e/ou com outras especialidades e é nestas condições e neste contexto, atual em Portugal, que abordamos os cuidados de enfermagem na vigilância pré-natal, sem nos esquecermos que nas condições ideais e de forma a prestar os melhores cuidados de enfermagem seriam os enfermeiros ESMOG a realizar estas consultas. Isto não significa que não existam enfermeiros generalistas com amplos conhecimentos nesta área devido à aposta na formação contínua, e que estão, igualmente, aptos a desenvolver essas funções.

Branco & Ramos (2001, p. 9), a este propósito, referem que “o que está em causa é servir os utentes, os doentes e a comunidade e não afirmar protagonismos de grupos profissionais”. Esta é também a nossa posição em relação aos enfermeiros generalistas e especialistas. Nesta reforma dos cuidados de saúde primários e de pensamento em saúde é necessário colocar a pessoa, a família e a comunidade no centro dos cuidados de forma a serem desenvolvidos esforços em conjunto para melhorar a saúde dos indivíduos e das populações.

Independentemente dos debates percebe-se a importância do papel do enfermeiro nos cuidados de saúde primários. Collière (2003, p. 263-264) menciona que os cuidados de saúde primários têm como finalidade:

“responder às necessidades de saúde habituais e correntes da população, seja no domínio do desenvolvimento da saúde, da reparação ou da readaptação; integrar os cuidados preventivos, curativos e de readaptação, em função das necessidades da família e dos grupos; partir do saber e da capacidade das pessoas para responderem às suas necessidades, completando a sua informação, compreendendo a forma de ajuda a dar, fazendo-as conhecer e utilizar meios apropriados; e fazer parte integrante do processo de desenvolvimento socioeconómico.”

Também Correia *et al.* (2001, p. 76) consideram que nos cuidados de saúde primários, “a enfermagem integra o processo de promoção da saúde e prevenção da

doença, evidenciando-se as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade”, que pode assumir a forma de consulta de enfermagem.

Na mesma linha Gerk (2007) argumenta que a consulta de enfermagem é a “atenção prestada ao indivíduo, à família e à comunidade de modo sistemático e contínuo, realizada pelo profissional de enfermagem com a finalidade de promover a saúde mediante diagnóstico e tratamento precoces”, ou seja, é “uma atividade privativa desse profissional e permite o exercício da sua autonomia” (*ibidem*, p. 93). Bork (2003, p. 14), por sua vez, define a consulta de enfermagem como:

“uma atividade integrante das funções do enfermeiro, que, por meio do exercício da sua autonomia e com base nos problemas identificados, se responsabiliza pela determinação das ações e intervenções de enfermagem para executar os cuidados que forem necessários, realizar as orientações pertinentes no momento e encaminhar a outros elementos da equipa profissional os problemas cuja solução foge da sua esfera de atuação.”

Estabelecendo uma relação entre o pensamento destes autores e os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) de Portugal (2002), neste são apresentados dois conceitos distintos de contactos com o enfermeiro: *consulta de enfermagem* que diz respeito a uma “intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado” e *ato de enfermagem* relativo à “prestação de cuidados realizada por um enfermeiro, que poderá ser exercida de forma autónoma ou interdependente, de acordo com a respetiva qualificação profissional”.

Neste contexto de investigação, importa clarificar que estamos a ter em consideração a consulta de enfermagem. Sendo assim, e para que seja caracterizada como tal, é imprescindível a aplicação do processo de enfermagem.

De acordo com Habermann & Uys (2005, p. 3) o processo de enfermagem é o “núcleo e a essência da Enfermagem, ou seja, é o aspeto central de todas as ações do enfermeiro e é aplicável em todas as situações (universal)”. Este deve ser centrado na pessoa e requer o envolvimento da mesma e da sua família em todas as fases. O processo de enfermagem é um ciclo dinâmico de resolução de problemas. Encontra-se organizado para que os enfermeiros resolvam os problemas de uma forma lógica e auxilia, também, a encontrar novas possibilidades (sistemático). É composto por 5 etapas: avaliação inicial; diagnóstico de enfermagem; planeamento; implementação; e avaliação.

A avaliação inicial consiste na recolha de informação acerca da pessoa, família ou grupo. O diagnóstico de enfermagem é a consequência da avaliação inicial e, em regra, diz respeito aos problemas de saúde reais ou potenciais da pessoa. Refere-se ao juízo clínico do enfermeiro, ou seja, é a decisão do enfermeiro sobre um fenómeno que representa o foco das suas intervenções. O planeamento consiste na fixação de objetivos e na programação de intervenções de enfermagem ajustadas à necessidade da pessoa. É a forma concreta que torna explícitas as orientações do enfermeiro. Após o planeamento o enfermeiro implementa o plano de cuidados elaborado em estreita colaboração com a pessoa. A avaliação dos resultados dos cuidados de enfermagem é feita para determinar até que ponto foram atingidos os objetivos. Apesar de ser a última etapa esta apreciação é contínua no decorrer de todo o processo pois o enfermeiro está sempre atento ao *feedback* da pessoa e da sua família (Carpenito, 2007).

A consulta de enfermagem deve ser realizada num ambiente acolhedor, proporcionar conforto e privacidade de forma a facilitar a comunicação entre o profissional de saúde e a mulher, o que vai ao encontro de Rezende (2002, p. 261) quando refere que a “instituição ou o consultório onde o pré-natal se desenvolve deve ter pessoal gentil e interessado e reunir recursos para tornar o atendimento pontual e eficiente”.

A Enfermagem como uma «profissão da relação interpessoal» tem por base uma relação humana entre uma pessoa que necessita de cuidados de saúde e um enfermeiro para reconhecer e responder a essa necessidade de ajuda. A relação entre a pessoa e o enfermeiro é a interação desejada onde ambos “beneficiam da cooperação, desenvolvendo com o passar do tempo um sentimento mútuo de confiança, o que permite que identifiquem mutuamente os papéis e participem conjuntamente na solução de um determinado problema ou objetivo” (Costa & Jurado, 2006, p. 46). Peplau (1993, citada por Costa & Jurado, 2006, p. 46-47) refere que a relação entre a pessoa e o enfermeiro é um “processo interpessoal educativo e terapêutico quando o enfermeiro e a pessoa consigam respeitar-se como pessoas iguais e simultaneamente diferentes, como pessoas que participam conjuntamente na solução de um determinado problema ou objetivo”.

Relacionando estas ideias com os referenciais teóricos de enfermagem, percebe-se a essência e o sentido da Teoria do Cuidar de Watson e dos contributos desenvolvidos posteriormente por Swanson. É esta relação e o cuidar que distingue a profissão de Enfermagem das demais.

Nesta perspetiva, e tendo em consideração o objeto deste estudo, o enfermeiro deve reconhecer que os elementos mais importantes na maternidade são a mulher e a sua família. É importante haver em todas as consultas de enfermagem um período de tempo para a mulher poder falar sobre o que quiser e expor as suas necessidades psicológicas ou sociais, mas também é pertinente envolver a família para que esta possa identificar o

problema e ajudar caso necessário. A DGS (1993, p. 8) reforça esta ideia ao considerar que se deve “procurar integrar na ação educativa outros membros da família, particularmente, o marido”.

A promoção da saúde e a educação para a saúde, embora sejam da responsabilidade de toda a equipa de saúde que cuida da mulher grávida, tem vindo a ter um maior protagonismo através das intervenções do enfermeiro. É com o Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro, que regulamente a carreira de Enfermagem, que se reconhece o papel do enfermeiro como educador, quando explicita que ao enfermeiro nível 1 compete “executar os cuidados de enfermagem planeados, favorecendo um clima de confiança que suscite a implicação do utente (indivíduo, família, grupos e comunidade) nos cuidados de enfermagem e integrando um processo educativo que promova o autocuidado (Artigo 7º, alínea c).

Bastable (2010, p. 26-27), vem de encontro a esta ideia, ao mencionar que “há muito tempo a educação do paciente é considerada um dos principais componentes do cuidado padrão disponibilizado pelos enfermeiros” e que este papel está profundamente relacionado com o crescimento e desenvolvimento da profissão. Desde a década de 1980, o papel do enfermeiro como educador passou por uma mudança de paradigma, envolvendo uma abordagem mais voltada para a promoção da saúde e prevenção da doença em detrimento de uma abordagem baseada na doença (*ibidem*).

Esta autora refere, ainda, que ao longo do tempo diversas entidades relacionadas com a qualidade na saúde emitiram recomendações para a prática de enfermagem, salientando a importância do papel do enfermeiro como educador. Estas incluem a necessidade de promover cuidado clinicamente competente ao público; envolver as pessoas e os seus familiares no processo de tomada de consciência quanto às intervenções em saúde; providenciar, às pessoas, educação e aconselhamento sobre questões éticas; expandir o acesso apropriado e económico ao consumidor; e promover a prevenção de doenças e estilos de vida saudáveis para todas as pessoas (*ibidem*).

A finalidade da educação é aumentar a competência e a confiança da pessoa para a autogestão e objetiva-se aumentar a responsabilidade e a independência da pessoa para o autocuidado. A eficácia da educação para a saúde realizada pelo enfermeiro tem demonstrado benefícios tanto para a pessoa como para a sua família, nomeadamente:

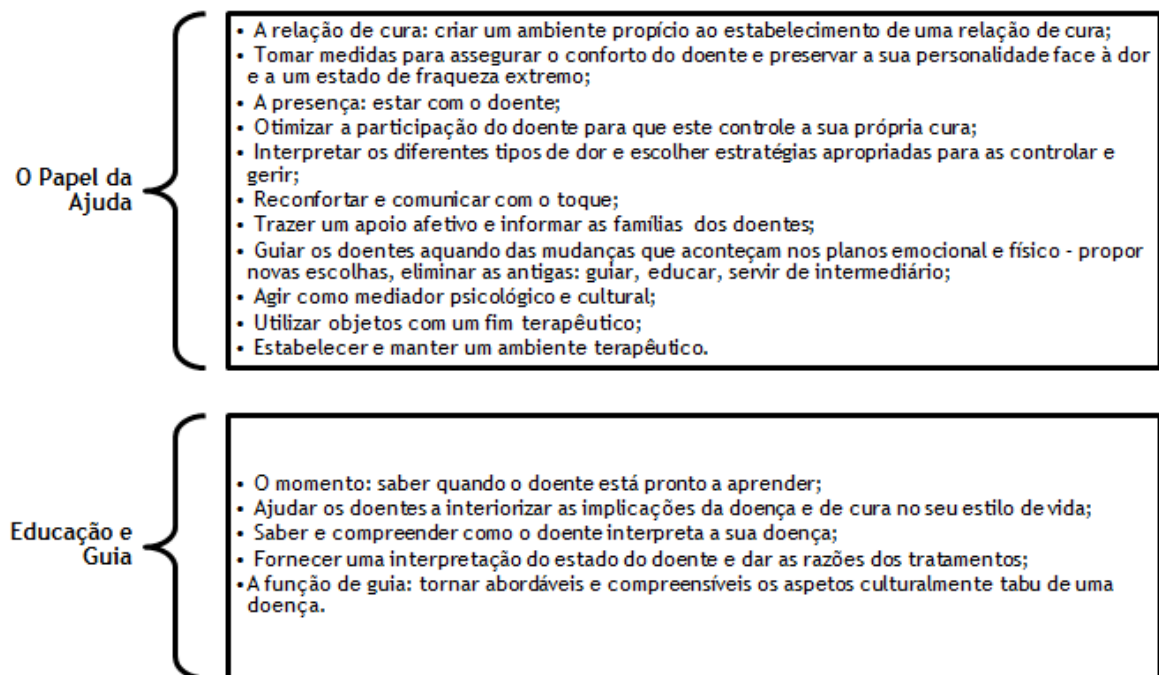
- “Aumentar a satisfação do consumidor;
- Melhorar a qualidade de vida;
- Assegurar a continuidade do cuidado;
- Diminuir a ansiedade do cliente;

- Reduzir efetivamente as complicações de enfermidades e a incidência de doenças;
- Promover adesão aos planos do tratamento médico;
- Maximizar a independência no desempenho de atividades de vida diárias; e
- Estimular e fortalecer os consumidores a se tornarem ativamente envolvidos no planeamento do seu cuidado” (Bastable, 2010, p. 32).

Como temos vindo a referir, os enfermeiros são profissionais de saúde bem preparados para uma abordagem holística da promoção do cuidado (Bastable, 2010). Assim, as consultas de enfermagem pré-natais devem ser realizadas por profissionais, não só, com bons conhecimentos sobre o processo de gravidez, parto e puerpério e as alterações que surgem quer na grávida quer no companheiro nestas diferentes fases, nomeadamente o desenvolvimento fetal, alterações psicológicas normalmente experienciadas na gravidez, mas também, com bons conhecimentos sobre métodos de ensino, comunicação e escuta ativa, assim como, empatia (Teixeira, 2004). Os enfermeiros devem ser capazes de modificar e adaptar os conteúdos das sessões às necessidades específicas de cada casal. Como sublinha Teixeira (2004) a “informação necessita de ser clara, compreensível, recordável, credível, consistente ao longo do tempo, baseada na evidência e personalizada.” Acrescenta que “esta personalização significa que a informação é «à medida» das necessidades de informação do utente naquele momento, adaptada ao seu nível cultural e adaptada ao seu estilo cognitivo” (*ibidem*, p. 617).

As perspetivas dos autores evidenciam a importância da relação entre o enfermeiro e a pessoa e a sua família e a educação para a saúde. Neste seguimento, a visão de Benner (2001) permite clarificar as competências do enfermeiro na sua função de ajuda e de educação e guia (*ibidem*, p. 104) (figura 7).

Figura 7 – Competências do Enfermeiro nas Funções de Ajuda e Educação e Guia



Fonte: Adaptado de Benner (2001, p. 76-104)

Da interpretação da figura 7, é essencial que o enfermeiro estabeleça uma relação de confiança com a pessoa e a sua família; identifique a informação de que a pessoa necessita e que tenha em consideração o estado da prontidão da mesma para aprender.

Os cuidados de enfermagem, propriamente ditos, que devem ser desenvolvidos nas consultas de enfermagem pré-natal devem incluir as orientações referidas no Capítulo V.1. Em todas as consultas o enfermeiro deve monitorizar a tensão arterial e o peso corporal; determinar a proteinúria, glicosúria, cetonúria e bacteriúria através de Teste de Combur® e observar os membros inferiores para verificar a existência de edemas. A Ordem dos Enfermeiros emitiu o Parecer n.º33/2011 onde refere que a auscultação dos batimentos cardíacos fetais bem como a monitorização da altura uterina são atividades inerentes à Competência H2 (cuida da mulher inserida na família e na comunidade durante o período pré-natal) do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia não devendo ser realizados pelo Enfermeiro de Cuidados Gerais. Nesta situação em particular, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, e na ausência do enfermeiro especialista estes exames devem ser realizados pelo médico especialista em medicina geral e familiar.

Em relação à área de educação para a saúde, e como foi referido anteriormente, o enfermeiro deve estar sensível às necessidades da mulher e da sua família e da sua vontade e capacidade para aprender. Deve abordar os temas propostos pela DGS (1993) e

WHO/OMS (2002), como por exemplo: alimentação saudável e hábitos de exercício; uso de tabaco, álcool, drogas e medicamentos; sexualidade; segurança rodoviária; alterações corporais e desconfortos da gravidez; amamentação; alterações psicológicas; preparação para a parentalidade; cuidados ao recém-nascido; parto e trabalho de parto; entre outros.

O enfermeiro deve utilizar competências comunicacionais adequadas à situação. Por exemplo, se a mulher está preocupada em relação ao trabalho, o enfermeiro não deve ignorar o que a pessoa está a sentir e falar sobre outro assunto. Pelo contrário, o enfermeiro deve mostrar-se atento aos problemas da pessoa e sensível aos mesmos, tentar perceber a sua situação e dar apoio emocional e psicológico.

Teixeira (2004, p. 616) refere que a relação entre o enfermeiro e a pessoa é essencial, pois “a avaliação que os utentes fazem da qualidade dos serviços de saúde prestados pelos técnicos em grande parte é a partir da avaliação que fizeram das competências comunicacionais dos técnicos de saúde com os quais interagiram”. Considera, ainda, que ao envolver a família, o profissional de saúde economiza tempo, aumenta a satisfação da mulher e facilita a sua intenção de vir a adotar os comportamentos esperados.

O enfermeiro deve, ainda, fornecer gratuitamente o Boletim de Saúde de Grávida e preenchê-lo adequadamente em todas as consultas. Deve articular com outros profissionais de saúde para marcação de consultas e com outros serviços de saúde para o curso de preparação para o parto e parentalidade, por exemplo. Em caso de não cumprimento com as consultas, o enfermeiro deve preocupar-se em ligar para a mulher e, se necessário, realizar visita domiciliária.

Capítulo VI. Dos Procedimentos Metodológicos à Apresentação dos Dados

Notas Introdutórias

Neste capítulo apresentamos os procedimentos metodológicos adotados de forma a facilitar a compreensão das diferentes etapas do estudo empírico. Descrevemos as condutas e processos metodológicos para a realização deste estudo, nomeadamente a elaboração e a aplicação dos instrumentos de recolha de dados e o modo de organização da informação para a realização da sua análise. Caracterizamos, ainda, o contexto de investigação e os participantes no estudo.

VI.1. Questões Éticas

Fortin (1999, p. 113) refere que “qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas”. Assim, ao longo da investigação foram ponderados os condicionantes éticos de modo a salvaguardar o respeito e a proteção da pessoa. Estes condicionantes assumem-se com maior subtileza na obtenção dos dados qualitativos. Neste sentido, e para garantir os direitos da pessoa, foi proporcionada toda a informação acerca do estudo às participantes, de modo a que pudessem proceder a um consentimento livre e esclarecido. Fortin (1999, p. 121) menciona que “o consentimento esclarecido significa que o sujeito obteve a informação essencial, que conhece bem o conteúdo e que compreendeu bem a natureza do consentimento voluntário que dá”. O consentimento para este estudo foi elaborado tendo por base o modelo do consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação e o documento guia sobre consentimento informado, propostos pela ARS Norte, I.P. Após a sua elaboração e aprovação pelo Conselho de Ética para a Saúde da ARS Norte, I.P. solicitamos às entrevistadas o consentimento escrito para a participação no estudo (anexo 1). Previamente à realização da recolha de dados, informamos as participantes acerca da finalidade e dos objetivos do estudo, assegurando que a informação obtida era confidencial e o seu conteúdo jamais iria permitir o reconhecimento particular das entrevistadas. Obtivemos, ainda, o consentimento para a gravação áudio das entrevistas de acordo com a legislação em vigor

(anexo 2). De acordo com a Lei n.º59/2007 de 4 de Setembro (Código Penal), artigo 192º, alínea a) é proibido “interceptar, gravar, registar, utilizar, transmitir ou divulgar conversa, comunicação telefónica, mensagens de correio eletrónico ou faturação detalhada” sem consentimento prévio.

VI.2. Procedimentos Metodológicos

Como referido no Capítulo I desta dissertação, realizou-se um estudo de caso pois pretendeu-se compreender em profundidade a problemática do estudo. Para tal, foram entrevistadas mulheres que foram mães pela primeira vez para nos relatarem a sua experiência da gravidez e a perceção dos cuidados de enfermagem ao longo das consultas de saúde materna.

Em relação à elaboração do instrumento de colheita de dados, foi construído um guião que constituiu o suporte para a realização das entrevistas semiestruturadas (anexo 3) e que teve como base o esquema de elaboração de entrevistas de Albano Estrela (1994, p. 343-345). O guião consistiu no indicador das temáticas que se pretendiam estudar, servindo de instrumento orientador ao investigador e capaz de produzir todas as informações adequadas e necessárias. Neste instrumento constaram os objetivos do estudo e as perguntas a serem efetuadas de acordo com as questões de partida.

Desta forma, e com a finalidade de obter a máxima qualidade no instrumento de recolha de informação, utilizámos as regras gerais referentes à elaboração do roteiro apresentadas por Baker (1988, citado por Gil, 1999, p. 123).

Definimos instruções claras para o entrevistador, nomeadamente como iniciar a entrevista, quanto tempo poderá ser despendido, em que locais e circunstâncias poderá ser realizada. Fortin (1999, p. 248) menciona que o entrevistador deve primeiro fixar um encontro e ser pontual, sendo importante escolher um local calmo, privado e agradável para a entrevista. Deve, ainda, criar um clima de confiança no qual a participante se sinta à vontade para responder às questões. Desta forma, ponderamos o gabinete da coordenadora da unidade de saúde familiar como o local privilegiado para a realização da entrevista. Bogdan & Biklen (1994, p. 91) referem que “um ambiente físico bom para estudar é aquele que um mesmo grupo de pessoas utiliza repetidamente” daí o interesse particular deste contexto específico para a investigação. O domicílio da participante adquiriu particular importância na medida em que a mulher e o recém-nascido após o parto, ao se encontrarem num período mais frágil, podiam ter dificuldades nas deslocações à unidade de saúde,

podendo este facto ser um entrave real a esta investigação (não participação na investigação).

Elaborámos questões precisas de forma a possibilitar que a sua leitura pelo entrevistador e o entendimento pela participante ocorram sem maiores dificuldades. Elaborámos questões para que dispensassem qualquer informação adicional ou que pudessem ser consideradas ameaçadoras. Tivemos em consideração o referido por Foddy (1996, p. 56) que nos diz que “os principais condutores da formulação de perguntas devem ser a brevidade, a simplicidade e o privilégio de referenciais concretos”.

O guião de entrevista foi validado através da realização de um pré-teste como forma de assegurar que o guião é formulado com imparcialidade, clareza e se está elaborado de forma a obter a informação que se pretende. Realizámos o pré-teste a uma mãe pertencente à população mas não da amostra. As restantes entrevistas tiveram por base esse guião.

Para acedermos ao campo de estudo e darmos início à efetivação do mesmo com a recolha dos dados, foi efetuado um pedido de autorização ao Conselho de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P., à Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde Entre Douro e Vouga I (Feira/Arouca) e à Coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Terras de Santa Maria. Após terem sido concedidas as autorizações, que estão respetivamente nos anexos 4, 5 e 6, procedemos à recolha dos dados, utilizando o instrumento referido anteriormente.

Assim, num primeiro momento, abordámos as participantes através de um telefonema de forma a estabelecermos o primeiro contacto pessoal, com a finalidade de apresentar o estudo, os objetivos, o motivo da realização da entrevista, a escolha do local e a necessidade de obter autorização para áudio-gravação das entrevistas, bem como a garantia da confidencialidade e do anonimato na transcrição das entrevistas. Num segundo momento, procedemos à realização das entrevistas tendo decorrido com privacidade e sem intercorrências. A duração das entrevistas variou entre 15 a 60 minutos. Durante a realização das entrevistas preocupámo-nos em respeitar as técnicas de comunicação, mantendo uma postura de escuta ativa, dando espaço e tempo para a participante refletir e responder. Acrescentámos sempre que necessário questões pertinentes com a finalidade e esclarecer conceitos ou ideias.

As entrevistas foram gravadas num telemóvel com som digital, de modo a recolhermos, na íntegra, a informação fornecida pelas participantes, viabilizando a sua análise posterior. Efetuámos a gravação após consentimento informado, respeitando todos os princípios éticos e orientadores. Realizámos a audição integral das gravações e efetuámos a transcrição das entrevistas em suporte de papel, com fidelidade do discurso das participantes. Após a transcrição, as participantes foram contactadas e foi-lhes dada a

possibilidade de reverem a transcrição para que pudessem reformular algum ponto que não tenha sido totalmente esclarecido.

Na transcrição utilizámos algumas convenções como as aspas simples (‘’) para os comentários das participantes; os parênteses curvos (()) para transcrições incertas, incluindo a melhor suposição do investigador; os parênteses retos ([]) para os esclarecimentos resultantes da interpretação do investigador; as reticências (...) para registar os momentos de silêncio e pausa; o símbolo (risos) para assinalar os momentos de algum riso.

De forma a facilitar a localização dos dados, as entrevistas foram codificadas com a letra «E» (que corresponde à entrevista) e com um número «1, 2, 3,...» (que corresponde ao número da participante, por ordem cronológica em que ocorreram as entrevistas).

Após a transcrição, realizamos a leitura flutuante das entrevistas na vertical de forma a estruturar as ideias iniciais. Seguidamente, procedemos à leitura exaustiva das entrevistas na horizontal, frase a frase, de maneira a podermos separar os dados em categorias. Optamos por analisar de uma forma sistemática os conteúdos semânticos das entrevistas, de forma a obter unidades de registo que permitissem, de forma indutiva, obter inferências e de forma a fornecer informações sobre as questões e os objetivos da investigação. As unidades de análise consideradas relevantes para o nosso objeto de estudo foram destacadas do restante texto (categorização) para posteriormente serem introduzidas num texto novo (descontextualização).

Relativamente à categorização, e tendo em consideração as questões e os objetivos orientadores do estudo, estabelecemos *a priori* três dimensões e para cada dimensão algumas categorias (quadro 8). Para algumas categorias consideramos pertinente a divisão em subcategorias, no entanto não sentimos necessidade de fazê-lo em todas as categorias por considerarmos que íamos repartir demasiado o texto correndo o risco de perder informação relevante. Ao longo do processo de codificação, analisamos pormenorizadamente os discursos e fomos comparando as categorias entre si, de forma a detetar possíveis categorias emergentes, assim como, encontrar novas relações entre elas. Optamos por apresentar as unidades de registo num quadro de forma a potenciar o acesso fácil e rápido às dimensões e categorias.

Quadro 8 – Dimensões, Categorias e Subcategorias da Análise de Conteúdo

DIMENSÕES	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
VIVÊNCIA DA GRAVIDEZ	Sentimentos/Emoções Associados à Gravidez	Sentimentos/Emoções Positivos
		Sentimentos/Emoções Negativos
GRAVIDEZ E MATERNIDADE COMO MUDANÇA	Experiência da Gravidez	
	Preparação para a Maternidade	
	Desenvolvimento da Identidade Materna	Desejo de Ser Mãe
		Ligação Materno-Fetal
	Relacionamento com Pessoas Significativas na Gravidez	Relacionamento com o Cônjuge/Companheiro
		Relacionamento com a Mãe
	Apoios Durante a Gravidez	Apoio do Cônjuge/Companheiro e Mãe
		Apoio de Familiares e Amigos
		Apoio de Serviços de Saúde na Comunidade
CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA	À Descoberta da Consulta de Enfermagem de Saúde Materna	
	Atividades Desenvolvidas na Consulta de Enfermagem de Saúde Materna	
	Opinião acerca da Consulta de Enfermagem de Saúde Materna	
	Contributos da Consulta de Enfermagem de Saúde Materna	
	Relacionamento com o(a) enfermeiro(a)	

No processo de categorização tivemos em consideração os critérios de qualidade para a definição de categorias propostos por Bardin (2011, p. 147-148), nomeadamente a exclusividade na qual cada elemento só pode existir numa única categoria; a homogeneidade em que uma categoria só pode funcionar com um registo e com uma dimensão de análise; a pertinência que evidencia que a categoria deve estar adaptada ao material de análise escolhido e a objetividade e a fidelidade que entende que as diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha categorial, devem ser codificadas da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias análises.

Os resultados da análise de conteúdo são apresentados no próximo capítulo onde cada categoria é desenvolvida individualmente. Os resultados são analisados e comparados

com a perspectiva de outros autores, sendo que através da revisão da literatura foi-nos possível ir encontrando sustentabilidade para os dados emergentes.

Tivemos a preocupação em manter a cientificidade, através da credibilidade dos dados colhidos, da validade da análise dos dados e da fidelidade de todo o percurso deste estudo. Relativamente à credibilidade dos dados, e tal como referimos anteriormente, após a transcrição das entrevistas, validamos a interpretação do seu conteúdo com as participantes, para que a transcrição das entrevistas correspondesse à realidade reconhecida pelas próprias participantes. A validade das categorias efetuou-se com recurso a um elemento externo, a orientadora do estudo. Finalmente salientamos a fidelidade do estudo, ao descrevermos pormenorizadamente os passos e procedimentos a que recorremos para realizar o mesmo, ou seja, ao longo do estudo apelamos à constância da aplicação de princípios, nomeadamente, padronização das regras de análise, tratamento e interpretação dos dados. Deste modo, pensamos conseguir apresentar uma transparência e todo o processo, assegurando o seu rigor científico.

VI.3. Caracterização da USF Terras de Santa Maria

A Unidade de Saúde Familiar Terras de Santa Maria foi o contexto de investigação. Esta está inserida no concelho de Santa Maria da Feira que desde a reorganização administrativa de 2012/2013 é composto 21 freguesias (figura 8).

O concelho de Santa Maria da Feira possui uma área de 215.6km² e uma população residente de 139312 habitantes, de acordo com os dados do Censos de 2011, possuindo uma densidade populacional de 645 Hab/km². Pertence ao distrito de Aveiro, localiza-se na Região Norte de Portugal, Sub-Região de Entre o Douro e Vouga, e faz parte integrante da Área Metropolitana do Porto desde Janeiro de 2005. Encontra-se entre os limites dos municípios de Gondomar, Castelo de Paiva, Oliveira de Azeméis, S. João da Madeira, Ovar, Espinho e Vila Nova de Gaia. Situa-se a 30 km do Porto e a 270 km de Lisboa.

Entre os principais sectores de atividade do concelho destacam-se as indústrias da cortiça, do calçado e da madeira, o comércio por grosso e a retalho e o sector da construção civil (Câmara Municipal de Santa Maria da Feira, 2013).

Figura 8 – Mapa do Concelho de Santa Maria da Feira



Fonte: Unidade Técnica para a Reorganização Administrativa do Território

A Unidade de Saúde Familiar Terras de Santa Maria está inserida na ARS Norte mais propriamente no Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Entre o Douro e Vouga I - Feira/Arouca. A USF TSM tem como modelo funcional uma equipa multiprofissional prestadora de cuidados de saúde personalizados dirigidos à população inscrita da área geográfica abrangida pela Unidade de Saúde Familiar, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos cuidados prestados.

Está localizada no centro da cidade de Santa Maria da Feira (cidade sede do concelho), no piso 0 do edifício sede do ACeS Entre Douro e Vouga I (Feira/Arouca). Disponibiliza toda a sua carteira de serviços aos inscritos e residentes na união de freguesias de Santa Maria da Feira, Travanca, Sanfins e Espargo, e Mosteirô, que atualmente faz parte a união de freguesias de S. Miguel de Souto e Mosteirô.

Em termos de instalações físicas é constituída por:

- 1 *Front office* com três espaços para atendimento direto aos utentes pelos assistentes técnicos (secretários clínicos);
- 1 *Back office* para realização de procedimentos administrativos (ex. envio e registo de correspondência interna/externa; elaboração de mapas de assiduidade, férias, etc.; identificação e arquivo de documentos clínicos, entre outras);
- 1 Gabinete para arquivo de processos clínicos em papel;
- 1 Gabinete para arquivo geral (consumíveis);
- 1 Gabinete para coordenação;
- 1 Sala de reuniões com biblioteca;
- 1 Gabinete para os médicos internos da especialidade de medicina geral e familiar;
- 6 Gabinetes médicos de consulta;
- 3 Gabinetes de enfermagem de consulta;
- 1 Gabinete de enfermagem de consulta de saúde infantil;
- 1 *Cantinho da amamentação* com fraldário;
- 1 Gabinete de enfermagem para tratamento de feridas e/ou úlceras e administração de medicação (com duas cabines de atendimento);
- 1 Casa de banho para os profissionais de saúde;
- 3 Casas de banho para utentes (mulheres, homens e deficientes);
- 1 Sala de sujos e
- 1 Sala de espera, com espaço para crianças.

Em termos de profissionais de saúde é constituída por:

- 6 Médicas (5 médicas assistentes graduadas em medicina geral de familiar e 1 médica assistente em medicina geral de familiar);
- 6 Enfermeiros (4 enfermeiros generalistas e 2 enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediatria);
- 4 Assistentes Técnicos (2 assistentes técnicos, 1 assistente técnica principal e 1 assistente técnica especializada).

A USF Terras de Santa Maria, em 31 de Dezembro de 2012, tinha 11.203 utentes inscritos, que se encontram distribuídos por grupos etários conforme podemos observar no quadro 9.

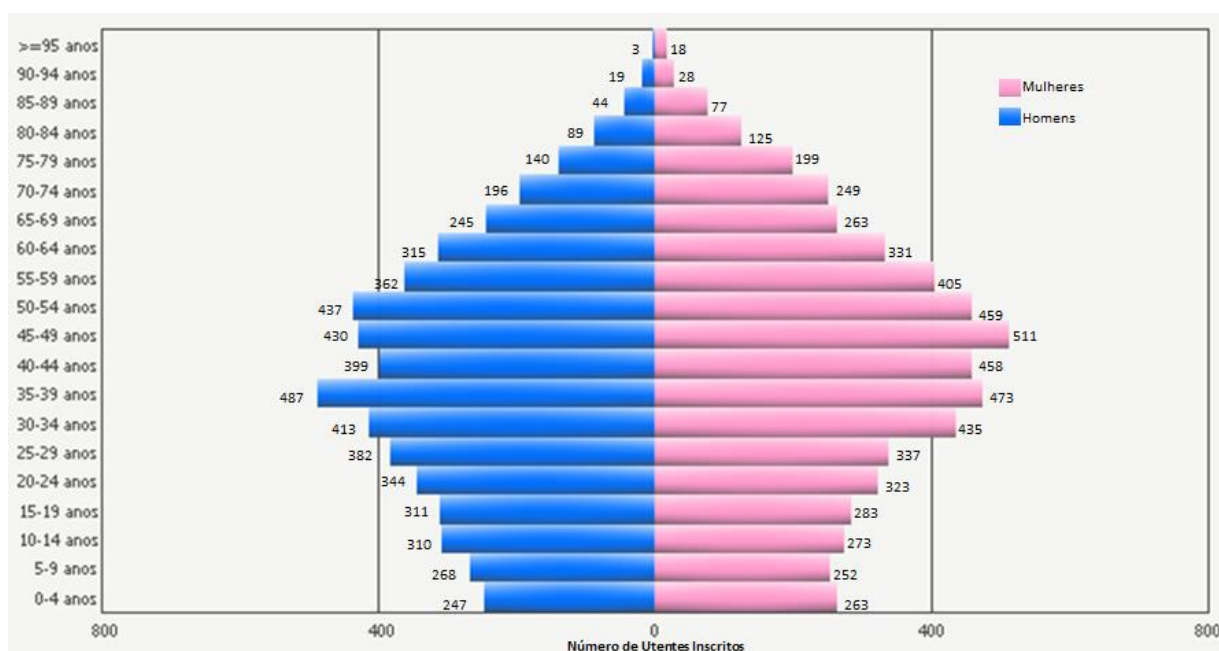
Quadro 9 – Utentes Inscritos por Grupo Etário

Grupo Etário	Número de Utentes Inscritos		
	Homem	Mulher	Total
≥ 0 anos e < 7 anos	359	358	717
≥ 7 anos e < 65 anos	4.346	4.446	8.792
≥ 65 anos e < 75 anos	441	512	953
≥ 75 anos	295	446	741
Total	5.441	5.762	11.203

Fonte: MIM@UF – Relatórios Compartilhados da USF Terras de Santa Maria

Podemos, ainda, observar a distribuição dos utentes inscritos na USF Terras de Santa Maria através da pirâmide etária (figura 9).

Figura 9 – Pirâmide Etária da USF Terras de Santa Maria



Fonte: MIM@UF – Relatórios Compartilhados da USF Terras de Santa Maria

A análise que fazemos da população da área de abrangência da USF TSM é semelhante à análise da população de Portugal. A pirâmide etária, pelo estreitamento da base, evidencia uma baixa de natalidade e, o alargamento no topo, exprime um aumento do número de idosos e consequente aumento na esperança média de vida.

VI.4. Caracterização dos Sujeitos Participantes no Estudo

A seleção da amostra para esta investigação foi intencional, isto é, foi escolhida a juízo da investigadora. Tendo em consideração as modalidades de amostragem intencional apresentadas por Patton (1990, p. 169-181 citado por Flick, 2002, p. 70-71), podemos dizer que se trata de uma amostra de conveniência, pois a seleção de casos foi realizada devido à sua facilidade de acesso.

Considerando, ainda, os critérios universais apresentados por Morse (1998, p. 73 citado por Flick, 2002, p. 71), consideramos que as participantes deste estudo preenchem todos os requisitos pelo que têm todas as possibilidades de serem incluídas nesta investigação, visto que possuem conhecimentos e experiência acerca do objeto em questão, têm capacidade de reflexão e articulação, tempo para serem interrogadas e disposição para participarem no estudo.

No âmbito desta investigação consideramos os seguintes critérios de inclusão:

- Ser mulher;
- Ter idade igual ou superior a 18 anos;
- Estar inscrita na Unidade de Saúde Familiar Terras de Santa Maria;
- Ter tido uma gravidez sem ou com baixo risco;
- Ter sido acompanhada na consulta de enfermagem de saúde materna (ter pelo menos 6 consultas de enfermagem ao longo da gravidez);
- Ter tido bebé (nado-vivo) nos meses de Outubro e Novembro de 2012;
- Ser o primeiro filho.

Dadas as características do estudo, já anteriormente definidas, foram contactadas as 10 mães que cumpriam os critérios de inclusão e todas participaram no estudo. As entrevistas foram realizadas no período de 14 de Março a 02 de Abril de 2013, após aprovação pelo conselho de ética para a saúde da ARS Norte, I.P., três das quais foram realizadas no domicílio das participantes.

Apesar da possibilidade de podermos sempre encontrar dados novos com a realização de mais uma entrevista, considerámos ter atingido a saturação dos dados a partir da décima entrevista, uma vez que os dados encontrados passaram a ser semelhantes. De acordo com Glaser & Strauss (1967, 59 citado por Flick, 2005, p. 67) “a saturação teórica de categorias é o critério para se parar de incluir na amostra os diferentes grupos pertencentes a uma categoria.” Acrescentam que “a saturação significa que não aparecem dados

adicionais, com base nos quais o sociólogo possa aprofundar as propriedades da categoria” (*ibidem*).

As entrevistas foram realizadas 4 a 5 meses após o nascimento da criança o que poderia levantar problemas de limitação da memória humana, ou seja, referimo-nos à incapacidade da mãe em recordar os acontecimentos que sucederam ao longo da gravidez. Este assunto foi abordado por Foddy (1996). Este autor, reconhece que “(...) à medida que o tempo passa, a memória e o processo de recordar mesmo relativamente a perguntas factuais conhece naturais dificuldades” (*ibidem*, p. 102). Contudo, menciona que se o acontecimento for relevante, e apresenta o exemplo de uma intervenção cirúrgica, e se o acontecimento foi único, isto é, não haver outros acontecimentos semelhantes, a capacidade de recordar é melhor. Acrescenta que “pode considerar-se que a memória relativa a eventos relevantes é satisfatória durante um ano” (Foddy, 1996, p. 105). Outros autores realizaram estudos com metodologias semelhantes seis meses após o parto, como por exemplo, Tulman & Fawcett (2003, p. 22), pelo que consideramos ultrapassada esta questão neste estudo.

Após análise dos dados obtivemos a seguinte caracterização que apresentamos no quadro 10.

Quadro 10 – Caracterização dos Sujeitos Participantes no Estudo

Codificação	Idade	Estado Civil	Nível de Instrução	Situação Profissional
E1	29	Casada	3º Ciclo do Ensino Básico (9º ano)	Operária Fabril
E2	30	Casada	Licenciatura em Administração	Administrativa
E3	31	União Facto	Licenciatura em Enfermagem	Enfermeira
E4	21	União Facto	Ensino Secundário (12º ano)	Desempregada
E5	22	Casada	Ensino Secundário (12º ano)	Empregada Balcão
E6	36	Casada	Licenciatura em Gestão Comercial	Desempregada
E7	29	Casada	Ensino Secundário (12º ano)	Desempregada
E8	27	União Facto	Ensino Secundário (12º ano)	Lojista
E9	29	Casada	Especialista em Enfermagem de Reabilitação	Enfermeira
E10	26	Casada	Mestre em Psicologia Clínica	Psicóloga Clínica

Tomando por referência a «idade», verificámos que a idade das mulheres varia entre os 21 e os 36 anos, cifrando-se a média nos 28 anos de idade. Uma leitura dos dados do

quadro 10, permite-nos, ainda, apurar que, relativamente à idade, a maior frequência de grávidas se concentra no intervalo 25-29 anos (n=5), seguida dos intervalos 20-24 anos (n=2) e 30-34 anos (n=2) e do intervalo 35-39 anos (n=1).

Em relação ao «estado civil», constatámos que 7 das 10 mulheres entrevistadas eram casadas, demonstrando que a maioria dos nascimentos continua a ocorrer no seio do casamento. No entanto, verificámos que 3 mulheres viviam em união de facto demonstrando, assim, que o casamento não é a única forma de conjugalidade. De acordo com Lalanda (2002, p. 70) “torna-se hoje evidente que a nupcialidade não é sinónimo de conjugalidade (...) havendo outras formas de entrada na vida conjugal que não apenas o casamento formal.” A autora acrescenta que a situação de união de facto é um fenómeno cada vez mais presente na sociedade portuguesa.

Conforme se pode constatar no quadro 10, verificámos que das dez mulheres que compõem a amostra, 1 tem como nível de instrução o 3º ciclo, 4 frequentaram o ensino secundário e 5 concluíram o ensino superior, tendo obtido o grau de Licenciada.

Em relação à situação da mulher perante o trabalho, observamos que a maioria (n=7) está a trabalhar, enquanto as restantes estão desempregadas (30%). De acordo com os dados no último Censos (2011), a taxa de desemprego no continente foi de 13,19%.

Capítulo VII. Apresentação, Análise e Interpretação dos Dados

Notas Introdutórias

Este capítulo dá conta da apresentação, análise e interpretação dos dados. Estes são apresentados seguindo as três dimensões, e respectivas categorias e subcategorias, definidas: i) Vivência da Gravidez; ii) Gravidez e Maternidade como Mudança; e iii) Consulta de Enfermagem de Saúde Materna. Na parte final, é apresentada uma síntese relativa às diferentes categorias sistematizando as ideias nucleares que apoiarão a construção das conclusões.

VII.1. Vivência da Gravidez

A dimensão “Vivência da Gravidez” foi estruturada com base nas seguintes categorias: “Sentimentos/Emoções Associados à Gravidez” e “Experiência da Gravidez”.

Da análise relativa à categoria **“Sentimentos/Emoções Associados à Gravidez”** foram identificadas duas subcategorias: **“Sentimentos/Emoções Positivos”** e **“Sentimentos/Emoções Negativos”**.

No que diz respeito aos **sentimentos/emoções positivos associados à gravidez** verificamos que os sentimentos: “tranquilidade”, “felicidade” e “alegria” foram os mais apontados pelas grávidas:

- “(...) felicidade, muita felicidade, claro era uma coisa que eu queria e estava super feliz (...).” (E1);
- “Vivi a gravidez de uma forma muito tranquila, não tive grande stress mesmo em relação ao parto (...).”; “Senti-me como se fosse muito especial.”; “Foi uma fase muito harmoniosa.” (E3);
- “A gravidez foi a realização de um sonho... no fundo sentia-me abençoada.” (E6);
- “Felicidade, não sei, aquilo é uma variação de sentimentos.” (E7);
- “A partir desse momento [gravidez] tudo muda porque basta que o teu filho ou filha exista que te faz feliz constantemente (...).”; “É mesmo difícil expressar porque é quase como se nunca ninguém tivesse inventado as palavras.” (E8);
- “Como é que eu hei-me explicar... uma alegria, uma bênção... acho que é isso.” (E9).

Como se depreende dos excertos, as participantes no estudo associam o estado de gravidez a um período em que vivenciaram sentimentos de grande felicidade. Algumas reconhecem que são sentimentos emocionalmente muito positivos mas nem sempre explicáveis, considerando a gravidez uma bênção e um ato divino.

Ainda relacionado com esta subcategoria, questionámos as mães acerca dos **momentos mais felizes** durante a gravidez. Estes são, maioritariamente, referentes à realização dos exames médicos (ecografias e auscultação dos batimentos cardíacos fetais) e à percepção dos movimentos fetais. Ilustram estas ideias os seguintes excertos de discursos:

- “Um dos momentos mais felizes foi quando fiz a primeira ecografia... ver e sentir o bebé acho que são as melhores coisas... também a fase de comprar as coisinhas, são coisas agradáveis.... (E2);
- “Eu acho que um dos momentos mais feliz é quando o bebé mexe, aquela sensação de sentir a mexer, de sentir a barriga a crescer e sentir que realmente tem alguma coisa lá dentro e está vivo, acho que é a parte mais positiva da gravidez.” (E3);
- “O momento mais feliz da gravidez foi quando o vi na primeira ecografia... era um pontinho mas quando se começou já a ver qualquer coisa do formato do bebé foi o momento mais feliz.” (E6);
- “Foi quando ouvi o coração.”; “Foi a primeira ecografia, ouvia-se logo o coração, via-se um bocadinho logo do formato do bebé.” (E7).

Pode-se, pois, depreender que a realização de exames e a percepção dos movimentos fetais constituem momentos propícios à criação de um laço afetivo entre a mãe e o bebé tranquilizando-as em relação ao estado de saúde do bebé.

O parto/nascimento e o primeiro contacto com o bebé, também foram considerados um dos momentos mais felizes:

- “Eu recordo o momento em que ela nasceu, sem dúvida nenhuma. Quando a puseram em cima da barriga foi muito bom... uma felicidade enorme.” (E8);
- “Ai quando ele nasceu... mas os momentos das ecografias eram muito bons. Quando ouvi o batimento do coração, quando a primeira vez ouvi foi uma *batida*.” (E9);
- “Foi quando ele nasceu. Acho que foi a emoção toda a sair e pronto até chorei e tudo ao fim.” (E10).

Quando as entrevistadas se pronunciaram sobre os **sentimentos/emoções negativos associados à gravidez** verificamos que a “preocupação”, o “medo” e a “ansiedade” foram os sentimentos/emoções a que mais se referiram:

- “Uma confusão de sentimentos. É muita coisa ao mesmo tempo e havia dias bons e dias maus.” (E5);
- “Senti-me bastante ansiosa... automaticamente e constantemente pensas nela e que estás grávida e vais ter um bebé e é a tua filha e por isso há mil e uma preocupações na cabeça.” (E8);
- “Muita ansiedade... eu queria conhecê-lo mas estava com aquele receio “será que vou chegar ao fim, será que não”....” (E10).

Destes discursos fica patente a existência de uma confusão de sentimentos nos quais o medo, a ansiedade, a dúvida e a insegurança se misturam dando lugar a sentimentos ambivalentes que podem ser situados entre o *desejo* e o *receio* da gravidez.

Esta ambivalência discursiva é expressa nos seguintes depoimentos:

- “Eu desejava muito, mas ao mesmo tempo tinha muito medo... medo de saber se era capaz.”; “... medo do futuro... vivia a felicidade de estar grávida mas andei sempre preocupada em relação a tudo, neste momento como está o país.” (E2);
- “Foi uma criança desejada, mas houve momentos de grandes inseguranças... “criar uma criança...” e começava a chorar.” (E4);
- “Alegria, medo, expectativa e medo do futuro, mesmo muito medo do futuro, medo que é um projeto de vida a dois e que depois não é... tem o G. que é a três agora... mas se ia dar certo se não, a incerteza, se era perfeito... os receios normais.” (E9).

Os sentimentos manifestados estão relacionados não só com aspetos físicos e psicológicos, mas também com a situação futura, nomeadamente no que respeita às alterações na vida conjugal e familiar.

Por sua vez, os **momentos mais difíceis** estão relacionados com as complicações obstétricas que ocorreram durante a gravidez associadas ao medo de causar danos ao bebé, incluindo o risco de aborto, como referem algumas entrevistadas:

- “Estive muito mal mesmo no início. Eu tive uma ameaça de aborto, essa foi uma fase um bocado... fiquei um bocadinho preocupada.” (E2);
- “A amniocentese foi um momento difícil porque ouvi o médico a dizer “o teu filho pode ser deficiente por causa da trissomia 21”. Fiquei sem ação.” (E4);
- “O momento mais difícil foi quando tive de ficar internada com risco de hemorragia. Pensar que podia perdê-lo foi a pior coisa.” (E5);
- “...realmente foi o pior momento porque quando eu saí eles [equipa médica hospitalar] puseram nas minhas mãos decidir se fazia a amniocentese e podia perder

o bebê porque tinha bastante risco ou então podia arriscar e podia ter um bebê com algum problema. Pronto, e foi o pior momento.” (E6);

- “Se calhar o parto... chegou uma certa altura que a bebê devido a... ficou com o cordão umbilical ao pescoço, aí acho que foi a parte pior.” (E7);
- “Às 36 semanas disseram [equipa médica do hospital] que o meu bebê tinha um percentil de 18. Não te explicam porquê, o que é um percentil no fundo, não é? Fiquei um bocado assustada e passei-me, senti-me completamente abandonada...” (E8);
- “Eu acho que os três primeiros meses foram os piores porque enquanto não passava aquela fase dos três meses que é aquela mais complicada...”; “Até saber que estava tudo bem, lá está os primeiros três meses.” (E10).

Estes depoimentos revelam que os momentos mais difíceis estão, sobretudo, associados ao *desconhecido* que a gravidez representa, por um lado, e, por outro, ao confronto com situações novas que lhes exige uma tomada de decisão para as quais não se sentem devidamente esclarecidas, como é o caso da amniocentese.

Quanto à caracterização da **experiência da gravidez**, os dados evidenciam que as alterações corporais e os desconfortos da gravidez influenciam diversas dimensões na vida da mulher, nomeadamente a nível pessoal, familiar, social e no trabalho.

Os discursos das entrevistadas evidenciam que a *história obstétrica anterior* da mulher influencia a gravidez atual, especialmente a nível psicológico e emocional:

- “Tive um aborto e então tinha sempre aquele receio... será que estou grávida? A ansiedade era tanta, tanta, tanta que eu fiz vários testes de gravidez.”; “Foi uma experiência espetacular, vivida sempre com medo, com receio de que algo possa acontecer...”; “Vivi cada momento, claro, mas sempre com medo até ao fim.”; “...foi mesmo o receio e só depois do momento em que o vi é que tudo isso se apagou...”; “Tive mesmo muito medo que algo corresse mal, que se voltasse a repetir.” (E1).

Relativamente às *alterações corporais e desconfortos associadas à gravidez*, os dados evidenciam reações positivas e negativas, como podemos analisar:

- “Estar grávida... eu senti-me assim um bocado incomodada. Sou sincera. O peso, isso tudo...”; “Eu sou sincera, quando a tive senti-me um bocado aliviada em termos de calma, de sentir assim... em termos físicos e isso tudo me incomodou um bocadinho.” (E2);
- “Eu gostei muito de estar grávida, apesar das transformações todas no corpo e das hormonas todas aos saltos como se costuma a dizer, eu gostei muito de estar grávida, foi muito giro...” (E3);

- “...então depois dos 6 meses para a frente então foi a melhor fase, até pela barriga grande eu adorei, adorei. O último trimestre foi o melhor para mim.” (E10).

Através da análise dos discursos, verifica-se que algumas entrevistadas encararam as alterações corporais como sendo naturais e transitórias, o que tornou a experiência da gravidez tranquila. Outras, porém, admitiram que as alterações corporais foram demasiado incomodativas. Estes sentimentos contribuem para desmistificar a ideia de que a gravidez é sentida como um “estado de graça” para todas as mulheres.

Algumas entrevistadas referem também que as alterações corporais e desconfortos experienciados durante a gravidez influenciaram a sua rotina social e profissional:

- “Comecei com contrações muito cedo, contrações não dolorosas mas sempre a barriga muito dura, tive de deixar de trabalhar às 31 semanas que é bastante cedo mas teve mesmo de ser.”; “...é mais difícil trabalhar grávida, com mais 10-15kg em cima trabalhar não é fácil.”; “Tive muita dificuldade na mobilidade no final da gravidez.” (E3);
- “Tive um descolamento [placenta] e então depois tive 2 meses e tal, quase 3 meses de repouso. Depois entretanto estava com muitas limitações, não podia andar de carro....”; “...deixei de conviver com as pessoas que conviviam normalmente porque estava limitada a estar em casa....”; “Limitou-nos obviamente porque éramos pessoas [casal] que gostávamos muito de sair e passar férias.” (E6);
- “A partir de uma certa altura sabia que o meu desempenho [no trabalho] não era igual porque o peso que fui adquirindo começou a limitar-me um bocado nos movimentos e tinha medo de colocar o meu filho em risco....” (E9).

Como podemos constatar o desconforto que pareceu dificultar a realização das atividades diárias da mulher a nível social e do trabalho foi o aumento de peso e do volume da barriga e consequentemente a dificuldade na mobilidade. No entanto, algumas entrevistadas não sentiram nenhuma alteração a este nível como podemos verificar através do exemplo:

- “Também não apresentei uma barriga muito grande... consegui fazer tudo, mesmo em casa, no trabalho, ou seja, nunca tive impedimento de fazer nada devido à gravidez, por isso a vida que eu levava continuei a levar.” (E2).

As entrevistadas evidenciaram, ainda, outros desconfortos associados à gravidez como: “edemas dos membros inferiores”, “azia”, “cansaço” e “alterações do sono”.

- “A meio do 2º trimestre comecei a dormir muito mal, não tinha câibras mas considerava as pernas pesadas, era falta de magnésio. Os comprimidos de magnésio resultaram então facilitou-me.” (E3);
- “...ficava assim com os pés muito inchados.” (E4);
- “Os primeiros 5 meses foram mais complicados enquanto as tensões andavam muito baixas. Andava sempre a ir para o hospital...”; “Tinha muitas dores, não conseguia estar sentada, tinha de estar de pé....”; “No início tinha enjoos e muita azia, muita azia mesmo.” (E5);
- “Houve algum desconforto conforme a barriga foi crescendo a nível de coluna e assim mas só aquilo que até foi mais foi a azia que não tinha, nos últimos tive bastante.” (E7);
- “Muito soninho, muito cansaço... coisas assim, cansaço só.” (E9).

Em síntese, os dados relativos à primeira dimensão Vivência da Gravidez deixam claro que se trata de um período marcado por sentimentos ambivalentes onde a felicidade e o desconhecimento (desejo, felicidade/medo e insegurança...) convivem, e competem, par a par até ao fim.

VII.2. Gravidez e Maternidade como Mudança

Em relação à dimensão **“Gravidez e Maternidade como Mudança”** a análise organizou-se em torno de quatro grandes categorias: **“Preparação para a Maternidade”**; **“Desenvolvimento da Identidade Materna”**, **“Relacionamento com Pessoas Significativas”** e **“Apoios Durante a Gravidez”**.

Relativamente à **preparação para a maternidade**, questionámos as mães acerca do planeamento da gravidez e a análise dos discursos das participantes permitiu constatar que, na maioria dos casos, houve planeamento tal como evidenciam os seguintes depoimentos:

- “A gravidez foi uma coisa planeada....” (E2);
- “Andávamos a tentar [engravidar] já há algum tempo, desejávamos ter três filhos....” (E4);
- “Foi bom porque, tanto para mim como para o meu marido, foi o nosso primeiro filho. Foi planeado, foi tudo controlado certinho, não houve aquele impacto de ser apanhado de surpresa.” (E7);
- “... foi uma gravidez desejada, planeada....” (E10).

Como se depreende dos discursos, a evidência do planeamento da gravidez aparece, fundamentalmente, associada ao significado de projeto de vida e como constituindo um marco importante na vida do casal.

Interrogámos também as entrevistadas acerca da *preparação financeira para a gravidez*. De um modo geral reconhecem que a gravidez implica maior gasto de dinheiro e despesas para a família:

- “...claro que tinha de ter dinheiro para isso [gravidez], pronto, sei que é uma coisa que fica cara, mas é uma coisa que eu quero e já tinha tudo planeado.” (E1);
- “Implica sempre, temos mais gastos... mas quando a gente tem um filho planeado tem de planear essa parte também, por isso, não senti grandes oscilações. Gasta-se muito dinheiro, principalmente em médicos particulares. Só o médico é um balúrdio mas não acho que seja um ponto negativo da gravidez.” (E3);
- “É assim, influencia um bocadinho, não é... porque quando engravidei estava a acabar o meu curso, graças a Deus consegui acabar, portanto era aquele dinheirito que estava a receber que não era muito.” (E4);
- “Tinha a vida estável. Não teve assim... eu trabalho, o meu marido também trabalha.” (E5).

Para algumas mães, o planeamento da gravidez equacionou a componente económica não tendo, nesses casos, gerado efeitos não previstos. Contudo, um testemunho evidencia que apesar do planeamento da gravidez, após o nascimento surgem sempre imprevistos:

- “Durante a gravidez não porque se calhar foi tudo mais ou menos planeado e já estava a contar. Só que depois de nascer há coisas que acontecem e não estamos a contar.” (E2).

Da análise relativa à categoria “**Desenvolvimento da Identidade Materna**” foram identificadas duas subcategorias: “**Desejo de Ser Mãe**” e “**Ligação Materno-Fetal**”.

Quando solicitadas para se pronunciarem sobre o **desejo de ser mãe** os discursos mostraram que este desejo encontra-se associado ao planeamento da gravidez. Ilustra esta ideia os discursos:

- “Não se se é assim para toda a gente, mas acho que a gravidez, quando o filho é planeado, é um projeto de vida.... é um marco na nossa vida....” (E3);
- “[A gravidez] foi a concretização de algo há muito esperado... porque nós estivemos 4 anos a tentar engravidar....” (E6);

- “Foi o início de uma nova etapa de vida...” (E8);
- “Um novo projeto de vida, sem dúvida, um sonho e um novo projeto de vida.” (E9).

Quando solicitadas para se pronunciarem sobre o desenvolvimento da identidade materna os discursos mostraram que a apropriação do sentido de “ser mãe” é feita de forma gradual, tal como testemunha uma entrevistada:

- “Inicialmente quando soube que estava grávida, até aos 4 meses mais ou menos, foi aquela fase de “cair a ficha”... “agora temos aqui um bebé dentro de nós...”; “Constatar que a tua vida vai mudar e que tens agora novos planos e novos objetivos de vida é uma coisa que vamos consciencializando. Depois do 5º mês ao 8º mês é ver a barriga a crescer e saber se está tudo bem com ela e fazer ecografias... Depois do 8º mês ao 9º é mesmo aquela necessidade de “quero-a cá fora”...”; “Ai, eu senti-me mãe já grávida. Eu dizia “a minha filha” já...”; “...eu acho que isto está muito bem feito, tens 9 meses para te adaptares a uma realidade nova... 9 meses é o tempo médio e realmente está mesmo perfeito. O tempo médio que nós psicologicamente vamo-nos adaptando a uma nova vida... e a um sentimento de “ser mãe”... “está aqui, é uma realidade nova, está crescer contigo”, e vai todos os dias demonstrando de alguma forma que vais precisar de mudar e de te adaptares às situações.” (E8)

Como se depreende também deste testemunho, a construção de uma identidade materna vai-se fazendo numa relação com o desenvolvimento da gravidez e com as alterações físicas e psicológicas que vão vivenciando.

A análise permitiu ainda constatar que a *consciencialização da gravidez* e dos efeitos que os comportamentos maternos podem ter na saúde do bebé são igualmente importantes e influenciam diversas dimensões na vida da mulher, principalmente a nível pessoal e social, como, aliás, já foi evidenciado na análise da dimensão “*Vivência da Gravidez*”. Ilustram estas ideias os seguintes testemunhos:

- “Pronto, inicialmente eu saía, deixei de beber álcool logo na hora, de fumar fui deixando gradualmente. Pronto, ia jantar na mesma mas não bebia, depois em vez de sair até às 5 da manhã comecei a sair até às 2, depois em vez de todos os fins-de-semana, saía fim-de-semana sim, fim-de-semana não, depois comecei a sair uma vez por mês, e depois ao 5º-6º mês deixei mesmo de sair, não voltei a sair. Esporadicamente se alguém fazia anos ia ao jantar e depois vinha para casa.”; “A nossa vida social mudou, de facto, porque nós estávamos habituados a sair à noite, a jantaradas, ir para os copos e isso acabou totalmente, totalmente mesmo.” (E8);
- “...os meus colegas iam todos para a borgia, depois engravidei, também fui a primeira das minhas colegas, nenhuma amiga tem... nem sequer pensam em ser mãe,

portanto só este facto acaba por... com certeza afasta um bocadinho, afasta, mas nada de grave. Eu vivo bem com isso e elas também. Os interesses são outros.” (E10).

Analisando de modo mais específico estes depoimentos constata-se que a mudança de comportamentos de carácter social, como as saídas à noite, e do uso de bebidas alcoólicas e de tabaco, tem sobretudo a ver com a consciência de que a adoção de comportamentos saudáveis por parte da mãe trará benefícios para si própria mas, sobretudo, para o bebé.

Quanto à **ligação materno-fetal** invocamos a primeira recordação das mães em que sentiram a ligação com o seu bebé. Verificamos, de novo, que tendencialmente a percepção dos movimentos fetais constitui um marco efetivo da ligação entre a mãe e o bebé durante a gravidez. No entanto, o parto/nascimento é um ponto crucial para o estabelecimento dessa relação. Ambas as ideias podem ser notadas nos discursos das entrevistadas:

- “No início, pronto, é só o facto de dizeres estou grávida, mas não sinto nada. Com o passar do tempo é maravilhoso, quando eles começam a mexer... é bom. A partir dos 5-6 meses foi quando eu senti o P. a mexer, aí sim, aí senti que tinha algo dentro de mim, que é maravilhoso.” (E1);
- “Quando ela mexia, não conseguia assim falar, nunca tive assim aquela tendência para falar....”; “Agora é totalmente diferente a relação. Não ia forçar uma situação que não sentia [falar com o bebé na barriga]. Quando nasceu... foi totalmente diferente. Só senti aí que era mãe... quando nasceu.” (E2);
- “Ele nasceu e parecia que eu já o conhecia. Ele é teu e nunca mais podes viver sem ele, foi a sensação que eu tive. Quando eu vim à médica, a médica disse “essa é a primeira sensação de ser mãe”. (E5);
- “Foi ótimo sentir o bebé, o desenvolvimento do bebé dentro da barriga, ou seja, a relação também que se ia estabelecendo com ele, é muito positivo.” (E6);
- “Senti mais a ligação com o bebé quando ele começou a mexer, o primeiro pontapezito. É muito giro.” (E9);
- “Foi, acho que foi... houve duas etapas importantes, foi quando ele começou a mexer que eu realmente pensei assim “está aqui alguma coisa” e depois quando ele nasceu, foi aí.” (E10).

Como já se constatou na análise da dimensão relativa à “Vivência da Gravidez”, a percepção dos movimentos fetais é considerada como um dos pontos fundamentais para o estabelecimento da ligação entre a mãe e o bebé na medida em que permite à mulher ir construindo o seu processo de identificação como mãe. O parto/nascimento é o culminar de

todo o processo de gravidez e constitui um momento de separação onde o bebé imaginário é confrontado com o bebé real.

Em relação ao *contributo específico da ecografia obstétrica* para a ligação materno-fetal verificamos duas opiniões como podemos constatar através dos discursos de duas entrevistadas:

- “[Os aspetos que mais contribuíram para a ligação com o bebé] são as ecografias, é quando nós temos noção que ele está lá e é o mexer.” (E3);
- “As ecografias são tranquilizantes, literalmente. Vais fazer uma ecografia é o acalmar de uma ansiedade. (...) Não tem a ver com o facto de comunicares com ela. Isso é intrínseco, isso é tipo está em ti, tu não consegues é não comunicar.” (E8).

O recurso a uma ecografia obstétrica representa um meio de vincular afetivamente as mães aos bebés e de lhes assegurar mais tranquilidade quanto à segurança e saúde do bebé.

Relacionando estes aspetos com a construção de uma identidade materna estão também as *estratégias de interação com o bebé*. De um modo geral, as mães evidenciaram recorrer, intencionalmente, a estratégias de comunicação com o bebé durante a gravidez:

- “Tenho um brinquedo que toca e então colocava-o sobre a minha barriga e sentia que ele ouvia. Era quando ele se mexia mais.” (E1);
- “Conversava com ele, fazia festinhas na barriga, aquelas coisas.” (E3);
- “Começava a falar para ele e ele reagia ao mexer-se, ou dava um pontapé ou dava a volta.”; “Falava para ele, tocava assim na barriga, fazia coceguitas...” (E4);
- “Falar para ele todos os dias. Foi uma sensação única. Estava sempre a falar com ele. Mexer, cantar, eu fazia tudo, eu fazia miminhos, eu fazia tudo à barriga, mas acho que ele sentia porque ele mexia-se quando eu fazia essas coisas.” (E5);
- “Normalmente no fim do dia, antes de ir para a cama, punha música, estava ali algum tempo e falava com ele.”; “Eu punha a cadela junto à barriga, mesmo o médico dizia, a minha veterinária também, para depois não haver uma rejeição face ao bebé.” (E6);
- “Acho que quando tocávamos na barriga, eu ou o meu marido, ela acalmava logo. Eu acho que era mais pelo toque, interagia mais pelo toque.” (E7);
- “Primeiro falava muito com ela, depois eu tenho uma coisa que é, ainda hoje fiquei com esse vício que é estar a mexer sempre na barriga.”; “...existem outros estímulos muito giros que as fazem mexer tipo música, vozes de alguém, brincadeiras e se eu disser que ainda hoje ela responde a este estímulo.” (E8);
- “Conversava, punha música e acariciava a barriga.” (E9);

- “...falava todo o dia para ele, estava sempre a falar, sempre a falar e cantava e falava, era por aí, cantar e falar. Eu ia fazer as coisas e conforme estava a fazer... ia interagindo.” (E10).

No que diz respeito às estratégias de interação com o bebé as mães evidenciaram a comunicação através dos sentidos do tato e da audição. Estes depoimentos parecem deixar muito claro que essa interação da mãe com o bebé, durante a gravidez, é fundamental no processo de construção da sua identidade como mãe.

Da análise relativa à categoria **“Relacionamento com Pessoas Significativas”** foram identificadas duas subcategorias: **“Relacionamento com o Cônjuge/Companheiro”** e **“Relacionamento com a Mãe”**.

Quando se pronunciaram sobre o **relacionamento com o cônjuge/companheiro** as entrevistadas não evidenciaram ter havido alterações de carácter negativo significativas. Ao contrário, e como já se evidenciou ao longo da análise, os dados parecem mostrar que a gravidez contribui para fortalecer a relação do casal. Foram identificados outros argumentos que corroboram essa tendência:

- “Uma diferença que ocorreu entre mim e o meu marido, é que, por exemplo, acho que nos uniu ainda mais.” (E1);
- “Estivemos sempre muito mais próximos. Há sempre aquela coisa de cuidar mais a grávida.”; “No final há sempre aquele distanciamento porque fisicamente nós estamos assim mais debilitadas.” (E2);
- “Temos mais carinho, mais atenção, muito mais cuidados, mas de resto não alterou grande coisa.” (E3);
- “Sempre me relatei muito bem com ele.” (E4);
- “Não mudou nada, somos próximos e mantivemos essa proximidade.”; “Até nos aproximou mais.” (E5);
- “Com o marido não houve nenhuma alteração. Acho que no fundo estávamos os dois bastante felizes por aquilo que tinha acontecido.” (E6);
- “A nível de relacionamento mudamos alguns hábitos mas a nível emocional acho que até melhorou, não destabilizou nada, muito pelo contrário, estabilizou muita coisa e até foi positivo.” (E8).

São evidentes os traços discursivos que indiciam sentimentos de união entre o casal, maior atenção e carinho por parte dos cônjuges/companheiros e uma maior estabilidade emocional entre o casal.

Quanto à **relação das entrevistadas com as suas mães** verificamos que, em algumas situações, parece ter havido uma diferenciação e redefinição dos papéis:

- “Aproximou-nos mais um bocadinho, em termos de apoio.” (E5);
- “Com a minha mãe, era um bocadinho complicado porque os avós querem tomar conta de tudo... e muitas vezes há aquela discrepância de ideias.” (E8);
- “Se calhar ela agora vê-me com outros olhos, não é? Porque agora passei a ser mãe, pronto, se calhar noto isso mas se modificou foi para melhor.” (E10).

As percepções das entrevistadas em relação às suas próprias mães parecem corroborar o que, em termos de senso comum, é veiculado: por um lado, o facto de “só se entender os sentimentos das nossas mães quando se é mãe” e, por outro, a ideia de que é o nascimento de um neto que leva ao reconhecimento dos pais, do estado de *adulthood* da filha.

No que respeita à dimensão **“Apoios Durante a Gravidez”** os discursos foram organizados tendo em conta as seguintes categorias: **“Apoio do Cônjuge/Companheiro e Mãe”**; **“Apoio de Familiares e Amigos”** e **“Apoio de Serviços de Saúde da Comunidade”**.

Em relação ao **apoio do cônjuge/companheiro e mãe** das entrevistadas, os discursos apontam para a existência de apoio constante de ambos ao longo da gravidez como podemos constatar pelas afirmações:

- “O meu marido sempre me apoiou muito. A minha mãe se calhar agora apoia-me mais, nesta fase do cuidar.” (E2);
- “[A minha mãe] ajudou-me muito, parece que ainda ficou mais feliz do que os pais. Agora ainda ajuda em tudo.”; “A minha mãe ajudou-me imenso, o pai do menino, os meus amigos, as pessoas apoiaram-me em tudo.” (E4);
- “Ajudou-me o meu marido, estava sempre lá para qualquer coisa, fez sempre o acompanhamento. Nunca ia a uma consulta sozinha. Tive sempre uma pessoa presente comigo. Eu vivi a gravidez em conjunto, não foi sozinha.” (E5);
- “Foi o apoio do meu marido, foi fundamental.” (E6);
- “Acima de tudo o meu marido. É a pessoa que... e também acho que é o principal papel porque no fundo os homens ficam tão grávidos como nós. Sem dúvida o facto de ter alguém para conversar, poderes dizer tudo, poder desabafar e que te apoia....” (E8);
- “O meu marido foi às aulas de preparação para o parto e tudo.”; “...para ele foi fundamental [o curso de preparação para o parto] porque ele nunca tinha lidado com bebés, pronto, e ele aprendeu tudo ali e foi mesmo.” (E10).

São evidentes os traços discursivos que indiciam a importância do envolvimento do companheiro no acompanhamento da gravidez e na participação nos cuidados relacionados com o exercício da parentalidade.

Quando se referem ao **apoio dos familiares e dos amigos** evidenciam a importância de outros elementos da família e de amigas que já têm a experiência da maternidade:

- “Tive muita atenção de toda a família.” (E2)
- “As pessoas realmente acarinham-nos muito, não só a família como toda a gente.”; “Tenho três amigas muito próximas com bebés de um aninho que facilitou. Foi muito mais fácil, já que tinha vivido com elas, essa situação [gravidez].”; “[No trabalho] é bom ter apoio, mas por outro lado é muito chato porque tens noção que estás a sobrecarregar os colegas.” (E3)
- “Eu contratei uma senhora para... ela já fazia a limpeza em casa e acabou por vir mais dias de forma a possibilitar a ter a minha vida mais ou menos orientada.”; “Em termos familiares, tive apoio à distância porque a minha família é lá de baixo. Vinham cá ver-me de vez em quando mas não podiam estar aqui muito tempo.” (E6)
- “A família com a experiência também foi-nos incentivando.” (E7)
- “...outras pessoas que no fundo também já foram mães e acabas um bocadinho por ligar a isso. Eu tive uma cunhada que foi mãe há 2 anos e sabe muita coisa... e depois os amigos sem dúvida nenhuma também te ajudam muito porque te acarinham.” (E8)
- “A família e os amigos... e até os próprios colegas do trabalho também. Foram impecáveis.” (E9)
- “A família, os avós todos babados com o primeiro neto.” (E10)

Os discursos revelam que o nascimento de um bebé implica uma reorganização da vida familiar, nomeadamente ao nível da constituição de uma rede social de apoio e que neste caso parece ter sido assegurada por familiares e amigos. Através dos discursos das entrevistadas verificou-se a importância do apoio de pessoas próximas com experiências semelhantes.

Os dados evidenciam também que as grávidas recorrem ao **apoio dos serviços de saúde na comunidade**, nomeadamente, ao nível da preparação para o parto e para a parentalidade:

- “As aulas de preparação para o parto, para mim foi a coisa melhor que me podia ter acontecido.”; “[O curso de preparação para o parto] foi uma das coisas que me pôs super à vontade.” (E1);

- “Fui às aulas de preparação para o parto. Respiração a ver como a enfermeira fazia.” (E5);
- “Fiz o curso de preparação para o parto e também foi muito importante.” (E6);
- “Tinha o curso de preparação para o parto e como era ali quase todas as semanas... pronto, foi ajudando, as dúvidas iam-se tirando.”; “O curso foi muito bem formado, ou seja, apliquei bastante aquilo que fomos aprendendo.” (E7);
- “Depois quando fui para as aulas de preparação para o parto, as enfermeiras começaram a colocar algumas questões e realmente não sabia e eu acabei por tirar muitas dúvidas.” (E10).

Os discursos das entrevistadas permitem identificar a relevância do curso de preparação para o parto e parentalidade como um recurso da comunidade para a aquisição de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas.

VII.3. Consulta de Enfermagem de Saúde Materna

Em relação à dimensão **“Consulta de Enfermagem de Saúde Materna”** a análise organizou-se em torno de cinco grandes categorias: **“À Descoberta da Consulta de Enfermagem de Saúde Materna”**; **“Atividades Desenvolvidas na Consulta de Enfermagem de Saúde Materna”**; **“Opinião Acerca da Consulta de Enfermagem de Saúde Materna”**; **“Contributos da Consulta de Enfermagem de Saúde Materna”** e **“Relacionamento com o Enfermeiro”**.

A categoria **“À Descoberta da Consulta de Enfermagem de Saúde Materna”** procurou mostrar o percurso da grávida até chegar à consulta de enfermagem. Verificou-se que a maioria das entrevistadas conheceu a consulta de enfermagem de saúde materna durante o período pré-natal. A título de exemplo apresentamos as afirmações:

- “A primeira consulta foi mesmo médica. Depois na seguinte é que já tive enfermeiro, mas pensei que era só com o médico.” (E2);
- “Sinceramente foi ótimo e fiquei muito surpreendida pela positiva porque não estava à espera desse tipo de acompanhamento da parte do enfermeiro.” (E6);
- “Estava grávida, primeiro falei com a médica, fizemos os exames todos e aí sim, depois da confirmação a médica disse que eu ia ser acompanhada agora pela enfermeira primeiro e depois pela médica.” (E7);

- “Eu marquei uma consulta com a doutora porque estava grávida, e houve a partir dali um acompanhamento de saúde materna, estava com 8 semanas (...) eu não me lembro muito de estar com a enfermeira, antes da gravidez.” (E8);
- “(...) só o conheci [enfermeiro] quando engravidei, porque comecei a ser acompanhada aqui, eu só tinha vindo cá com a médica de família portanto nem sequer tinha estado com o enfermeiro e depois foi ao longo da gravidez que eu o conheci (...)”; “(...) nem sequer estava à espera disso, pronto, porque eu ouvia falar muito mal do sistema de saúde e não sei o quê e o centro de saúde é isto e aquilo.” (E10).

Os discursos demonstram a necessidade de vigilância pré-natal pelo que as entrevistadas, após a notícia da gravidez, recorrem aos serviços administrativos para marcação de consulta médica. As entrevistadas demonstram desconhecimento e surpresa pelo acompanhamento de enfermagem.

Apesar da reforma dos cuidados de saúde primários e da valorização dos cuidados preventivos e da promoção da saúde verifica-se, ainda, que a componente curativa permanece associada à imagem social da disciplina de enfermagem como podemos constatar pelo discurso de uma das entrevistadas:

- “Nunca pensei que tivesse um enfermeiro a acompanhar-nos, pronto, pensava que era mesmo só a médica de família.”; “Quando a gente fala de enfermeira é injeções, curativos... Enfermeira não é só para isso. Uma enfermeira é enfermeira mas para nos aconselhar.” (E1).

Verifica-se, pois, um grande desconhecimento quer relativamente às áreas de intervenção de enfermagem no âmbito dos cuidados de saúde primários, quer quanto ao contributo da enfermagem para a saúde. O enfermeiro ainda não é reconhecido pelas entrevistadas como um profissional necessário na vigilância pré-natal, desconhecendo o trabalho deste na prevenção de doenças e na promoção da saúde.

Os dados demonstram, contudo, que com o decorrer das consultas de enfermagem de saúde materna, as entrevistadas passaram a considerar o enfermeiro importante, por este permitir a obtenção de informações sobre a gravidez e apoiá-las nos seus receios e dúvidas. Salientam a pertinência da informação fornecida pelos enfermeiros como uma importante dimensão da consulta de enfermagem de saúde materna, sendo esta dimensão encarada como uma das **atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na consulta de enfermagem de saúde materna**. Como referem quase todas as entrevistadas:

- “Para mim tudo o que falamos foi importante, porque é assim, era uma coisa nova... Tinha sempre a enfermeira que me ajudava nas mais pequeninas dúvidas que a gente tivesse.” (E1);
- “Mesmo as dúvidas que eu tinha foi tudo tirado na parte de enfermagem. Não propriamente com a médica.”; “Basicamente é o explicar ao longo das fases que vão surgindo.”; “Em termos de alimentação fui sempre aconselhada acerca do que devia comer.” (E2)
- “Trouxe informações, coisas básicas mas que é sempre necessário relembrar e ter noção.”; “(...) depois dava-nos ensinamentos, mediante o tempo de gravidez.”; “Os ensinamentos são realmente muito importantes.” (E3)
- “Fico mesmo ali sem dúvidas nenhuma porque ele ajuda-me em tudo o que eu preciso.”; “A consulta foi aquela aprendizagem, aquele valor de aprender.” (E4)
- “(...) ela [enfermeira] passava-me a informação que tinha de passar da gravidez, das coisas que iam acontecer naquele trimestre ou naquela situação.”; “As informações que ela [enfermeira] me dava eram a base da alimentação (...), nos desconfortos.”; “A informação tipo como é que podia travar este tipo de sintomas, ou como eu podia melhorar a minha posição de grávida.” (E7)
- “Busca de conhecimento, porque eu tirava muitas dúvidas, desmitificava alguns receios que tinha, conseguia saber o que era normal o que não era normal, como é que eu hei de explicar... depois aqueles medos da alimentação também que... por causa da toxoplasmose, aquelas pequenas *coisitas* que valem muito.” (E9)

Pelos discursos das entrevistadas denota-se que a informação transmitida foi adaptada ao período gestacional e de acordo com as características individuais das entrevistadas o que contribuiu para o seu autoconhecimento, identificação de alterações e/ou desconfortos prováveis de cada período, assim como, para a redução de alguns medos que envolvem a gravidez.

Em relação a este aspeto, os depoimentos são esclarecedores:

- “Nós estávamos 15-20 minutos, mais ou menos, ele [enfermeiro] explicava-me, tinha sempre aquele tempo e se fosse preciso mais um bocadinho. O facto de ele explicar tudo passo a passo e da maneira como ele explicava, eu valorizo muito isso. É muito bom como ele explica porque eu consigo mesmo compreender e se eu não compreender ele arranja outra maneira de explicar.” (E4);
- “Perguntava-me se tinha dúvidas e se gostava de saber alguma coisa, sempre. O esclarecimento de dúvidas é muito importante.” (E5);
- “As consultas ajudaram em tudo, ou seja, quaisquer dúvidas que eu tivesse vinha à consulta e perguntava. Sempre à vontade no próprio contacto para tirar qualquer dúvida, questionar qualquer situação...” (E7);

- “(...) a enfermeira explicava-me o porquê das coisas e é uma das coisas que eu tenho... eu não me basta de dizer, eu tenho de perceber, não basta dizer “tens de fazer assim” se me dissesse “tens de fazer assim” ficava tudo estragado porque eu tenho de perceber o porquê de ser assim.” Eu acho que acima de tudo as consultas têm um fundamento muito... é conselheira, vais lá para ser aconselhada, não vejo como uma consulta.” (E8);
- “(...) ele [enfermeiro] explicava tudo, tintim por tintim, por exemplo, todos os meses dizia “agora neste mês deves estar a sentir isto, este sintoma, etc.”. No mês a seguir “agora tens de te preparar para isto ou para aquilo” e eu realmente tudo o que ele dizia eu pensava “realmente isto está a passar-se comigo, não devo ser a única pessoa que deve estar a sentir isto”. Explicava assim tudo direitinho, por acaso gostei muito.” (E10).

Pelo discurso das entrevistadas percebe-se que o modo como a informação é transmitida é importante. Estas valorizam a explicação pormenorizada da informação e a clareza na transmissão de forma a permitir a total compreensão dos acontecimentos.

Parece poder inferir-se, em síntese, que a consulta de enfermagem de saúde materna é reconhecida como um espaço de acolhimento que permite o esclarecimento da informação e a livre expressão de dúvidas. Através dos discursos das entrevistadas percebe-se, igualmente, que a comunicação existente na consulta de enfermagem parece favorecer a compreensão do processo de gravidez, na medida em que o enfermeiro ajusta o diálogo ao contexto da entrevistada, adequando a informação aos seus conhecimentos.

As entrevistadas mencionam também outras atividades que foram desenvolvidas na consulta. Estas relacionam-se com a avaliação do bem-estar da grávida e do bebé através de procedimentos técnicos:

- “Pesava-me, media-me as tensões, aconselhava-me a alimentação, assim, esses pormenores, tudo.” (E1)
- “Fazia a triagem normal do peso, tensões arteriais, o teste de Combur... a triagem habitual...” (E3)
- “Era medir as tensões, pesar-me.” (E4)
- “Incluindo o peso e as tensões... dava informação de tudo o que precisava de saber.”; “A médica ouvia sempre o bebé.” (E5)
- “(...) fazíamos o básico, controlávamos o peso, as tensões (...)” (E7)
- “Considero que o mais importante eram os ensinamentos que eram realizados e o bem-estar do bebé, a avaliação do bem-estar do bebé.” (E9)

Parece poder inferir-se também que as atividades de monitorização desenvolvidas na consulta de enfermagem de saúde materna relativas à medição do peso corporal e da

tensão arterial e da análise à urina através do *Teste de Combur*, constituem aspetos muito valorizados pelas grávidas.

Ainda em relação à consulta de enfermagem de saúde materna os dados evidenciam um grau de satisfação elevado, por parte das grávidas, em relação ao serviço prestado. Os dados revelam que as grávidas superaram as suas expectativas em relação à consulta de enfermagem, nomeadamente quanto ao acompanhamento que é realizado (Categoria **“Opinião acerca da Consulta de Enfermagem de Saúde Materna”**).

Estando a consulta de enfermagem de saúde materna inserida numa unidade de saúde familiar, onde trabalham vários profissionais de saúde, foi pedida às entrevistadas a sua opinião em relação a estas unidades de saúde familiar.

As opiniões foram bastante positivas:

- “Tenho uma opinião muito positiva do conceito de unidade de saúde familiar. Acho que funciona bem, pelo menos com a minha médica e enfermeira de família. Acho que elas funcionam bem as duas, conseguem-se organizar de forma positiva.” (E3);
- “Gostei muito do serviço, não estava nada à espera se calhar também por falta de conhecimento, saber que existia este tipo de acompanhamento. Foi realmente positivo e continua a ser bastante positivo.” (E6);
- “(...) eu fui muito bem seguida pela enfermeira e pela doutora, que tomaram conta de mim, tomaram conta do meu caso, fizemos sempre as coisas muito direitinhas, fizemos as ecografias direitinhas, sempre estive tudo bem, sempre me explicaram tudo, sempre fiz os exames todos, pronto tudo muito correto. (...) a nível de centro de saúde e a nível de acompanhamento na consulta tanto pela doutora como pela enfermeira, eu se tivesse que dar uma pontuação era excelente.” (E8).

Verifica-se a satisfação das entrevistadas para com o serviço prestado na unidade de saúde familiar e, de modo particular, pelo enfermeiro no âmbito da consulta de enfermagem de saúde materna. Constata-se ainda que esta satisfação contribui para a continuidade dos cuidados, isto é, faz com que as entrevistadas continuem a usufruir dos cuidados de enfermagem, nomeadamente, das consultas de enfermagem de saúde infantil. Importa, também, ressaltar a importância que é dada à articulação entre os diversos profissionais de saúde, nomeadamente entre o médico e o enfermeiro, sendo este um fator de satisfação das entrevistadas em relação aos serviços prestados.

A *duração da consulta* de enfermagem de saúde materna (definida em 20 minutos) foi identificada como um fator importante, sendo reconhecido como essencial para o esclarecimento de dúvidas:

- “Acho que devíamos ter mais tempo e mais consultas.” (E1);
- “Nunca foi nada apressado, foi sempre consultas com muita calma, com tempo e acho que não é necessário haver mais consultas. A primeira é aquela muito chata que tem que se preencher muita coisa. Eu gostei porque achei que somos mais acompanhadas e é tudo mais explicado.” (E2).

As entrevistadas manifestam opiniões diferentes em relação à duração da consulta. Se por um lado, deveria haver mais tempo e mais consultas, por outro não. Este facto relaciona-se com a singularidade e especificidade de cada uma das entrevistadas devendo o enfermeiro ajustar o número e o tempo das consultas de acordo com as necessidades reais das mesmas.

A *dedicação*, a *flexibilidade de horários* e a *rapidez no atendimento* foram também aspetos mencionados como positivos, como se pode observar nestes discursos:

- “Senti sempre que tentaram ajustar os horários aos meus, nunca tive necessidade de faltar ao trabalho ou chegar atrasada porque vinha do trabalho. E se às vezes tivermos de esperar 10 minutos é normalíssimo. Se calhar até eu chegava atrasada 10 minutos e era atendida na mesma.” (E3);
- “O atendimento foi sempre muito rápido, ou seja, nunca tive de ficar muito tempo à espera.” (E7);
- “As consultas foram sempre... ela [enfermeira] perguntava sempre “a que hora dá jeito, disponibilidade?”. As consultas em si, o tempo de consulta, eu falo um bocadinho, então demorava sempre mais um bocadinho mas sempre me explicaram tudo e sempre perguntei mil e uma coisas e sempre me disseram tudo. A consulta em si excelente. Tudo o que eu precisei foi-me facultado.” (E8);
- “(...) sempre muito disponíveis, muito dedicados, muito acessíveis, sempre... com as portas abertas para acolher.” (E9);
- “(...) porque eu marcava a consulta, ficava marcada, eu chegava era logo atendida, quer dizer eu esperava sei lá 10 minutos ou quê se tanto. Eu passei uma boa experiência.” (E10).

Verifica-se satisfação das entrevistadas em relação ao próprio funcionamento organizativo da consulta de enfermagem de saúde materna. Valorizam a adaptação do horário da consulta ao seu próprio horário de forma a evitar faltar ao trabalho o que poderá influenciar a utilização destes serviços.

Um outro aspeto também valorizado pelas grávidas, relativo ao atendimento do enfermeiro no âmbito da consulta de enfermagem de saúde materna, teve a ver com o entendimento terapêutico que atribuem ao trabalho do enfermeiro:

- “Aquela sensação de segurança que se eu precisasse de alguma coisa sabia com quem podia ir ter... são coisas importantes. A consulta de enfermagem é muito mais pormenorizada, muito mais centrada em nós, nos pacientes, enquanto a consulta médica é diferente. Acaba por ser uma relação mais próxima. Acho que ao chegar cá tínhamos a noção que ela nos conhecia, que tinha noção do tempo de gravidez. Tínhamos noção que não era um desconhecido que vinha à consulta.” (E3);
- “Foi espetacular, fui muito bem recebida, não tenho razões de queixa. Era por ele estar ali [enfermeiro] que conseguia sentir-me segura porque não gostei de andar a saltar de médica em médica porque tinha de estar a explicar tudo de novo [estava ausente porque se reformou].” (E4);
- “O facto de ser sempre a mesma pessoa é bom. Uma pessoa já conhece, já está mais à vontade e foi sempre espetacular. A gente chega ali e ela [enfermeira] sabe os problemas que a gente tem, se tem algum problema de saúde e depois vê as tensões, acho que é importante.” (E5);
- “(...) A consulta era sempre muito mais com o enfermeiro, passava sempre muito mais tempo com ele do que com a médica de família.” (E10).

Com efeito, os dados evidenciam a importância de as grávidas serem sempre acompanhadas pelo mesmo enfermeiro nas consultas o que parece conferir-lhes maior segurança e confiança. Referem ser um fator determinante para se sentirem mais à vontade para exporem as suas dúvidas e preocupações e para se sentirem mais seguras aquando da prestação dos cuidados de enfermagem. Como salientam:

- “Tirou as minhas dúvidas, fiquei mais confiante daquilo que me ia acontecer. Ajudou-me a ter confiança naquilo que me esperava. Aconselho a qualquer mãe a vir a estas consultas. Eu andei numa médica particular e se fosse hoje em dia não andava porque pensava que não ia ter tanta formação no centro de saúde como tive.” (E1);
- “Dava confiança até porque estava com medo em relação ao parto e eu não podia levar epidural, não pude levar, e tentava acalmar-me com a ajuda da enfermeira da melhor maneira a nível emocional.” (E5);
- “(...) ir lá falar com a doutora e com a enfermeira, para mim era bom porque elas tranquilizavam-me muito, explicavam as coisas (...) para mim eram uma mais-valia nesse sentido, eram tranquilizantes, conselheiras, eram pessoas que me diziam realmente como é que as coisas são.” (E8).

Relativamente ao **contributo da consulta de enfermagem**, as entrevistadas mostram que o acompanhamento pelo enfermeiro ao trazer informações relevantes relacionadas com a saúde e a gravidez modificaram as práticas do dia-a-dia das entrevistadas:

- “Fui sempre tentando seguir o que o enfermeiro ia... as instruções. Vamos seguir o conselho que nos é dado [pela enfermeira] e isso vai influenciar os nossos atos futuros.” (E2);
- “Os ensinamentos que vamos tendo, as opiniões que nos vão dando sobre isto ou sobre aquilo acho que influencia o nosso dia-a-dia.” (E3);
- “Acho que [a consulta de enfermagem] acaba por mudar as práticas das mães.” (E6).

Depreende-se destes depoimentos a importância de o enfermeiro assumir uma postura de educador e que essa se reflete na mudança de comportamentos e a adoção de estilos de vida saudáveis. Reconhecem, assim, que os cuidados de enfermagem contribuem para a saúde e bem-estar da grávida e do bebé, como se depreende através dos discursos:

- “Acho que quando uma mãe não tem o melhor acompanhamento [na gravidez] os bebés não ficam assim tão... com tanta saúde.” (E5);
- “A consulta de enfermagem tem impacto na qualidade da gravidez, sim.” (E10).

Os discursos apontam para um entendimento da consulta de enfermagem de saúde materna para além de um espaço para a transmissão de informação e esclarecimento de dúvidas, dando-se ênfase à ideia de que constitui também um espaço propício para a livre expressão de sentimentos e de emoções, na linha terapêutica a que já nos referimos anteriormente. Com efeito, os dados relativos ao **relacionamento com o enfermeiro** revelam uma grande proximidade entre o enfermeiro e as entrevistadas, numa relação que é assemelhada a um familiar próximo ou amigo.

- “É como uma mãe para mim. Abria-me com ela como se fosse uma mãe.” (E1);
- “Até não o vejo como enfermeiro, vejo-o mais como um apoiante que vem aqui ajudar-nos.” (E4);
- “É como se fosse uma amiga.” (E5);
- “(...) acho que no posto médico nós temos um aconselhamento muito bilateral, não é, até porque é assim, eu considero a enfermeira minha amiga mesmo e eu não conhecia a enfermeira de lado nenhum e neste momento considero-a minha amiga mesmo. [Trato-a pelo nome próprio e não pelo título profissional] (...) por eu achar realmente que ela é profissional, que posso confiar nela, que ela é realmente para

mim como uma amiga, apesar de nós não termos relacionamento social nenhum cá fora, externo, nessa situação é uma amiga neste campo.” (E8);

- “Aquilo que eu esperava da enfermeira de família era uma companheira no meu percurso de gravidez. Foi o que eu tive realmente. [A enfermeira] é uma amiga, é uma “companheira de viagem”, é muito boa a relação que tenho com a enfermeira de família.” (E9).

Estes depoimentos mostram, de novo, que a orientação do enfermeiro se filia a uma postura formativa, de um educador, fazendo parte do seu papel a escuta ativa e o apoio emocional. Os dados evidenciam, ainda, que o trabalho do enfermeiro assenta numa relação pautada pelos princípios do respeito e do reconhecimento do outro e realçam a humanização dos cuidados de enfermagem. É este sentido que atravessa os seguintes discursos:

- “Não fala como enfermeiro, está à vontade a falar comigo. É como se estivesse a falar com um amigo. É uma cumplicidade. Eu estou ali, consigo falar mais à vontade com ele do que com outra pessoa. Tenho uma boa relação com o enfermeiro] porque ele dá espaço para isso, dá muito espaço e ele fala muito bem com as pessoas e respeita e uma pessoa também tem de o respeitar. Eu sinto-me muito à vontade com o enfermeiro.” (E4);
- “Dá espaço também para falar se tinha algum problema, se sentia alguma coisa, se me sentia mais em baixo.” (E5).

As entrevistadas consideram, ainda, que o enfermeiro é um profissional disponível e acessível que demonstra interesse pela sua situação em particular, como se pode observar nos discursos:

- “Eu sabia que se fosse preciso alguma coisa que ela estava sempre disponível. Era uma relação próxima. Há muito mais disponibilidade da parte do enfermeiro, sou sincera... em toda a parte da gravidez. (E2);
- “Teve sempre disponível. Sempre foi prestável naquilo que eu precisei. Se o encontrasse no café ou na rua, eu perguntava e ele respondia-me sempre.” (E4);
- “Ela [enfermeira] disse que se eu precisasse de alguma coisa para eu ligar ou vir cá. E mesmo quando ele nasceu... ela foi a casa... essas coisas... é muito importante.” (E5);
- “É realmente o apoio que nós precisamos exatamente nessa altura. Possivelmente há pessoas que podem encontrá-lo numa mãe, numa tia ou em alguém que dê esse tipo de acompanhamento mas eu, no meu caso específico, não tinha e então é muito importante.” (E6);

- “Da parte da enfermeira sempre tive disponibilidade. (...) Ela estava na hora do almoço dela, por acaso, e ela veio falar comigo na mesma, por exemplo.” (E8);
- “Ele dizia sempre “ligue-me, qualquer coisa ligue-me”. Até quando ele nasceu tinha-me dado o número de telefone para ligar para aqui logo, para o avisar, para ele tratar do teste do pezinho e não sei o quê. Ele foi a casa... ele foi impecável. Sempre que vim aqui foi muito bom.” (E10).

Verifica-se que o facto da entrevistada saber que pode entrar facilmente em contacto com o enfermeiro favorece sentimentos de tranquilidade. A visita domiciliária após o parto é um aspeto bastante positivo referido pelas entrevistadas.

Para além dos aspetos relacionais, as entrevistadas reconhecem os enfermeiros como profissionais de saúde com um corpo de conhecimentos fidedigno, considerando-os imprescindíveis no acompanhamento da gravidez.

- “Eu acho que ela [enfermeira] é uma pessoa que se informa, ou melhor, está a par da situação. (...) eu acho que é muito boa a formação que ela tem.”; (E7);
- “(...) é uma pessoa que está “ligada ao ramo”, à saúde, ou seja é uma pessoa fidedigna, tu vais acreditar naquela pessoa porque é uma pessoa que estudou para aquilo, que sabe o que está a dizer, não diz porque “há, a minha avó já dizia” (...) são pessoas que realmente a gente pode confiar em todos os sentidos, são que pessoas que sabem o que estão a dizer, que estudaram para isso. Porque é uma pessoa fidedigna, ela não me vai mentir porque ela não tem interesse nenhum nisso. (...) ela é extremosa mesmo a fazer as coisas. Ela é mesmo cuidadosa e faz as coisas como deve ser e nunca notei nela o mínimo de falta de profissionalismo, apesar da gente conseguir falar e brincar.” (E8);
- “(...) o enfermeiro não é pai e ele sabe de A a Z, quer dizer, como se já tivesse passado por isso, ele não é mulher mas sabe como se tivesse passado por isso... Ele falava assim como uma coisa, parece que era ele que estava a sentir aquilo, e às vezes brincava comigo, mesmo falou-me da pega, quando o bebé ia nascer, não sei quê da pega e ficar com o mamilo e não sei quê... ele sabe muito, como se tivesse já passado por isso. Ele estava muito bem preparado, estava, estava. Eu nem estava à espera de tão bom profissional, acredite.” (E10).

Os discursos embora apontem para uma valorização do saber técnico e científico do enfermeiro parecem também demonstrar alguma surpresa quanto ao seu exercício profissional e ao profissionalismo que revela nas consultas de enfermagem de saúde materna.

Em síntese, os dados apontam, privilegiadamente, para uma valorização das dimensões relacional, informativa e de monitorização da gravidez, dando ênfase à relação terapêutica entre os enfermeiros e as grávidas. A par destas dimensões, e como se referiu, são também reconhecidos os saberes técnicos e científicos do enfermeiro, enquanto suporte para o fornecimento de informações úteis, e é valorizada uma atitude de escuta e de proximidade para com as grávidas, contribuindo estas competências, e características, para um clima de consulta de confiança e de respeito mútuo.

VII.4. Interpretação dos Dados

A vivência da gravidez acarreta alterações significativas na vida da mulher nomeadamente nas suas rotinas diárias e atividades sociais e gera uma multiplicidade de sentimentos¹³ e emoções¹⁴ que podem variar de mulher para mulher. Segundo Fernández & Cabaco (2004) a gravidez pode estar associada a duas reações emocionais: satisfação/aceitação e surpresa. Associado à surpresa podem estar implícitas emoções positivas e negativas.

Como evidenciou a análise, os sentimentos/emoções positivos mais apontados pelas entrevistadas foram a felicidade, a alegria e a tranquilidade. Estes, na perspetiva de Fernández & Cabaco (2004), podem estar associados ao desejo da mulher ser mãe e da satisfação e aceitação da gravidez.

Por sua vez, os sentimentos/emoções negativos mais evidenciados foram a *preocupação*, o *medo*, a *ansiedade* e a *labilidade emocional*. A presença de sentimentos negativos está associada ao facto de algumas entrevistadas terem vivenciado situações complexas no decorrer da gravidez, nomeadamente: o risco de abortamento, a amniocentese e as complicações do parto, situações, estas, que colocam a saúde do bebé em risco. Estes dados parecem não corroborar a visão de Fernández & Cabaco (2004), que consideram que os sentimentos desagradáveis podem estar associados a uma gravidez não planeada, uma vez que a maior parte das entrevistadas planeou a gravidez.

¹³ O sentido de sentimentos aqui presente tem subjacente a perspetiva sustentada por Oliveira & Carvalho (1993). Segundo estes autores, sentimentos referem-se ao “estado afetivo espontâneo da consciência (subjativa). Dá uma «coloração» pessoal às perceções do espírito (consciência objetiva). Ao sobrepor-se à fria perceção de um objeto afeta não só as funções orgânicas, mas também os estratos da complexa realidade humana, condicionando todas as vivências e atuações do homem” (Oliveira, M. & Carvalho, M. [Direção], 1993, p. 734).

¹⁴ Emoções correspondem ao “estado psicorgânico, de tonalidade afetiva intensa, caracterizado por perturbação súbita e passageira” (Oliveira, M. & Carvalho, M. [Direção], 1993, p. 268).

Carvalho *et al.* (2006) apresentam outros fatores que podem ser justificativos da vivência, em simultâneo, de sentimentos/emoções positivos e negativos durante a gravidez. Os autores associam o aparecimento de sentimentos de angústia e de medo durante a gravidez a determinadas situações: nascimento de um bebé morto ou com malformações, custos na educação de uma criança, perda de liberdade e não estar preparada para ser mãe. Como se explicitou no ponto anterior estes receios estão claramente presentes nos discursos das entrevistadas. Com efeito, e ainda que na maioria das situações a gravidez tenha sido desejada e planeada, as entrevistadas revelaram insegurança e medo acerca da sua capacidade para educar uma criança e algumas demonstraram preocupação ao nível das alterações no relacionamento com o companheiro após o nascimento do bebé, podendo estes aspetos ser relacionados com a vivência de sentimentos/emoções negativos. Na nossa perspetiva, os sentimentos/emoções negativos intensificam o impacto que a gravidez tem na vida da mulher, principalmente nos casos em que foram descritas situações que colocaram em risco a saúde da mulher e do bebé.

Diversos autores referem que cada mulher vive diferentes sentimentos consoante as suas conceções, perceções e a realidade social em que está inserida, isto é, de acordo com a sua história de vida (Camarneiro, 2007; Meleis, 2000; Zampieri *et al.*, 2005). As entrevistadas com história de aborto espontâneo prévio, expressaram grande ansiedade e medo de que essa situação se voltasse a repetir em relação à atual gravidez, dados que são corroborados pelos estudos de Tsartsara & Johnson (2006) e Hill *et al.* (2008).

O processo da gravidez é representado como um momento de profundas e complexas mudanças psicológicas e emocionais, como temos vindo a analisar, mas também fisiológicas. As alterações corporais e os desconfortos físicos associados à gravidez estiveram presentes nos discursos de todas as entrevistadas. Os aspetos mais apontados foram: aumento do volume da barriga e do peso corporal, edemas dos membros inferiores, azia, cansaço e alterações do sono, transtornos típicos do 2º e 3º trimestre de gravidez (Lowdermilk *et al.*, 2002). Algumas das entrevistadas verbalizaram que essas alterações corporais e desconfortos físicos se repercutiram nas suas rotinas diárias, nomeadamente a nível profissional, reduzindo a sua energia física e a capacidade de produção ou, mesmo, impedindo-as de trabalhar. Estes dados são validados pelos estudos de Tulman e Fawcett (2003) que verificaram que com o decorrer da gravidez o nível de energia da mulher decresce do 2º para o 3º trimestre de gravidez e o número de sintomas físicos (azia, cansaço, aumento do número de micções,...) aumenta do 2º para o 3º trimestre de gravidez. As autoras concluem ainda, em convergência com os discursos das entrevistadas, que o desempenho de funções como o cuidar da casa, o cuidado pessoal e a realização de atividades ocupacionais vão diminuindo com a progressão da gravidez estando associados

às alterações e aos desconfortos corporais que as mulheres vão experienciando ao longo da gravidez.

Ainda relacionado com a experiência da gravidez, as entrevistadas associam a gravidez a algo divino e sublime que enaltece a sua condição de mulher. Mencionam que a gravidez lhes dá maior visibilidade sentindo-se acarinhadas pelas pessoas que as rodeiam (cônjuge/companheiro, mãe, família, amigos, colegas de trabalho). Contudo, se por um lado algumas das entrevistadas se sentem orgulhosas e mais bonitas com as alterações corporais, outras experimentam o medo da transformação do seu corpo, vivendo o crescimento da barriga de forma muito angustiante, tal como sustenta Burroughs (1995).

Os dados demonstram que o desejo de ser mãe e o planeamento da gravidez aparecem associados à ideia de construção de um projeto importante na vida do casal. A este propósito Mercer (2004) afirma que o desejo de ser mãe é a primeira etapa da preparação para a maternidade, sendo esta etapa complementada com o planeamento da gravidez, a concretização da gravidez e a aceitação de prosseguir com a mesma. Esta autora acrescenta que a preparação para a maternidade envolve, ainda, a procura de informação e de cuidados de saúde pela mulher. Meleis (2000), por sua vez, aponta que o significado que a mulher atribui à gravidez (projeto de vida) e a preparação antecipada da gravidez (planeamento da gravidez) são condicionantes facilitadores no processo de transição para a maternidade durante a gravidez.

Um outro aspeto valorizado pelas entrevistadas refere-se ao fator económico e aos custos específicos que a gravidez e a maternidade acarretam, daí considerarem importante o seu planeamento. Este dado é sustentado por Meleis (2000) ao indicar que o baixo *status* socioeconómico pode ser um fator inibidor à transição para a maternidade. Também Miller e Myers-Walls (1984, citados por Oliveira *et al.*, 2005) referem que o acréscimo de exigências financeiras com a gravidez e após o nascimento de um filho pode ser um fator indutor de stress neste processo de transição, pelo que é importante tê-lo em consideração no planeamento da gravidez.

Os apoios recebidos pela grávida durante a gravidez podem condicionar o sucesso da transição para a maternidade. A este respeito, vários autores advogam a importância do apoio do cônjuge/companheiro na transição para a maternidade, constituindo um meio facilitador na construção precoce da parentalidade capaz de prevenir dificuldades associadas a este processo (Colman & Colman, 1994; Meleis, 2000; Canavarro, 2001). No caso do presente estudo as entrevistadas referem-se ao apoio do cônjuge/companheiro como dizendo respeito a uma maior dedicação e atenção, ao acompanhamento nas consultas pré-natais e no curso de preparação para o parto e para a parentalidade e na interação face aos movimentos fetais, nomeadamente através do toque e da voz. Canavarro (2001) evidencia que este suporte pelo cônjuge/companheiro tem sido associado à

adaptação da mulher e à qualidade dos cuidados que esta presta à criança durante este período. Também Oliveira *et al.* (2005) consideram que as mulheres que dispõem de uma relação marital estável e proporcionadora de afeto e apoio apresentam menor risco de problemas na gestação e melhores indicadores de adaptação à maternidade. Destes dados fica implícito, de novo, a ideia de que a gravidez é um projeto do casal que é vivido de forma partilhada nas diferentes etapas da gravidez.

Igualmente, o apoio da mãe é considerado fundamental ao longo da gravidez e após o parto. As entrevistadas referem-se essencialmente a procedimentos mais práticos como o cuidar do bebé. Meleis (2000) aponta o apoio da família mais alargada e, também, dos amigos como um importante recurso da comunidade.

Especificamente quanto ao relacionamento com a mãe, os discursos das entrevistadas apontam para a reformulação de papéis. Se por um lado, as entrevistadas reconhecem a experiência das mães, identificam-na como o principal modelo de comportamentos e afetos maternos e valorizam a sua ajuda, por outro lado, sentem a necessidade de se autovalorizarem e adotarem outros comportamentos que considerem adequados, o que vai de encontro ao referido por Canavarro (2001).

Embora não tenhamos considerado o relacionamento com os amigos uma subcategoria, através dos discursos de algumas das entrevistadas verificamos que existiram algumas situações em que ocorreram alterações na relação com os amigos, marcada por um afastamento gradual do casal que começa a ter uma vida social menos ativa.

Relativamente ao apoio dos serviços de saúde da comunidade, a maior parte das entrevistadas enfatizou o curso de preparação para o parto e parentalidade como sendo fundamental na aquisição de conhecimentos e técnicas, e reconhecem a aplicabilidade desta aprendizagem no seu dia-a-dia. Estando a USF Terras de Santa Maria inserida na ARS Norte, I.P. verifica-se, pois, o cumprimento da Circular Normativa n.º2/2006 ARS Norte de 24/02/2006 que recomenda a preparação para o parto (método psicoprofilático) a todas as grávidas. Darvill *et al.* (2010) salientam, no seu estudo, que o enfermeiro deve facilitar o contacto entre as mulheres grávidas pois assim serão criadas condições adequadas para um estabelecimento de uma rede de apoio. Em síntese, os grupos de referência (Meleis, 2000) são, pois, considerados essenciais, para as participantes neste estudo, no processo de transição para a maternidade. Neste processo as mulheres vão-se munindo de conhecimentos que facilitam quer a vivência da gravidez, quer a transição para o papel de mãe. Este conhecimento prévio em relação à gravidez e à maternidade está presente nos discursos das entrevistadas quando algumas evidenciaram a importância do contacto com pessoas próximas que já passaram por esta experiência, nomeadamente amigas e familiares. Em nossa perspectiva, os conhecimentos acerca desta realidade podem, ainda,

estar associados à própria profissão, à formação académica ou a conhecimentos adquiridos através de outras fontes, nomeadamente da internet.

Quanto ao papel que os cursos de preparação para o parto têm na vivência da gravidez e na preparação para o parto, Morgado *et al.* (2010) realizaram um estudo com 69 grávidas primíparas com um mínimo de 26 semanas de gestação com a finalidade de analisar a antecipação da experiência pós-parto. As autoras concluíram que as grávidas que frequentaram, no mínimo, 4 sessões do curso, quando comparadas com grávidas que não realizaram preparação para o parto, apresentavam um melhor planeamento e preparação para o parto, esperavam sentir menos dor durante o mesmo, possuíam mais conhecimentos sobre a anestesia epidural, treinavam mais métodos de respiração e relaxamento, esperavam demorar menos tempo a tocar no bebé e preparavam o enxoval antes. Também Barlow *et al.* (2002) sustentam que os cursos de preparação para o parto e para a parentalidade podem contribuir significativamente para a saúde mental dos pais, assim como, para a redução de problemas de comportamento da criança.

A preparação para a maternidade é um processo gradual e evolutivo ao longo do tempo, sendo que a construção da identidade materna vai-se fazendo numa relação com o desenvolvimento da gravidez e com as alterações físicas e psicológicas que a mulher vai vivenciando. A partir do momento em que surge a gravidez a mulher gradualmente toma consciência da sua nova situação e das mudanças inerentes à mesma. A consciencialização é uma das propriedades da transição para a maternidade e relaciona-se proporcionalmente com o envolvimento e o investimento da mulher na transição (Meleis, 2000). Os dados permitiram inferir que, para a maioria das entrevistadas, após a identificação da gravidez houve um esforço na procura dos serviços de saúde e na mudança de comportamentos, nomeadamente na cessação do consumo de álcool e de tabaco. Em nossa perspetiva, a tomada de consciência da gravidez permite que as mulheres ativem mecanismos capazes de fazer face às necessidades com que se confrontam nesse período. Os discursos evidenciam que as mulheres ao terem consciência da gravidez reconhecem que os seus atos podem ser prejudiciais para a sua saúde e do bebé, modificando, desta forma, os seus estilos de vida.

Também fica patente nos discursos das entrevistadas a progressividade das diferentes tarefas de desenvolvimento da gravidez apresentadas por Canavarro (2001). As entrevistadas referem que numa fase inicial apenas diziam estar grávidas (*aceitação da gravidez*) e a grande maioria das entrevistadas menciona que é com a perceção dos movimentos fetais que ganham consciência da existência de um ser que se diferencia do seu próprio corpo (*aceitação da realidade do feto*). Nesta fase algumas entrevistadas referem já dizer “o(a) meu(minha) filho(a)” e outras referem que experienciam, pela primeira vez, a sensação de «ser mãe». Colman & Colman (1994) enumeram vários acontecimentos

específicos que transformam a capacidade da mulher para acreditar no feto, nomeadamente: ouvir o bater do coração; ver o feto no ecrã da ecografia; receber resultados positivos de testes e o pontapear e a experiência do feto a mexer-se no útero. As entrevistadas valorizam muito o momento em que sentem os movimentos fetais reconhecendo que estes contribuem para a aceitação do feto como uma entidade distinta delas, e para desenvolverem a sua identidade maternal (Colman & Colman, 1994; Canavarro, 2001).

Ainda relacionado com as tarefas de desenvolvimento apresentadas por Canavarro (2001) estão os processos de reavaliação e reestruturação das relações com o cônjuge/companheiro e com os pais. No que diz respeito ao relacionamento com o cônjuge/companheiro, os resultados evidenciam que, para a maior parte das entrevistadas, a gravidez contribuiu para uma mudança positiva no relacionamento do casal que se traduziu numa maior união do casal. Estes dados vão de encontro ao referido por Sagiv-Reiss *et al.* (2012). Eventualmente, se a questão tivesse sido colocado ao nível da sexualidade, propriamente dita, as respostas das entrevistadas poderiam ter tido outro tipo de problematização, tendo em conta o que os mesmos autores sustentam que a progressão da gravidez afeta, independentemente, a qualidade relacional e a qualidade sexual do casal.

Em relação à tarefa da *aceitação do bebé*, o momento do nascimento é considerado central. Algumas entrevistadas justificam este facto pelas dificuldades sentidas na gestão das alterações corporais e dos desconfortos no final da gravidez, outras pela enorme vontade de conhecer o filho. Carvalho *et al.* (2006) explicam que o desafio que se coloca à mulher nesta fase refere-se ao desligar da gravidez para aceitar o bebé enquanto pessoa separada, com necessidades próprias e específicas. Para Canavarro (2001) o grande desafio consiste em aceitar que a criança é dependente e ao mesmo tempo precisa de autonomia. As entrevistadas assinalam o nascimento como um dos momentos mais felizes, sendo que para algumas a sensação de «ser mãe» ocorreu somente neste momento. A percepção da mãe relativamente à experiência do parto na perspetiva de Canavarro (2001) e Mercer (2004) interfere no modo como a adaptação à maternidade decorre, evidenciando que experiências positivas contribuem positivamente para esse processo de transição.

Lothian (2008) considera que a preparação para o parto inicia-se com a realização das tarefas de gravidez. Esta autora valoriza o acompanhamento das grávidas, o qual deve ajudar as mulheres a gerir medos normais, desenvolver fortes ligações com o bebé, e desenvolver a confiança em si mesmas e no processo de nascimento. É preciso toda a gravidez para que estas coisas aconteçam. Estes factos levam-nos para a próxima análise.

Focando, agora, a atenção nos dados relativos aos cuidados de saúde, e, especificamente, na consulta de enfermagem de saúde materna ou pré-natal, e no contributo do enfermeiro no processo de gravidez e transição para a maternidade,

sistematizamos as principais ideias. Os discursos das entrevistadas demonstram que o primeiro contacto com os cuidados de saúde primários é de carácter administrativo para marcação de uma consulta médica de saúde materna. Este primeiro passo, numa fase inicial da gravidez, permite inferir que a procura do acompanhamento pré-natal pelo médico de família tem subjacente a crença, por parte das entrevistadas, de que o cuidado pré-natal pode fazer a diferença na gestação de um bebé saudável (Handler *et al.*, 1996). A este propósito Barros & Tavares (1998) concluíram que a mortalidade perinatal e infantil era mais elevada nas mulheres que não tiveram nenhum cuidado na gravidez.

No que diz respeito à consulta de enfermagem de saúde materna as entrevistadas demonstraram desconhecimento destes serviços e surpresa no primeiro contacto com o enfermeiro, dados que são corroborados pelo estudo de Perry *et al.* (2005). Os resultados deste estudo demonstraram que, para os utentes, o papel do enfermeiro não era claro, tendo, depois, o seu desempenho sido avaliado muito positivamente quer em termos de competências técnicas, quer relacionais, comunicacionais e culturais.

No caso do presente estudo constatamos que a representação social dos enfermeiros se encontra ainda associada à prestação de cuidados curativos, apesar das reformas que têm vindo a ser realizadas nos cuidados de saúde primários. Esta imagem pode estar relacionada com a evolução história de enfermagem e com o trabalho de proximidade com o médico, onde o enfermeiro o auxilia nos procedimentos mais técnicos.

Em relação às atividades desenvolvidas na consulta de enfermagem de saúde materna as entrevistadas referem dois tipos distintos de intervenções de enfermagem: *avaliação de parâmetros físicos (monitorização)* e *educação para a saúde*.

As intervenções de monitorização (avaliação do peso corporal e tensão arterial e realização do exame de urina através do Teste de Combur®,...) vão de encontro ao recomendado pela Direção-Geral de Saúde (1993) e são percebidas pelas entrevistadas como fundamentais para avaliação do bem-estar da grávida e do bebé, assim como para a deteção precoce de algum problema. Nenhuma entrevistada demonstrou preocupação ou insatisfação com algum procedimento realizado. Estas apontaram também satisfação com os procedimentos médicos, nomeadamente, auscultação dos batimentos cardíacos fetais, sentindo maior segurança. Handler *et al.* (1996) verifica que um dos fatores que motiva as mulheres a frequentar as consultas pré-natais é a auscultação dos batimentos cardíacos fetais como forma de confirmar a saúde do bebé.

Identificamos também neste estudo que um dos procedimentos médicos mencionados como importante foi a ultrassonografia. Ainda que esse exame tenha como objetivo a avaliação da saúde física do bebé, as entrevistadas enfatizaram as suas implicações emocionais. Assim, para a maioria das grávidas a ultrassonografia traduz-se num procedimento importante para a diminuição da preocupação com a saúde do bebé, na

assimilação da gestação e no estabelecimento do vínculo com o bebé. Algumas entrevistadas referiram ter feito mais exames do que os necessários para se tranquilizarem. Esses elementos são também corroborados pela literatura (Colman & Colman, 1994).

Quanto ao papel do enfermeiro consideram-nos importantes fontes de informação a respeito da sua saúde e gravidez, o que vai ao encontro ao que é sustentado por Bastable (2010) quando sublinha que o papel do enfermeiro como educador é um dos principais componentes do cuidado padrão disponibilizado pelos mesmos.

No tocante aos aspetos relacionados com a educação para a saúde as entrevistadas consideram ser esta uma dimensão importante das consultas de enfermagem. Reconhecem que o enfermeiro, ao trazer informações relevantes relacionadas com a saúde e a gravidez, influencia as práticas do dia-a-dia, nomeadamente na promoção de hábitos alimentares saudáveis e nas alterações e desconfortos da gravidez. Darvill *et al.* (2010) enunciam, no seu estudo, que a intervenção dos enfermeiros geralmente se centra nas alterações físicas e em recomendações e tendem a não discutir os medos. Este facto não foi corroborado por esta investigação. Com efeito, as entrevistadas indiciam que o cuidado do enfermeiro se baseou no diálogo e no apoio emocional (Colman & Colman, 1994; Canavarro, 2001) permitindo que expusessem sentimentos e emoções, designadamente medo do parto contribuindo, assim, não só para o apoio psicológico e emocional como também para a preparação para a maternidade. As entrevistadas referem ainda que a intervenção do enfermeiro contribuiu para uma maior confiança e segurança ao longo da gravidez. Estes dados são apoiados por Melender (2002) quando evidencia a importância do profissional de saúde questionar a mulher acerca dos seus sentimentos relacionados com a gravidez atual, parto e maternidade e possibilitar às mulheres que expressam medos uma oportunidade para discuti-los. Acrescenta que é necessária atenção especial às mulheres que tiveram experiências negativas em gravidezes anteriores.

Mercer & Walker (2006) explicam a importância das intervenções de enfermagem considerando que estas devem orientar-se para: a capacitação da mulher para cuidar da criança; a construção da consciência e da capacidade de resposta para a interação com o filho; e a promoção da vinculação materno-infantil. Nelson (2003), por sua vez, realizou uma meta-síntese e verificou que as grávidas, apesar dos esforços preparatórios, não estavam preparadas para a transição para a maternidade. Sustenta que, de forma a facilitar a transição para a maternidade, os enfermeiros devem permanecer sensíveis à insegurança das primíparas; discutir com as grávidas expectativas realistas em relação ao período de transição; incentivar a participação das mães nas atividades, especialmente durante os períodos de separação mãe-bebé (internamentos); fornecer apoio contínuo ao longo dos primeiros seis meses após o parto; e utilização de programas de apoio pós-parto para ajudar as mães nas áreas de maior dificuldade.

Os relatos das entrevistas salientam a importância de outras intervenções de enfermagem que se relacionam sobretudo com as competências comunicacionais e relacionais. Dos discursos fica evidente o impacto da primeira impressão no atendimento pelo enfermeiro, valorizando o sorriso, a simpatia, o cumprimento inicial como comportamentos que favorecem a comunicação (Swanson,1993). Estes dados são também validados pelo estudo de *Perry et al.* (2005), ao concluírem que a proximidade, a capacidade de escutar, de orientar, de explicar e de fornecer informações mais detalhadas e enquadradas no ambiente social dos utentes, foram percebidas como intervenções que satisfizeram as suas necessidades de uma forma mais adequada.

As entrevistadas demonstram, igualmente, a importância do modo de transmissão da informação, devendo esta ser pertinente para a situação específica, ir de encontro às suas necessidades, ser detalhada e compreensível, devendo o enfermeiro utilizar uma linguagem simples e clara. Estes elementos ancoram-se na perspetiva de Swanson (1993) para quem o enfermeiro deve compreender os acontecimentos, e o significado que têm para a pessoa, de forma a poder identificar a informação que a pessoa necessita e adequar o estilo de aprendizagem à mesma.

Em relação ao atendimento pelo enfermeiro, as entrevistadas demonstram apreço em relação à dedicação, flexibilidade de horários e rapidez no atendimento. Referem que o enfermeiro se preocupa com a sua situação específica, não tem pressa no atendimento e esforça-se na transmissão pormenorizada da informação, estando presente física e emocionalmente (Swanson, 1993). Os dados mostram ainda que o enfermeiro se esforça por ajustar o horário da consulta aos horários das grávidas (exemplo: trabalho, transporte, etc.) e manifestam agrado quando o horário da consulta é cumprido. Em relação a este aspeto, Cunningham *et al.* (2012) referem que um dos motivos apontados pelas mulheres que receberam o cuidado pré-natal inadequado foi a impossibilidade de marcar consulta. Handler *et al.* (1996) sustentam também os resultados da investigação que realizámos referindo a importância do cumprimento da hora da consulta de forma a evitar tempo de espera, ou a compreensão quando as grávidas chegam 5 minutos mais tarde. Também Meleis (2000) refere que um condicionante da comunidade que funciona como um fator inibidor da transição são os recursos insuficientes de apoio à gravidez, como por exemplo, os horários inadequados dos serviços de saúde.

As entrevistadas identificam o enfermeiro como um profissional de saúde acessível e disponível o que promove sentimentos de maior segurança. Na perspetiva de Perry *et al.* (2005) a disponibilidade demonstrada pelos enfermeiros é percebida pelos utentes como melhoria no acesso aos cuidados, tanto no aumento de contactos/consultas, disponíveis em diferentes momentos do dia como na redução do tempo de espera por cuidados de saúde.

O acompanhamento da gravidez sempre pelo mesmo enfermeiro é um outro aspeto muito valorizado e que transmite confiança e segurança às entrevistadas. Handler *et al.* (1996) confirmam esta ideia ao sustentarem que as mulheres preferem alterar as consultas quando o seu profissional está ausente em vez de serem consultadas por outro. De acordo com este mesmo autor algumas grávidas referem ter preferência pelo atendimento em que o profissional de saúde é do género feminino, por sentirem maior empatia relativamente à experiência da gravidez. Este facto não se verificou no estudo que realizámos. As grávidas que foram acompanhadas por um enfermeiro do género masculino referiram sentirem-se à vontade para exporem os seus problemas, questões emocionais e outras.

Relativamente à competência científica e técnica do enfermeiro, os dados evidenciam um grande reconhecimento do enfermeiro como um profissional de saúde com um domínio específico de conhecimento, credível e fidedigno.

O estudo não permitiu, todavia, a avaliação da qualidade do cuidado recebido pelas entrevistadas deste estudo. Apesar disso, e ainda que todas as grávidas participantes no estudo tenham tido pelo menos 6 consultas de enfermagem/médicas que é a recomendação mínima para se considerar adequado, de acordo com o prescrito no documento da Direção-Geral da Saúde (1993), algumas entrevistadas expressaram que foram insuficientes assim como o tempo dedicado às mesmas. Estes factos evidenciam as diferenças das necessidades das grávidas. Vários autores (Rezende, 2002; Cunningham *et al.*, 2012) defendem que apesar de existirem orientações em relação ao número e *timing* de consultas, estas devem ser programadas de forma individualizada juntamente com a grávida e a sua família e em diversos contextos.

Sistematizando as ideias sobre o contributo da intervenção do enfermeiro de Cuidados de Saúde Primários (consulta individual, curso de preparação para o parto/parentalidade e visita domiciliária) na promoção da transição para a maternidade, recorremos ao estudo desenvolvido por Graça *et al.* (2011). As autoras concluíram que na transição para a maternidade não se verificaram efeitos significativos decorrentes do modo de intervenção de enfermagem mas também não se verificaram efeitos adversos. Tomando em consideração os dados do estudo desenvolvido por Graça *et al.* (2011) importa, pois, sublinhar a importância dos resultados. Estes, à semelhança dos obtidos por esta investigação, tendem para uma forte valorização do papel do enfermeiro no apoio da gravidez, no desenvolvimento de sentimentos positivos e de segurança face à gravidez e na construção da identidade materna.

Consideramos, assim, importante o desenvolvimento de mais investigação nesta área de forma a se poderem estruturar intervenções mais adequadas às singularidades de cada “grávida” e que promovam uma transição para a maternidade saudável.

Considerações Finais

Pretende-se, neste último ponto dar conta das principais ideias síntese resultantes do estudo que realizámos. Assim, tendo presente os objetivos e as questões que nortearam este estudo e a análise dos dados que apresentámos no capítulo VII construímos algumas considerações.

No que respeita à questão de investigação que se relaciona com a **descrição da vivência da gravidez e do desenvolvimento do sentido de “ser mãe”**, os dados permitiram concluir que, no período de gravidez, a mulher sofre uma complexidade e multiplicidade de transformações: fisiológicas, psicológicas, emocionais, sociais e familiares, dados que são corroborados pelos estudos desenvolvidos por Zampieri *et al.*, (2005); Lowdermilk *et al.* (2002); Canavarro (2001), entre outros. Os dados evidenciam também que a mulher grávida apresenta maior sensibilidade emocional desencadeada pelo *desconhecido* que o estado da gravidez representa e pelo aumento da responsabilidade relacionada com o futuro papel de mãe. Relativamente ao desenvolvimento da identidade materna, a investigação permitiu inferir que se trata de um processo gradual que se vai construindo numa relação com o desenvolvimento da gravidez e com as alterações que as mulheres vão vivenciando (Canavarro, 2001).

No que toca aos **efeitos decorrentes do acompanhamento do enfermeiro**, segunda questão que investigámos, na sua maioria, as mulheres reconhecem que os enfermeiros possuem bons conhecimentos técnico-científicos que lhes permitem fornecer todas as informações relativas à gravidez. Consideram também que estes profissionais assumem uma postura muito pedagógica, dimensão, esta, que, conforme é sustentado por Teixeira (2004) exige formação profissional e um bom nível de desenvolvimento de competências comunicacionais. Situam-se nesta linha os dados que mostram que a grávida não necessita unicamente de informação, mas também, de um relacionamento humanizado que a ajude na vivência do processo de gravidez e no desenvolvimento de competências para o exercício autónomo do futuro papel de mãe. Esta relação de proximidade entre o enfermeiro e a grávida, como demonstram os resultados da investigação, permite conhecer e compreender a grávida e valorizar os significados atribuídos às suas experiências e vivências. Os dados corroboram, assim, a postura do enfermeiro, como *educador*, defendida por Bastable (2010), e como *cuidador*, defendida por Watson (2002). A este propósito, uma outra ideia síntese a salientar tem a ver com o atendimento individualizado que é proporcionado à grávida e que lhe confere sentimentos de segurança, influenciando-a no desenvolvimento de uma atitude responsável quanto à proteção da sua saúde e a do seu

filho, o que se reflete na mudança de comportamentos e na adoção de estilos de vida saudáveis. Em síntese, no que toca ao acompanhamento dos enfermeiros conclui-se que estes são reconhecidos como profissionais cujas intervenções contribuem para a saúde e bem-estar da grávida e do bebé.

Quanto aos **significados que as mulheres atribuem às consultas de enfermagem de saúde materna**, terceira questão de investigação, fica evidente da análise, que a educação para a saúde é uma área percecionada como muito importante para a formação das grávidas. Esta ideia vai de encontro às políticas de saúde nacionais e mundiais, como as expressas pela WHO (2002) no documento *“Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care: Promoting Effective Perinatal Care”*, e no Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2012), ao preconizarem que ganhos em saúde vão depender, também, de boas práticas a nível educacional. Os dados demonstram a importância da consulta de enfermagem como um processo educativo, como já se referiu, em que a interação do enfermeiro com a grávida pode mudar a sua realidade através da educação para a saúde. Conclui-se ainda que as mulheres valorizam a boa relação estabelecida com este profissional e a comunicação de igual para igual, pelo que se pode considerar que a consulta é um espaço importante na vivência da gravidez contribuindo para a participação da mulher no seu processo de saúde-doença e para a conquista da sua cidadania (Teixeira, 2004).

Em síntese, e tendo em conta os dados a que chegamos neste estudo, consideramos que ele constitui um contributo importante para ampliar o debate sobre a vivência da gravidez e os seus efeitos na vida da mulher ao nível fisiológico, psicológico, social e familiar. Ao mesmo tempo, contribui para esclarecer a importância da consulta de enfermagem de saúde materna e do acompanhamento individualizado do enfermeiro à grávida e a sua importância na transição para o papel de mãe.

Os dados deixam em aberto pistas para investigações futuras nomeadamente no que respeita ao planeamento de políticas no âmbito da enfermagem de saúde materna e da enfermagem familiar que contribuam para um melhor acompanhamento de todas as grávidas. A salientar, particularmente, estudos focados na educação para a saúde, designadamente estudos de caso sobre práticas de prevenção de gravidez precoce que permitam conhecer e caracterizar as situações em que ocorrem e apoiar processos de intervenção multidisciplinares.

Referências Bibliográficas

Livros e Artigos

- AIRES, L. (2011). *Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional*. Lisboa: Universidade Aberta.
- ALDER, J.; FINK, N.; BITZER, J.; HÖSLI, I. & HOLZGREVE, W. (2007). Depression and Anxiety During Pregnancy: a Risk Factor for Obstetric, Fetal and Neonatal Outcome? A Critical Review of the Literature. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 20(3), 189-209.
- BARDIN, L. (2011). *A Análise de Conteúdo* (5ª Ed). Lisboa: Edições 70.
- BARLOW, J.; COREN, E.; BROWN, S. (2002). Meta-analysis of the Effectiveness of Parenting Programmes in Improving Maternal Psychosocial Health. *British Journal of General Practice*, 52(476), 223-233.
- BARROS, H. & TAVARES, M. (1998). Prenatal Care Use, Perinatal and Infant Mortality in Portugal: An Area-Level Analysis. *Arch Public Health*, 56, 263-273.
- BASTABLE, S. B. (2010). *O Enfermeiro como Educador: Princípios de Ensino-Aprendizagem para a Prática de Enfermagem* (3ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- BELL, J. (1993). *Como Realizar um Projeto de Investigação* (2ª Ed.). Lisboa: Gradiva.
- BELL, J. (2010). *Doing your Research: a Guide for First-Time Researchers in Education, Health and Social Science* (5ª Ed.). Glasgow: McGraw-Hill.
- BENNER, P. (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- BOGDAN, R. & BIKLEN, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto: Porto Editora.

- BORK, A. M. (2003). *Enfermagem de Excelência: da Visão à Ação*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- BRANCO, A. G. & RAMOS, V. (2001). Cuidados de Saúde Primários em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Volume Temático 2, 5-12.
- BURROUGHS, A. (1995). *Uma Introdução à Enfermagem Materna* (6ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- CAMARNEIRO, A. P. (2007). *Gravidez de Risco e Desenvolvimento do Bebê*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde.
- CAMPOS, C. J. (2004). Análise de Conteúdo: Ferramenta para a Análise de Dados Qualitativos no Campo da Saúde, *Rev Bras Enferm*, 57(5), 611-614.
- CAMPOS, R. (2000). Processo Gravídico, Parto e Prematuridade: uma Discussão Teórica do Ponto de Vista do Psicólogo. *Análise Psicológica*, 1(XVIII), 15-35.
- CANAVARRO, M. C. (2001). "Gravidez e Maternidade – Representações e Tarefas de Desenvolvimento" in Maria Cristina Canavarro (ed.) *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora, 17-46.
- CARPENITO, L. J. (2007). *Understanding the Nursing Process: Concept Mapping and Care Planning for Students*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- CARVALHO, P. S.; LOUREIRO, M. & SIMÕES, M. R. (2006). Adaptações Psicológicas à Gravidez. *Psicologia e Educação*, Vol.V, n.º2, 39-49.
- COLLIÈRE, M. F. (1999). *Promover a Vida* (5ª Ed.). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- COLLIÈRE, M. F. (2003). *Cuidar... A Primeira Arte da Vida* (2ª Ed.). Loures: Lusociência.
- COLMAN, L. & COLMAN, A. (1994). *Gravidez – A Experiência Psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

- CONDE, A. & FIGUEIREDO, B. (2007). Preocupações de Mães e Pais, na Gravidez, Parto e Pós-Parto. *Análise Psicológica*, 3(XXV), 381-398.
- CORREIA, C.; DIAS, F; COELHO, M; PAGE, P. & VITORINO, P. (2001). Os Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública – Volume Temático 2*, 75-82.
- COSTA, E. I, & JURADO, R. A. (2006). Interação em Saúde. *Revista de Enfermagem Referência*, IIª Série, N.º2, 43-49.
- COUTINHO, C. P. & CHAVES, J. H. (2002). O Estudo de Caso na Investigação em Tecnologia Educativa em Portugal. *Revista Portuguesa de Educação*, 15(1), 221-243.
- COUTINHO, C. P. (2008). A Qualidade da Investigação Educativa de Natureza Qualitativa: Questões Relativas à Fidelidade e Validade. *Educação Unisinos*, 12, 5-15.
- CUNNINGHAM, F.; LEVENO, K.; BLOOM, S.; HAUTH, J.; ROUSE, D.; & SPONG, C. (2012). *Obstetrícia de Williams* (23ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- CUPCHIK, G. (2001). Constructivist Realism: An Ontology That Encompasses Positivist and Constructivist Approaches to the Social Sciences. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* [On-line Journal], 2(1). Disponível em: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-eng.htm>
- DARVILL, R.; SKIRTON, H. & FARRAND, P. (2010). Psychological Factors that Impact on Women's Experiences of First-Time Motherhood: a Qualitative Study of the Transition. *Midwifery*, 26(3), 357-366.
- DELVAUX, T.; BUEKENS, P.; GODIN, I.; BOUTSEN, M. (2001). Barriers to Prenatal Care in Europe. *Am J Prev Med*, 21(1), 52-59.
- DOLAN, J. A. (1958). *Goodnow's History of Nursing* (10º Ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- DUMAS, L. (2002). Focus Groups to Reveal Parent's Needs for Prenatal Education. *The Journal of Perinatal Education*, 11(3), 1-9.

- ESTEVEES, M. (2006). "Análise de Conteúdo". in Jorge Ávila de Lima & José Augusto Pacheco (orgs.) *Fazer Investigação: Contributos para a Elaboração de Dissertações e Teses*. Porto: Porto Editora, 105-126.
- ESTRELA, A. (1994). *Teoria e Prática de Observação de Classes: Uma Estratégia de Formação de Professores* (4ª Ed.). Porto: Porto Editora.
- FEINENMANN, J. (2000). *Sobreviver à Depressão Pós-Parto*. Porto: Editora Ambar.
- FERNÁNDEZ, L. M. & CABACO, A. S. (2004). Procesamiento del estrés en las gestantes: implicaciones para la salud de la mujer y del niño intrauterino. *Familia*, 28, 9-24.
- FLICK, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica* (1ª Ed.). Lisboa: Monitor.
- FODDY, W. (1996). *Como Perguntar: Teoria e Prática da Construção de Perguntas em Entrevistas e Questionários*. Oeiras: Celta Editora.
- FONSECA, B. C. (2010). A Construção do Vínculo Afetivo Mãe-Filho na Gestação. *Revista Científica Eletrônica de Psicologia*, VIII(14), 1-17.
- FORTIN, M. (1999). *O Processo de Investigação: da Conceção à Realização*. Loures: Lusociência.
- GEPHART, R. P. (2004). Qualitative Research and the Academy Management Journal. *Academy of Management Journal*, 47(4), 454-462.
- GERK, M. (2007). "Consulta de Enfermagem à Mulher". in Rosa Áurea Quintella Fernandes & Nádia Zanon Narchi. *Enfermagem e Saúde da Mulher*. São Paulo: Edições Manole, 92-112.
- GIL, A. C. (1999). *Pesquisa Social* (5ª Ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- GOMES, A. G. & PICCININI, C. A. (2005). A Ultrassonografia Obstétrica e a Relação materno-Fetal em Situações de Normalidade e Anormalidade Fetal. *Estudos de Psicologia: Campinas*, 22(4), 381-393.

- GOMES, A. G. & PICCININI, C. A. (2007). Impressões e Sentimentos de Gestantes em Relação à Ultrassonografia Obstétrica no Contexto de Normalidade Fetal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 179-187.
- GRAÇA, L.; FIGUEIREDO, M. C. & CARREIRA, M. T. (2011). Contributos da Intervenção de Enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a Transição para a Maternidade. *Revista de Enfermagem Referência*, IIIª Série, N.º4, 27-35.
- HABERMANN, M. & UYS, L. (2005). *The Nursing Process: a Global Concept*. London: Elsevier.
- HANDLER, A.; RAUBE, K.; KELLEY, M. & GIACHELLO, A. (1996). Women's Satisfaction With Prenatal Care Settings: A Focus Group Study. *Birth*, 23(1), 31-37.
- HESBEEN, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspetiva do Cuidar*. Loures: Lusociência.
- HILL, P.; DeBACKERE, K. & KAVANAUGH, K. (2008). The Parental Experience of Pregnancy After Perinatal Loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 37(5), 525-537.
- HOLANDA, A. (2006). Questões sobre Pesquisa Qualitativa e Pesquisa Fenomenológica. *Análise Psicológica*, 3(XXIV), 363-372.
- HONORÉ, B. (2004). *Cuidar: Persistir em Conjunto na Existência*. Loures: Lusociência.
- JADDOE, V. (2009). Antenatal Education Programmes: Do They Work?. *The Lancet*, 374(12), 863-864.
- KIMURA, A. F. (1997). A Construção da Personagem Mãe: Considerações Teóricas sobre Identidade e Papel Materno. *Rev Esc Enf USP*, 31(2), 339-343.
- LALANDA, P. (2002). Casar pelo Civil ou na Igreja. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 39, 69-83.
- LAZARUS, R. S. e FOLKMAN, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Nova Iorque: Springer.

- LEAL, I. (2005). *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*. Lisboa: Fim de Século.
- LeMASTERS, E. E. (1957). Parenthood as Crisis. *Marriage and Family Living*, 19(4), 352-355.
- LESSARD-HÉBERT, M. L.; GOYETTE, G. & BOUTIN, G. (1990). *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget Divisão Editorial.
- LOTHIAN, J. A. (2008). The Journey of Becoming a Mother. *Journal of Perinatal Education*, 17(4), 43-47.
- LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E. & BOBAK, I. M. (2002). *O Cuidado em Enfermagem Materna* (5ª Ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- LUNET, N.; RODRIGUES, T.; CORREIA, S. & BARROS, H. (2008). Adequação dos Cuidados Pré-Natais como Determinante da Utilização de Ácido Fólico, Ferro e Vitaminas Durante a Gravidez. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(5), 1151-1157.
- MALDONADO, M. T. (2002). *Psicologia da Gravidez, Parto e Puerpério* (16ª Ed.). São Paulo: Editora Saraiva.
- MARCONI, M. A. & LAKATOS, E. M. (2001). *Metodologia do Trabalho Científico* (6ª Ed.). São Paulo: Editora Atlas.
- MELEIS, A. & SWENDSEN, L. (2010). "Role Supplementation: An Empirical Test of a Nursing Intervention". in Afaf I. Meleis. *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practise*. New York: Springer Publishing Company, 539-551.
- MELEIS, A.; SAWYER, L. M.; IM, E.; MESSIAS, D. K. & SCHUMACHER, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- MELEIS, A.; SWENDSEN, L. & JONES, D. (2010). "Preventive Role Supplementation: a Grounded Conceptual Framework". in Afaf I. Meleis. *Transitions Theory: Middle*

Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practise. New York: Springer Publishing Company, 514-522.

MELEIS, A.; SWENDSEN, L. & JONES, D. (2010). "Role Supplementation for New Parents – A Role Mastery Plan". in Afaf I. Meleis. *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practise*. New York: Springer Publishing Company, 523-531.

MELENDER, H. (2002). Experiences of Fears Associated with Pregnancy and Childbirth: a Study of 329 Pregnant Women. *Birth*, 29(2), 101-111.

MENDES, I. M. (2002). *Ligação Materno-Fetal*. Coimbra: Quarteto Editora.

MERCER, R. T. & WALKER, L. O. (2006). A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 35(5), 568-582.

MERCER, R. T. (2004). Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232.

MODH, C.; LUNDGREN, I. & BERGBOM, I. (2011). First Time Pregnant Women's Experiences in Early Pregnancy. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 6(2), 1-11.

MOREIRA, C. D. (2007). *Teoria e Práticas de Investigação*. Lisboa: Artes Gráficas.

MORGADO, C.; PACHECO, C.; BELÉM, C. & NOGUEIRA, M. F. (2010). Efeito da Variável Preparação para o Parto pela Grávida: Estudo Comparativo. *Revista Referência*, II Série, n.º12, 17-27.

MORGADO, J. C. (2012). *O Estudo de Caso na Investigação em Educação*. Santo Tirso: De Facto Editores.

NAYLOR, M. D & CLEAVE, J. V. (2010). "The Transitional Care Model for Older Adults" in Afaf I. Meleis. *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practise*. New York: Springer Publishing Company, 459-464.

- NELSON, A. M. (2003). Transition to Motherhood. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 32(4), 465-477.
- NOGUEIRA, M. (1990). *História da Enfermagem*. Porto: Edições Salesianas.
- NORDENTOFT, M.; LOU, H.; HANSEN, D.; NIM, J.; PRYDS, O.; RUBIN, P.; HEMMINGSEN, R. (1996). Intrauterine Growth Retardation and Premature Delivery: The Influence of Maternal Smoking and Psychosocial Factors. *American Journal of Public Health*, 86(3), 347-354.
- OLIVEIRA, C. M.; PEDROSA, A. & CANAVARRO, M. C. (2005). "Gravidez, Parentalidade e Mudança: Stress e Adaptação nos Processos de Transição para a Parentalidade" in Marques Pinto & A. L. Silva (ed.) *Stress e Bem-Estar: Modelos e Domínios de Aplicação*. Lisboa: Climepsi, 59-83.
- OLIVEIRA, M. & CARVALHO, M. [Direção] (1993). *Minienciclopédia*. Lisboa: Círculo de Leitores, Lda.
- PARDAL, L. & CORREIA, E. (1995). *Métodos e Técnicas de Investigação Social*. Porto: Areal Editores.
- PERRY, C.; THURSTON, M.; KILLEY, M. & MILLER, J. (2005). The Nurse Practitioner in Primary Care: Alleviating Problems of Access?. *British Journal of Nursing*. 14(5), 255-259.
- PONTE, J. P. (1994). O Estudo de Caso na Investigação em Educação Matemática. *Quadrante*, 3(1), 3-18.
- QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L. V. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (3ª Ed.) Lisboa: Gradiva.
- RATO, P. I. (1998). Ansiedades Perinatais em Mulheres com Gravidez de Risco e em Mulheres com Gravidez Normal. *Análise Psicológica*, 3(XVI), 405-413.
- REZENDE, J. (2002). *Obstetrícia* (9ª Ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

- ROY, C. (2001). *Teoria da Enfermagem: O Modelo de Adaptação de Roy*. (14ª Ed.) Lisboa: Instituto Piaget.
- SAGIV-REISS, D.; BIRNBAUM, G. & SAFIR, M. (2012). Changes in Sexual Experiences and Relationship Quality During Pregnancy. *Arch Sex Behav*, 41, 1241-1251.
- SAMORINHA, C.; FIGUEIREDO, B. & CRUZ, J. M. (2009). Vinculação Pré-Natal e Ansiedade em Mães e Pais: Impacto da Ecografia do 1º Trimestre de Gestação. *Psicologia, Saúde & Doença*, 10(1), 17-29.
- SCHETTER, C. D. (2011). Psychological Science on Pregnancy: Stress Processes, Biopsychosocial Models, and Emerging Research Issues. *Annu Rev Psychol*, 62, 531-558.
- SCHLOSSBERG, N. K. (1981). A Model of Analyzing Human Adaption to Transition. *The Counseling Psychologist*, 9(2), 1-18.
- SCHUMACHER, K. & MELEIS, A. (1994). Transitions: a Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- SELKIRK, R.; McLAREN, S.; OLLERENSHAW, A.; McLACHLAN, A. & MOTEN, J. (2010). "The Longitudinal Effects of Midwife-led Postnatal Debriefing on the Psychological Health of Mothers". in Afaf I. Meleis. *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practise*. New York: Springer Publishing Company, 590-601.
- SILVA, C. R.; GOBBI, B. C. & SIMÃO, A. A. (2005). O Uso da Análise de Conteúdo como uma Ferramenta para a Pesquisa Qualitativa: Descrição e Aplicação do Método. *Organ. Rurais Agroind*, 7(1), 70-81.
- STAKE, R. E. (1998). *Investigación com Estúdio de Casos*. Madrid: Ediciones Morata, S.L.
- SWANSON, K. M. (1991). Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166.
- SWANSON, K. M. (1993). Nursing as Informed Caring for the Well-Being of Others. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357.

- TEIXEIRA, J. A. C. (2004). Comunicação em Saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utentes. *Análise Psicológica*, 22(3), 615-620.
- TSARTSARA, E. & JOHNSON, M. P. (2006). The Impact of Miscarriage on Women's Pregnancy-Specific Anxiety and Feelings of Prenatal Maternal-Fetal Attachment During the Course of a Subsequent Pregnancy: an Exploratory Follow-Up Study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 27(3), 173-182.
- TUDIVER, F. & TUDIVER J. (1982). Pregnancy and Psychological Preparation for Parenthood. *Can Fam Physician*, 28, 1564-1568.
- TULMAN, L. & FAWCETT, J. (2003). *Women's Health During and After Pregnancy: a Theory-Based Study of Adaption to Change*. New York: Springer Publishing Company.
- VALA, J. (1986). "A Análise de Conteúdo" in Augusto Santos Silva & José Madureira Pinto (orgs.) *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Edições Afrontamento, 101-127.
- VILLENEUVE, C.; LAROCHE, C.; LIPPMAN, A. & MARRACHE, M. (1988). Psychological Aspects of Ultrasound Imaging During Pregnancy. *Can J Psychiatry*, 33(6), 530-536.
- WATSON, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar – Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- WOODS-GISCOMBÉ, C.; LOBEL, M. & CRANDELL, J. L. (2010). The Impact of Miscarriage and Parity on Patterns of Maternal Distress in Pregnancy. *Res Nurs Health*, 33(4), 316-328.
- YIN, R. K. (2001). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos* (2ª Ed.). Porto Alegre: Bookman.
- ZAMPIERI, M. F.; GARCIA, O. R.; BOEHS, A. E. & VERDI, M. (2005). *Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Mulher*. Florianópolis: UFSC/NF.

Organismos

CÂMARA MUNICIPAL DE SANTA MARIA DA FEIRA (2013). *Indicadores Estatísticos*. Disponível em: <https://www.cm-feira.pt/portal/site/cm-feira/indicadores-estatisticos/>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2002). *Definição de Consulta de Enfermagem e Ato de Enfermagem*. Disponível em: <http://smi.ine.pt/Pesquisa>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos: Região Norte*. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=156638623&PUBLICACOESmodo=2

MIM@UF – Relatórios Compartilhados da USF Terras de Santa Maria (intranet)

MINISTÉRIO DA SAÚDE – DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-em-portugues/>

MINISTÉRIO DA SAÚDE – DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Versão Resumo*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-resumo/>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – MESA DO COLÉGIO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA (2011). *Dia Internacional da Família 2011*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/DiaInternacionaldaFamilia2011.aspx>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011). Parecer n.º17/2011 “Realização da Consulta de Saúde Materna por parte de Enfermeiro de Cuidados Gerais”

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011). Parecer n.º33/2011 “Auscultação de Batimentos Cardíacos Fetais e Avaliação da Altura de Fundo Uterino Executada por Enfermeiro de Cuidados Gerais”

UNIDADE TÉCNICA PARA A REORGANIZAÇÃO ADMINISTRATIVA DO TERRITÓRIO (2012). *Mapa do Concelho de Santa Maria da Feira*. Disponível em:

<https://www.app.parlamento.pt/utrat/Municipios/Santa Maria da Feira/ANEXO II – AM Santa Maria da Feira.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. (2000). *Munich Declaration: Nurses and Midwives – A Force for Health*. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/53854/E93016.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (2002). *Essential Antenatal, Perinatal and Postpartum Care: Promoting Effective Perinatal Care*. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0013/131521/E79235.pdf

Legislação

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE (2006). Circular Normativa n.º2/2006 ARS Norte de 24/02/2006 “Preparação para o Parto – Método Psicoprofilático”

Decreto-Lei n.º 142/99 de 31 de Agosto – “Proteção da Maternidade e Paternidade”

Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio – “Estabelece o Regime de Criação, Organização e Funcionamento dos Centros de Saúde”

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro – “Caracterização Geral e Criação dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS)”

Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de Agosto – “Estabelece o Regime Jurídico da Organização e do Funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e o Regime de Incentivos e a Remuneração a Atribuir aos Elementos que Integrem as USF de Modelo B”

Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de Novembro – “Aprova o Regime Legal da Carreira de Enfermagem”

Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de Abril – “Criação da Rede de Cuidados de Saúde Primários”

Decreto-Lei n.º 88/2005 de 3 de Junho – “Revoga o Decreto-Lei n.º 60/2003 de 1 de Abril e repristina o Decreto-Lei n.º 157/99 de 10 de Maio”

Decreto-Lei n.º11/93 de 15 de Janeiro – “Estatuto do Serviço Nacional de Saúde”

Despacho 24101/2007 de 22 de Outubro – “Determina a Lista de Critérios e a Metodologia que Permite Classificar as USF em Três Modelos de Desenvolvimento, A, B e C”

Despacho Normativo n.º 9/2006 de 16 de Fevereiro – “Regulamento para Lançamento e Implementação das Unidades de Saúde Familiar”

Despacho Normativo n.º5/2011 de 15 de Março – “Dependência dos ACeS para a Criação de Novas USF”

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – DIVISÃO DE SAÚDE MATERNA E PLANEAMENTO FAMILIAR (1993). Orientação Técnica n.º2/DSMPF de 1993 “Vigilância Pré-Natal e Revisão do Puerpério”

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – DIVISÃO DE SAÚDE MATERNA, INFANTIL E DOS ADOLESCENTES (2001). Circular Informativa n.º16/DSMIA de 07/09/2001 “Boletim de Saúde da Grávida”

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – DIVISÃO DE SAÚDE MATERNA, INFANTIL E DOS ADOLESCENTES (2004). Circular Normativa n.º01/DSMIA de 04/02/2004 “Gravidez e Vírus da Imunodeficiência Humana”

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – DIVISÃO DE SAÚDE MATERNA, INFANTIL E DOS ADOLESCENTES (2004). Circular Normativa n.º18/DSMIA de 07/09/2004 “Prevenção das Formas Graves de Hemoglobinopatia”

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – DIVISÃO DE SAÚDE MATERNA, INFANTIL E DOS ADOLESCENTES (2006). Circular Normativa n.º2/DSMIA de 16/01/2006 “Prestação de Cuidados Pré-Concepcionais”

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – DIVISÃO DE SAÚDE MATERNA, INFANTIL E DOS ADOLESCENTES (2007). Circular Normativa n.º2/DSMIA de 15/01/2007 “Profilaxia da Isoimunização Rh”

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – DIVISÃO DE SAÚDE MATERNA, INFANTIL E DOS ADOLESCENTES (1997). Circular Normativa n.º6/DSMIA de 07/07/1997 “Estudo dos Marcadores Bioquímicos na Vigilância Pré-Natal”

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2011). Norma n.º 007/2011 de 31/01/2011 “Diagnóstico e Conduta na Diabetes Gestacional”

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2011). Norma n.º 023/2011 de 29/09/2011 “Exames Ecográficos na Gravidez”

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2011). Norma n.º 037/2011 de 30/09/2011 “Exames Laboratoriais na Gravidez de Baixo Risco”

Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto – “Lei de Bases da Saúde”

Lei n.º 56/79 de 15 de Setembro – “Criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS)”

Lei n.º59/2007 de 04 de Setembro – “Código Penal”

Lei n.º111/2009 de 16 de Setembro – “Procede à alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros aprovado pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril”

Portaria n.º 1368/2007 de 18 de Outubro – “Estabelece a Carteira Básica de Serviços das USF”

Regulamento n.º 127/2011 – “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia”

Regulamento n.º126/2011 – “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar”

Resolução do Conselho de Ministros n.º157/2005 de 12 de Outubro – “Criação da Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP)”

Anexos

Anexo 1 – Consentimento Informado para a Investigação

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

(de acordo com a Declaração de Helsínquia¹⁵ e a Convenção de Oviedo¹⁶)

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Estudo de Caso

Enquadramento: A realização deste estudo de investigação encontra-se inserida no âmbito do mestrado em educação para a saúde promovido pela faculdade de medicina em parceria com a faculdade de psicologia e ciências da educação da universidade do Porto, sob orientação da Professora Doutora Preciosa Fernandes.

Explicação do estudo: A investigação tem como finalidade estudar as representações das mães acerca dos cuidados de enfermagem prestados ao longo das consultas de enfermagem de saúde materna numa unidade de saúde familiar. Em termos mais específicos, são objetivos do estudo: i) compreender a vivência das mulheres no seu processo de adaptação à maternidade na gravidez; ii) identificar os efeitos do acompanhamento do enfermeiro nas consultas de enfermagem de saúde materna na vivência do processo da gravidez pelas mulheres; e iii) caracterizar as perceções das mulheres relativamente ao acompanhamento do enfermeiro durante a gravidez nas consultas de enfermagem de saúde materna. Trata-se de um estudo de caso, tendo, para o efeito, selecionado a Unidade de Saúde Familiar Terras de Santa Maria, o contexto de trabalho da investigadora, não sendo, por isso, aleatória a seleção das participantes. A investigadora pretende realizar entrevista semiestruturada (gravada em áudio) às mães que foram acompanhadas pelo enfermeiro na consulta de enfermagem de saúde materna. O local privilegiado para a colheita de dados é a unidade de saúde familiar, no entanto, o domicílio será igualmente importante se assim for o desejo da mãe. O áudio da gravação

¹⁵ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

¹⁶ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

assim como os inquéritos serão destruídos após 5 anos do término da investigação (conforme regulamento da faculdade).

Condições e financiamento: A participação neste estudo não traz nenhuma contrapartida para a participante. É de carácter voluntário sem prejuízos assistenciais ou outros caso não queira participar. A investigadora não possui nenhum financiamento para a realização deste estudo. O estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P.

Confidencialidade e anonimato: A investigadora garante a confidencialidade e o uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo, assim como o anonimato. Os contactos serão feitos em ambiente de privacidade.

A investigadora agradece a participação neste estudo.

Identificação da Investigadora: *Ana Raquel de Andrade Silva Pereira*

Profissão: *Enfermeira*

Local de Trabalho: *Unidade de Saúde Familiar Terras de Santa Maria – ACeS Entre Douro e Vouga I (Feira/Arouca)*

Correio Eletrónico: *anaraquel.usf@gmail.com*

Assinatura:

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura: Data: / /

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Anexo 2 – Consentimento Informado para Gravação Áudio

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA GRAVAÇÃO AUDIOVISUAL DE ENTREVISTA OU DE CONSULTA

Confirmo que expliquei ao utente, doente ou seu representante, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ACTO acima referido. As gravações, feitas com conhecimento prévio do Coordenador desta Unidade de Saúde, destinam-se exclusivamente a ser exibidas em sessões de (riscar o que não interessa) ensino de estudantes de medicina ou de enfermagem / formação contínua de médicos ou enfermeiros, ficando à guarda e responsabilidade de (escrever o nome e função da pessoa responsável pelo ensino ou formação na Unidade de Saúde) _____.

Em qualquer caso, é garantido que não serão filmados exames íntimos. É igualmente garantido que a presente autorização pode ser retirada, em qualquer altura, sem que isso cause qualquer prejuízo ou afete os cuidados a prestar à pessoa. Também é expressamente garantido que haverá destruição ou apagamento da gravação ao fim de 5 anos.

Nome legível do profissional de saúde responsável pela proposta:

Data/...../..... Assinatura

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/esclarecida. Verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine este documento.

Declaro que concordo com o que foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, tendo podido fazer todas as perguntas sobre o assunto. Autorizo a realização do ato indicado nas condições em que me foram explicadas.

..... (local), .../...../..... (data)

Assinatura x.....

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.**

Anexo 3 – Guião das Entrevistas

PROCEDIMENTO ORGANIZADOR¹⁷ DA ENTREVISTA ÀS MÃES QUE FREQUENTARAM AS CONSULTAS DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA

Com esta entrevista pretende-se recolher informação acerca das perceções das mães face à gravidez e à consulta de enfermagem de saúde materna. Para tal, pretendemos entrevistar mães que integraram pela primeira vez o programa de saúde materna.

Esta investigação encontra-se inserida no âmbito do Mestrado em Educação para a Saúde organizado pela Faculdade de Medicina em parceria com a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Em virtude de se tratar de entrevistas de investigação, impõem-se a definição de alguns princípios, nomeadamente a confidencialidade das informações prestadas pelo que em nenhuma circunstância a entrevistada será identificada. A opinião das entrevistadas é muito importante e o seu contributo é imprescindível para o êxito do trabalho.

Dimensões	Objetivos Específicos	Para um Formulário de Perguntas	Guião de Questões
I Preparação da Entrevista	Legitimar a entrevista e motivar as entrevistadas.	Informar, nas suas linhas gerais, as entrevistadas acerca do trabalho de investigação a ser desenvolvido.	
		Solicitar a colaboração das entrevistadas mencionando que o seu contributo é imprescindível para o êxito do trabalho.	
		Informar as entrevistadas da confidencialidade dos dados por si fornecidos.	
		Solicitar à entrevistada o consentimento	Autoriza-me que grave em áudio esta entrevista?

¹⁷ Os tópicos para o instrumento metodológico (guião de orientação geral da entrevista) tiveram como base a experiência de Albano Estrela na observação de classes e formação de professores (Estrela, 1994, p. 354-357).

		informado acerca do estudo e da gravação áudio da entrevista.	
		Solicitar permissão para citar o seu discurso (na íntegra ou parcialmente).	Permite-me que cite o seu discurso na íntegra ou parcialmente?
II Vivência da Gravidez	Compreender o processo de gravidez.	Perceber as vivências da gravidez.	Para começar, gostaria de ouvir a sua opinião em relação a alguns aspetos de carácter mais geral relacionado com gravidez. Como descreve a vivência da sua gravidez?
			Como caracteriza a sua gravidez? (Desconfortos / Alterações Corporais)
			Durante a sua gravidez, o que é que mudou na sua vida pessoal? E a nível social? E no trabalho?
			Que impacto teve a sua gravidez na sua vida familiar?
			Identificar os sentimentos que envolvem a gravidez.
			Que sentimentos associa à vivência da gravidez? Qual foi o momento mais feliz durante a gravidez? E infeliz?
III Gravidez e Maternidade como Mudança	Compreender o processo de transição para a maternidade na gravidez	Perceber o significado da gravidez para a entrevistada.	Recordando o tempo em que esteve grávida, o que significou para si “estar grávida”?
		Identificar os fatores que promovem a vinculação durante a gravidez (vinculação pré-natal).	Gostaria de ouvir a sua opinião acerca da ligação que foi estabelecendo com o seu bebé durante a gravidez. Quais foram os aspetos que, em sua opinião, mais contribuíram para a sua ligação ao bebé?
			Que tipo de comportamentos ou atitudes teve durante a sua gravidez para interagir com o seu bebé?
		Perceber as alterações nos relacionamentos com pessoas significativas na gravidez.	Como caracteriza o relacionamento com o seu cônjuge/companheiro durante a gravidez? E com a sua mãe?
		Identificar os fatores que dificultaram a gravidez.	Quais as dificuldades que encontrou durante a gravidez?
		Identificar os apoios durante a gravidez.	Que tipo de apoios teve perante essas dificuldades?

IV Papel do Enfermeiro na Consulta de Enfermei m de Saúde Materna	Aprofundar a opinião que a entrevistada tem sobre o papel do enfermeiro.	Perceber o conhecimento das entrevistadas acerca da consulta de enfermagem de saúde materna.	Como chegou à primeira consulta de enfermagem? Qual a primeira impressão que teve relativamente à consulta de enfermagem de saúde materna?
		Identificar as atividades desenvolvidas na consulta de enfermagem de saúde materna.	Como descreve as atividades que o enfermeiro realizou ao longo das consultas de saúde materna?
			Que análise faz das atividades que foram desenvolvidas no âmbito das consultas de saúde materna pelo enfermeiro de família?
			O que pensa que poderia melhorar na consulta de enfermagem de saúde materna?
		Perceber a opinião da entrevistada acerca da consulta de enfermagem de saúde materna.	Como mãe, que importância atribui à consulta de enfermagem de saúde materna?
			Que mais-valias considera que a consulta de enfermagem de saúde materna trouxe para si enquanto grávida?
			Aconselharia a consulta de enfermagem de saúde materna a outras grávidas? Porquê?
		Perceber os contributos da consulta de enfermagem de saúde materna para a entrevistada.	Como caracteriza o impacto que o acompanhamento pelo enfermeiro teve na vivência da sua gravidez?
			Considera que as consultas de enfermagem de saúde materna podem influenciar as práticas das futuras mães?
		Perceber a opinião da entrevistada em relação ao enfermeiro.	Como caracteriza o desempenho do enfermeiro no âmbito das consultas de enfermagem de saúde materna?
			Como caracteriza a relação com o enfermeiro que a acompanhou nas consultas de enfermagem de saúde materna?
	Aprofundar temas que a entrevistada considere	Identificar aspetos importantes para o tema em estudo não	Desejaria acrescentar algo que considere importante para o âmbito desta

VI Conclusão da Entrevista	importante abordar no contexto da entrevista.	abordados anteriormente.	entrevista?
	Mostrar à entrevistada a importância do seu testemunho	Agradecer a colaboração no estudo, ressalvando a importância do testemunho	Mais uma vez, agradeço a sua disponibilidade e colaboração, fundamentais para a consecução desta tarefa.

Anexo 4 – Autorização da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, I.P.



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

COMUNICAÇÃO ☐ INFORMAÇÃO ☐ PARECER ☒ Nº 6 DATA: 17 Jan 13

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer nº 5 /2013

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 5/2013 (sobre o estudo: "A perceção das mães face à consulta de Enfermagem de Saúde Materna numa Unidade de Saúde Familiar"), aprovado na reunião do dia 8 de Janeiro de 2013, por unanimidade.

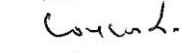
A Consideração Superior


Deolinda Nêves
Assessora CES/UIC

DELIBERADO CONCORDAR

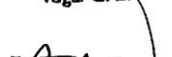
13/01/13

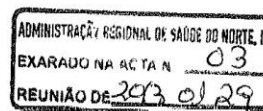

Dr. Carmo Nunes
Presidente C. D.


Rui Cernadas
Vice-Presidente do C.D.


José Carlos Pedro
Vogal C. D.


Dr. Faria
Vogal C. D.


Dr. Faria
Vogal C. D.





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

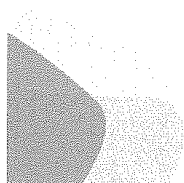
Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP

PARECER Nº 5 /2013

Sobre o estudo T/121 - A percepção das mães face à consulta de Enfermagem de Saúde Materna numa Unidade de Saúde Familiar

A – Relatório

1. A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN) iniciou a apreciação do Processo n.º T121, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão pela investigadora Ana Raquel de Andrade Silva Pereira, em 11.10.2012, sobre o estudo "A percepção das mães face à consulta de Enfermagem de Saúde Materna numa USF" no âmbito do Mestrado em Educação para a Saúde promovido pela Faculdade de Medicina em parceria com a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, sob orientação da Professora Doutora Preciosa Fernandes.
2. Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento, consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação e consentimento informado, livre e esclarecido para gravação audiovisual da entrevista, autorização da coordenadora da USF onde decorrerá o estudo (USF Terras de Santa Maria), projecto de investigação, questionário, curriculum vitae da investigadora e declaração da orientadora do estudo.
3. Trata-se de um estudo de caso, tendo a investigadora selecionado a USF Terras de Santa Maria por ser o seu contexto de trabalho, não sendo por isso aleatória a seleção das participantes. As participantes têm como critérios de inclusão ser mulher; idade igual ou superior a 18 anos; estar inscrita na USF; ter gravidez de baixo risco; ter sido acompanhada na consulta de enfermagem de saúde materna, ter tido bebé e ser o primeiro filho. A recolha de dados será feita por entrevista semidiretiva (gravada em áudio) e observação participante e inquérito por questionário.



4. O objetivo deste estudo é estudar as representações das mães acerca dos cuidados de enfermagem prestados ao longo das consultas de enfermagem de saúde materna numa USF. O áudio da gravação assim como os inquéritos serão destruídos após 5 anos do término da investigação.

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas

1. Reconhece-se relevância e pertinência ao estudo e interesse prático nos resultados esperados
2. A investigadora garante a confidencialidade e o uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo, assim como o anonimato
3. Trata-se de um estudo com procedimentos não invasivos, não incorrendo as participantes em riscos maiores do que aqueles a que estão sujeitos

C – Conclusões

1. Face ao exposto, a CES delibera que o estudo de investigação em causa pode ser aprovado sem restrições de natureza ética.

O relator

Mestre Maria Alzira Morais

Mestre Maria Alzira Morais

Aprovado em reunião do dia 8/1/2013, por unanimidade

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde

Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol

Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol

Anexo 5 – Autorização da Diretora Executiva do ACeS Entre Douro e Vouga I (Feira/Arouca)

De: ACES Feira-Arouca [mailto:acesfeira-arouca@csfeira.min-saude.pt]

Enviada: quinta-feira, 31 de Janeiro de 2013 09:20

Para: Coordenador USF Terras Santa Maria

Cc: pcc@csfeira.min-saude.pt; Adjunto Saúde Pública2; 'Enfermeira Chefe'; cmnujo@gmail.com

Assunto: RE: Fw: **Parecer estudo:** A perceção das mães face à consulta de Enfermagem de Saúde Materna numa Unidade de Saúde Familiar

Importância: Alta

Dr.ª Eduarda

Parabéns à USF e aos profissionais envolvidos pelo projeto apresentado.

É vantajoso para o Aces, para a USF, para os profissionais e para os utentes que se promova a investigação.

Esperamos que o projeto decorra conforme previsto, e estaremos sempre disponíveis para colaborar na resolução de obstáculos/imprevistos que possam surgir.

Aguardamos que nos apresentem e divulguem o resultado do **estudo**.

Bom trabalho

Ao dispor

Ana Prata

Diretora Executiva do ACES Feira-Arouca

Telef.: 925090953

Anexo 6 – Autorização da Coordenadora da USF Terras de Santa Maria



DECLARAÇÃO

Maria Eduarda Magalhães Ferreira Vidal, Assistente Graduada de Medicina Geral de Familiar, e coordenadora da Unidade de Saúde Familiar Terras de Santa Maria, declara que aceita que a Enfermeira Ana Raquel de Andrade Silva Pereira implemente o seu estudo de investigação com o título provisório: *“A Perceção das Mães Face à Consulta de Enfermagem de Saúde Materna numa Unidade de Saúde Familiar”* no âmbito do Mestrado em Educação para a Saúde promovido pela Faculdade de Medicina em parceria com a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto nesta unidade de saúde.

Dr.ª M. Eduarda Vidal

Santa Maria da Feira, 09 de Outubro de 2012