Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

LITERACIA EM SAÚDE MATERNA

Das grávidas que frequentam o Centro de Saúde Sexual Reprodutiva em Santa Catarina, Santiago, Cabo Verde

Angélica Norberta Varela de Carvalho

Coimbra, dezembro de 2020

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

LITERACIA EM SAÚDE MATERNA

Das grávidas que frequentam o Centro de Saúde Sexual Reprodutiva em Santa Catarina, Santiago, Cabo Verde

Angélica Norberta Varela de Carvalho

Orientadora: Mestre Ana Maria Poço Santos

Coorientadora: Doutora Maria Neto da Cruz Leitão

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

Coimbra, dezembro de 2020

PENSAMENTO

“O que sabemos é uma gota,
O que ignoramos é um
oceano”

(Isacc Newton, 1643-17)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, primeiramente a Deus a Quem cabe as honras da minha vida.

Aos meus pais (Hipólito e Geraldina) que incutiram em mim a importância da educação e do trabalho árduo e por todo o sacrifício respeitante à formação e postura social para que eu pudesse ser o que sou hoje.

A todas as grávidas Cabo-verdianas, principalmente as que disponibilizaram o seu tempo para que este trabalho fosse concretizado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida e por segurar-me em suas mãos, fortalecer-me nesta caminhada. Os desígnios dele nunca se desvanecem. Obrigada, meu Deus.

À nossa senhora de Fátima, padroeira da Cidade de Assomada, por ter-me dado força, concentração, clareza e calma durante os estudos.

Aos meus pais, irmãos, cunhado e marido, pela compreensão e auxílio nos momentos em que mais precisei de força e estímulo durante esta caminhada.

A todos os Professores do curso pelos ensinamentos e conhecimentos transmitidos e aos colegas, principalmente os cabo-verdianos, pelo companheirismo e camaradagem.

À Coordenadora do curso, Doutora Maria Neto da Cruz Leitão, pela atenção e presteza nas horas mais difíceis.

À minha orientadora, Mestre Ana Maria Poço Santos, pela orientação do presente trabalho.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG -The American College of Obstetricians and Gynecologists

APEO - Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

APN - Atendimento Pré-Natal

APNF - Atendimento Pré-Natal Focado

APPT - Ameaça de parto pré-termo

ASB - Bacteriúria Assintomática na Gravidez

DGS - Direção Geral de Saúde

DMG - Diabetes Mellitus Gestacional

EESMO - Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica

EHLS - *European Health Literacy Survey*

FCF - Frequência Cardíaca Fetal

HTA - Hipertensão Arterial

IG - Idade Gestacional

INE.CV - Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde

LS - Literacia em Saúde

LSM - Literacia em Saúde Materna

MSSS - Ministério da Saúde e da Segurança Social

ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milénio

OE.PT - Ordem dos Enfermeiros de Portugal

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNDS - Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

PNSR - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva

SNS - Sistema Nacional de Saúde

TAd - Tensão arterial diastólica

TAs - Tensão arterial sistólica

TPIg - Tratamento Preventivo Intermitente na Gestação

UICISA:E - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

UNESC- Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura

USAID- *United States Agency for International Development)*

RESUMO

A Literacia em Saúde Materna deve ser entendida como a associação de competências cognitivas, sociais e capacidades que permitem à pessoa aceder, compreender e usar informação no domínio da saúde, e em particular durante a gravidez. É fator determinante para a mulher conseguir identificar sintomas que possam afetar a evolução da gravidez, assim como adquirir hábitos de vida saudável necessárias para o decorrer da mesma sem complicações. Assim, reconhece-se a necessidade de elaborar um estudo sobre a Literacia em Saúde Materna das grávidas que frequentam o Centro Saúde Sexual e Reprodutiva de Santa Catarina, Santiago, Cabo Verde.

Objetivos: Identificar os conhecimentos das mulheres grávidas sobre a promoção da saúde pré-natal, com vista a perceberem os cuidados de saúde que lhes são prestados durante a gravidez; Conhecer as estratégias dessas mulheres grávidas na tomada de decisões promotoras de uma gravidez saudável; Identificar redes de apoio à grávida que contribuam para a literacia em saúde dessas mulheres.

Metodologia: A investigação tem uma abordagem de natureza qualitativa, e de tipo descritivo. Para a realização desta pesquisa, entrevistaram-se 11 grávidas, entre janeiro e fevereiro de 2020, por meio de uma entrevista semiestruturada. As mesmas foram gravadas em áudio e posteriormente traduzidas e transcritas integralmente, tendo sido feita a análise de conteúdo segundo as orientações metodológicas de Bogdan e Biklen (1994).

Resultados: Os dados das 11 entrevistas foram analisados e organizados a partir dos objetivos do estudo, definindo-se, a partir destes, 3 grandes categorias: Conhecimentos da grávida em relação à gravidez; Estratégias/ações e interações das grávidas que contribuem para a literacia em saúde materna; Redes de apoio da grávida que contribuem para a literacia em saúde materna.

Conclusões: O resultado permite-nos concluir que a maioria das grávidas entrevistadas não tem um conhecimento desejável a nível da literacia em saúde materna, mas apenas a minimamente adequada, pelo que se percebe que não estão totalmente preparadas para interagir com informações recebidas sobre a saúde durante as consultas pré-natais, tendo ficado evidenciada uma inadequada literacia em saúde materna. Desta forma, consideramos

que aprofundar o conhecimento sobre a temática em estudo face ao papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, doravante designado por EESMO, nos conduzirá a incentivar formações e estimular a presença do mesmo a nível primário, indo ao encontro das reais necessidades da pessoa, elevando conhecimentos em literacia em saúde materna. Servirá de igual forma para o despertar profissional no sentido de uma assistência humanizada, permitindo dar visibilidade às competências específicas do EESMO.

Palavras-chave: Literacia em Saúde Materna, gravidez, assistência pré-natal.

ABSTRACT

Problem: Maternal Health Literacy should be understood as the combination of cognitive, social skills and abilities that allow the person to access, understand and use information in the health field, and in particular during pregnancy. It is a determining factor for women to be able to identify symptoms that may affect evolutions as well as to acquire healthy habits necessary for a pregnancy period without complications. Thus, it is acknowledged the need to prepare a study on Maternal Health Literacy regarding pregnant women who attend the Sexual Reproductive Health Center of Santa Catarina, Santiago, Cabo Verde.

Objectives: To identify the knowledge of pregnant women on the promotion of prenatal health in order to understand the health care provided to them during pregnancy; To learn about the strategies of these pregnant women in making decisions that promote a healthy pregnancy; Identify pregnancy support networks that contribute to the health literacy of these women.

Methodology: The research has a qualitative and descriptive approach. To carry out this research, eleven pregnant women were interviewed, between November 8 and December 20, 2019, through a semi-structured interview. First, they were recorded in audio and later transcribed in full and content analysis according to the methodological guidelines of Bogdan and Biklen (1994).

Results: The data from the eleven interviews were analyzed and organized based on the objectives of the study, defining from these three major categories Knowledge of the pregnant woman in relation to pregnancy; Strategies / actions interactions of pregnant women that contribute to literacy in maternal health; Support networks for pregnant women that contribute to maternal health literacy.

Conclusions: The result allows us to conclude that the majority of pregnant women interviewed do not have a desirable knowledge of maternal health literacy, only minimally acceptable, so we infer, they are not fully prepared to be able to interact with information received about health during prenatal consultations, which clearly showed a low level of maternal health literacy. Thus, we believe that deepening the knowledge on the subject under study will lead us (?), while the role of EESMO, to encourage training and encourage

its presence at the primary level, meeting the real needs of the person, raising knowledge of maternal health literacy. Equally serving for the professional awakening towards humanized assistance, allowing visibility to the specific skills of EESMO.

Keywords: Maternal Health Literacy, pregnancy, prenatal care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Modelo conceptual para a conceção e operacionalização da literacia em saúde ... 7
Figura 2 - Modelos de níveis compatíveis e sistema de educação para fortalecer a educação para a saúde. ... 9
Figura 3- Principais interessados na alfabetização/educação para a saúde ... 21
Figura 4 - Localização de Cabo Verde ... 35
Figura 5 - Modelo de Literacia em Saúde de Sorensen e Van den Broucke apud Mannaerts (2016) ... 59
Figura 6- Categoria: Conhecimento das grávidas em relação à sua gravidez ... 81
Figura 7 - Categoria: Estratégias/ações Interações das Grávidas que contribuem para Literacia em Saúde Materna ... 100
Figura 8 - Categoria: Redes de apoio da grávida que contribuem para a Literacia em Saúde Materna ... 105

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Matriz traduzida do HLS-EU 7
Tabela 2- Abordagens simples em contextos de cuidados de saúde 10
Tabela 3 - Caraterização sociodemográfica da amostra em relação as grávidas 53
Tabela 4 - Caraterização sociodemográfica da amostra em relação aos parceiros 54
Tabela 5 - Caraterização Obstétrica das Grávidas 55
Tabela 6- Objetivos, categorias e subcategorias para análise de conteúdo 56

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO **1**

PARTE I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA **5**

1. LITERACIA EM SAÚDE **5**

2. LITERACIA EM SAÚDE MATERNA **11**

3. A MULHER E A GRAVIDEZ **13**

3.1 TORNANDO-SE MÃE: CONSECUÇÃO DO PAPEL MATERNAL 16

4. AS PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES DA OMS **20**

5. ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA **27**

5.1 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA 29

5.1.1 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal 31

6. CONTEXTUALIZAÇÃO DA REALIDADE EM SAÚDE MATERNA EM CABO VERDE **34**

7. POLÍTICA DE SAÚDE PARA SAÚDE MATERNA EM CABO VERDE **37**

PARTE II: DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO **42**

8. METODOLOGIA **42**

8.1 TIPO DE ESTUDO 43

8.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO 46

8.3 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS 47

8.4 AMOSTRA 47

8.5 LIMITES DO ESTUDO E ASPETOS ÉTICOS 48

8.6 QUESTÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS 50

9. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS **53**

9.1 CARATERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES 53

9.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO 56

9.2.1 Categoria: Conhecimento das grávidas em relação à gravidez 59

9.2.2 Categoria: Estratégias/ações interações das grávidas que contribuem para literacia em saúde materna 81

9.2.3 Categoria: Redes de apoio da grávida que contribuem para a literacia em saúde materna 100

CONCLUSÃO **106**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS **113**

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião de Entrevista

APÊNDICE II – Folha de Consentimento Informado

APÊNDICE III – Termo de Consentimento Informado

ANEXOS

ANEXOS I – Parecer Nº 600/ 06-2019 da Comissão de Ética

ANEXO II – Notificação de Tratamento de Dados

ANEXO III – Autorização da Delegacia de Saúde de Santa Catarina (Assomada)

ANEXO IV – Comité Nacional de Ética em Pesquisa para Saúde – Cabo Verde

ANEXO V – Análise dos dados

INTRODUÇÃO

A gravidez é uma condição para a sobrevivência da vida humana, sendo indispensável à renovação geracional, e representa o período de formação de um novo ser (Coutinho et al., 2014). É um período em que ocorrem alterações profundas no estilo de vida, provocando mudanças não apenas na vida pessoal, mas também na vida do casal e de toda a família. É também uma fase de preparação física e psicológica, para o nascimento e para a parentalidade (Mendes, 2009).

Por conseguinte, a literacia em saúde (LS) traduz a capacidade de usar as competências, de aceder, compreender e avaliar as informações em saúde, aplicando-as no dia-a-dia para a tomada de decisão em diferentes contextos, tendo em conta as escolhas possíveis. Esta não tem em vista apenas evitar a utilização inadequada dos serviços de saúde ou o aumento do conhecimento e da capacidade de autogestão da saúde e da doença; refere-se também ao sentimento de competência e liberdade para participar em debates e tomar decisões a diferentes níveis (Loureiro, 2015).

Segundo Gonçalves (2015), numa investigação realizada nos Estados Unidos cerca de 40 milhões de adultos têm um nível muito baixo de literacia; no Reino Unido, das 2000 pessoas adultas estudadas, em cada cinco apresentam dificuldades em compreender as informações básicas de saúde. Já no Canadá, dos adultos investigados, 60% não têm capacidades na obtenção, compreensão de informações, no agir de forma assertiva com a sua saúde e com os serviços de saúde.

A nível mundial, esta larga abrangência torna a Literacia em Saúde um tema pertinente e relevante, considerando-se importante conhecê-lo e estudá-lo em Cabo Verde a fim de agir em prol do aumento de conhecimento e, consequentemente, do bem-estar da população cabo-verdiana. Para Nutbeam (2009), a mais básica capacidade de literacia funcional é importante dada a razão pela qual possibilita às pessoas desenvolverem o seu conhecimento e melhorar o seu potencial para atingirem objetivos pessoais, e, através disto, participar mais na sociedade, tanto económica como socialmente. Afirma que os níveis de literacia numa população associam-se, tanto direta como indiretamente, com uma gama de resultados de saúde.

Dentro desta, a Literacia em Saúde Materna (LSM) é um elemento importante na comunicação em saúde. Sendo um dos grupos da LS, é uma área especializada porque a maternidade saudável requer competências específicas para a saúde tais como a habilidade particular para detetar riscos, conhecimentos necessários para que se tenha uma gravidez saudável e os modos de evitar estilos de vida não saudáveis, (Organização Mundial de Saúde) [OMS], 2013a).

A LSM deve ser entendida como a associação de competências cognitivas, sociais e capacidades que permitem à pessoa aceder, compreender e usar informação no domínio da saúde e, em particular, durante a gravidez. É fator determinante para a mulher conseguir identificar sintomas que possam afetar a evolução assim como adquirir hábitos de vida saudável necessários para o decorrer de uma gravidez sem complicações (Neto, 2016).

A LSM refere-se à habilidade cognitiva e social que motiva e capacita a mulher para compreender e utilizar informação de modo a promover e manter a sua saúde e a dos seus filhos (Ferreira, 2013, as cited. por Santos, 2017).

O objetivo da promoção da LSM é empoderar as mulheres grávidas a ganharem o controlo sobre a sua saúde pessoal e dos seus filhos em três aspetos: i) detetar precocemente e dar atenção à doença e aos problemas de saúde, ii) procurar a assistência em cuidados de saúde e agir diretamente na assistência na doença e, em especial, iii) ter em atenção a promoção da saúde, já que tudo isto beneficia a saúde das mulheres grávidas e suas crianças.

Face ao referido, a Ordem dos Enfermeiros (OE) de Portugal, numa das suas diretrizes, garante que a missão do enfermeiro especialista é assegurar cuidados especializados nos contextos em que a mulher se encontra, produzindo ganhos em saúde, pela promoção da autonomia da saúde nas decisões, pela capacitação para o autocuidado e autovigilância, promovendo, desta forma, a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com a gravidez (OE, 2011a).

Tendo em conta estas reflexões, centraliza-se o objeto do presente estudo no ponto de vista das grávidas. A escolha deve-se ao facto de a autora ser uma profissional nesta área e também por querer ter uma visão da realidade em LS e em LSM, conceitos cada vez mais importantes a nível internacional. Foi deste modo que se conseguiu articular e conjugar a temática com o interesse pessoal e profissional da investigadora, pelo que o estudo está

direcionado para os conhecimentos da LSM que as grávidas apresentam no centro de saúde sexual e reprodutiva de Santa Catarina, Assomada, ilha de Santiago, Cabo Verde.

Segundo pesquisas bibliográficas que foram realizadas, usando as bases de dados do Google académico e Scielo, há estudos científicos relacionados com a literacia de saúde, mas, em Cabo Verde, até este momento não se conhecem estudos científicos nacionais publicados que falem da LSM nas grávidas. Assim, há necessidade de elaborar este estudo sobre a LSM das grávidas no Centro Saúde Sexual e Reprodutiva de Santa Catarina, sendo, deste modo, delineada a seguinte questão de investigação: Qual a literacia em saúde materna das mulheres grávidas que frequentam o Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva em Santa Catarina, Santiago, Cabo Verde?

De acordo com a questão de investigação definiu-se como *objetivo do estudo*: 1º Identificar os conhecimentos das mulheres grávidas sobre a promoção da saúde pré-natal com vista a perceberem os cuidados de saúde que lhes são prestados durante a gravidez; 2º Conhecer as estratégias dessas mulheres grávidas na tomada de decisões promotoras de uma gravidez saudável; 3º Identificar redes de apoio à grávida que contribuam para a literacia em saúde destas mulheres.

Tendo em conta o défice de especialistas, tanto por parte da Enfermagem como de Médicos em saúde materna e obstetrícia, na prestação dos cuidados primários, nos serviços públicos em Cabo Verde, cientes da inexistência de estudos científicos realizados em LSM, e com base na experiência profissional da autora, considera-se o estudo de grande relevância, pois poderá contribuir para a diminuição da mortalidade materna e fetal. Por outro lado, vai de encontro ao terceiro Objetivo do Desenvolvimento Sustentável 2030, uma vez que "tem seu foco principal na saúde da população. Para se alcançar o objetivo, é preciso a redução drástica da mortalidade materna, o fim das mortes evitáveis de bebés e crianças, combate (…) Ainda, é preciso reduzir a um terço as mortes prematuras por doenças não transmissíveis (…)".

Como se desconhecem aspetos associados à LSM em Cabo Verde, entendeu-se que com uma abordagem de natureza qualitativa, e do tipo descritivo, poderão ser clarificados alguns dos contextos e aspetos associados à literacia na área de saúde materna, no que concerne às perspetivas das mulheres grávidas. Em contradição ao nosso enfoque do estudo qualitativo

baseado na teoria de Bogdan e Biklen, estudos naturalistas defendem que, se a pesquisa se centrar numa região em concreto, a recolha de dados permitirá fazer uma certa generalização de dados, podendo extrapolar-se os dados para regiões do país com caraterísticas similares (Stake, 1995, & Yin, 2016).

Para a realização desta pesquisa, entrevistaram-se 11 grávidas, entre janeiro e fevereiro de 2020, por meio de uma entrevista semiestruturada, adaptada de Santos (2018). As mesmas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas integralmente, traduzidas e validadas por cada uma das entrevistadas.

No que diz respeito à estrutura deste documento, o mesmo inicia-se com a presente introdução, a que se segue uma primeira parte que apresenta a fundamentação teórica, dividida em três capítulos: Literacia em saúde e em saúde materna, conceitos essenciais da gravidez saudável e contextualização da educação para a saúde durante a gravidez em Cabo Verde.

Na segunda parte apresenta-se o desenvolvimento do estudo, o qual será subdividido em: Metodologia, onde se apresenta a justificação do trabalho, a questão central e os objetivos e desenho metodológico (segundo a abordagem de Bogdan e Biklen (1994), o tipo de estudo, a questão de investigação, o instrumento de recolha de dados, a amostra e apresentação dos participantes, limites do estudo e aspetos éticos, apresentação dos dados, discussão, análise e interpretação dos dados. Termina-se com a conclusão, e respetivas referências bibliográficas.

PARTE I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1. LITERACIA EM SAÚDE

A LS, segundo Pedro, Amaral, e Escoval (2016) é definida como o grau com que cada indivíduo tem capacidade de obter, comunicar, processar e compreender as informações, bem como utilizar serviços de saúde, de forma a tomar decisões apropriadas em saúde. Inclui a capacidade de interpretar documentos, ler e escrever (literacia impressa), usar informação quantitativa (literacia numerária), falar e ouvir com eficácia (literacia oral). Hoje em dia, este conceito é bastante divulgado tanto a nível da saúde como em outras áreas.

A OMS define LS como competências cognitivas e sociais a acrescentar à capacidade dos indivíduos para acederem, compreenderem e utilizarem informação de modo a promover e a manter uma boa saúde (Loureiro, 2009, as cited. por Santos, 2018).

Segundo o *Institute of Medicine* (as cited. por Cavaco e Santos, 2012), a LS consiste no grau de capacidade de cada pessoa em obter, processar e interpretar informação básica em saúde e serviços de saúde, de modo a que consiga uma tomada de decisão adequada em relação à saúde. Remete para as práticas diárias, para o uso quotidiano, para as competências e não só para as habilitações e qualificações escolares. A fraca LS é o maior obstáculo para uma eficiente compreensão de informação sobre a doença e o seu tratamento.

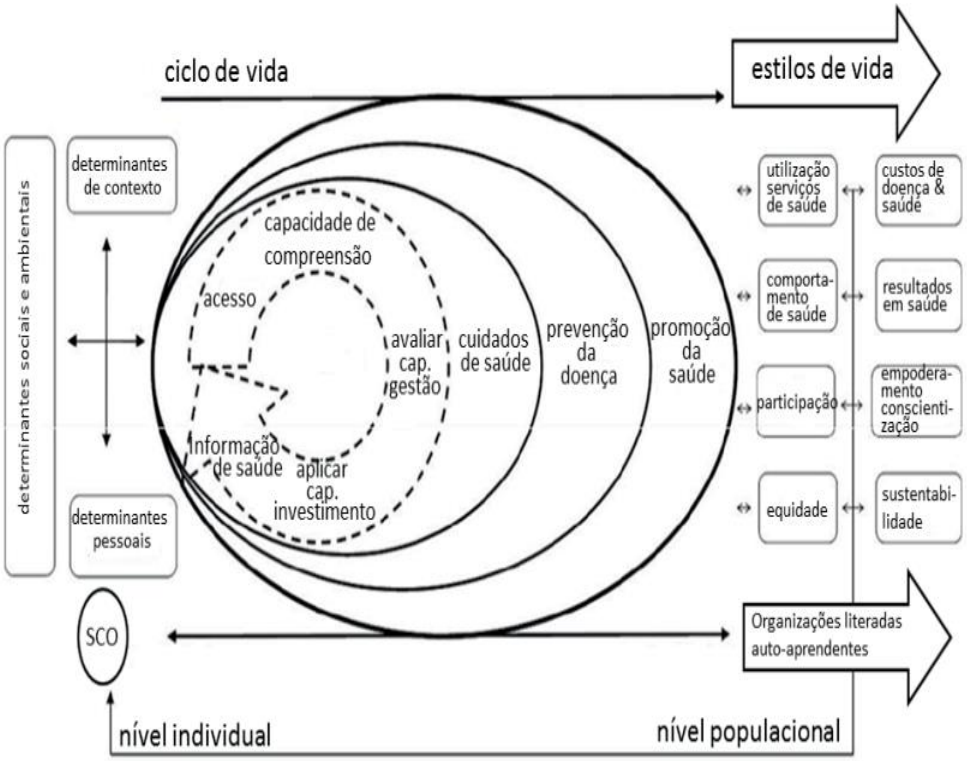
Antigamente, o termo literacia estava relacionado com a capacidade para ler, escrever, usar a linguagem e comunicar. Mojoyinola (2011) afirma, entretanto, que nos serviços de saúde a alfabetização é considerada como LS, referindo-se à capacidade de ler, compreender, interpretar e tomar decisões sobre informações de saúde. Recentemente, o conceito de literacia alargou-se, pois, segundo a UNESCO (2009), "Literacia é a capacidade para identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e usar as novas tecnologias, de acordo com os diversos contextos". A literacia envolve ainda um processo contínuo de aprendizagem que capacita o indivíduo a alcançar os seus objetivos, a desenvolver os seus potenciais e o seu conhecimento, de modo a poder participar ativamente nos cuidados de saúde.

A LS inclui a capacidade para compreender instruções e prescrições de medicamentos, folhetos médicos, consentimento informado e a capacidade para negociar sistemas de saúde, designadamente seguros de saúde, plano de parto, entre outros aspetos. Assim, a LS não é somente a capacidade para ler. Requer um grupo complexo de capacidades de leitura, escuta e saber tomar decisões e a capacidade de aplicar essas competências em situações de saúde.

A LS varia com o contexto, com o ambiente e não está necessariamente relacionada com os anos de escolarização ou a capacidade geral de leitura. Uma pessoa que 'funciona' adequadamente em casa ou no trabalho pode ter literacia inadequada num ambiente hospitalar. Para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e para reduzir despesas com a mesma, os indivíduos precisam ter um papel mais ativo nas decisões relacionadas com a saúde. Para cumprir este objetivo, a população necessita de fortes capacidades de leitura e interpretação de informação em saúde.

A OMS (2013a) destaca o vasto potencial que a otimização na LS ganhou, tendo uma atenção considerável em todo o globo, nos anos mais recentes. A pesquisa em todo o mundo está a procurar aprofundar a compreensão do vasto potencial que a otimização da LS pode ter em aumentar a saúde e o bem-estar, reduzindo as desigualdades.

Sorensen et al., (2012) propuseram um modelo conceptual para a conceção e operacionalização da literacia em saúde, tendo em conta a sua versão adaptada e traduzida de Saboga-Nunes (2014), seguidamente ilustrada na figura 1:



Fonte: Saboga-Nunes, L. (2014). Literacia para a saúde e conscientização da cidadania positiva. Revista Referência, III Série – Suplemento, p. 95-99.

Figura 1- Modelo conceptual para a conceção e operacionalização da literacia em saúde

No modelo acima encontram-se ilustradas as principais dimensões da LS, os seus impactos, os principais antecedentes e consequências da LS, com a distinção entre fatores distais (fatores sociais e determinantes ambientais) e proximais (determinantes pessoais e situacionais) e a sua relação com resultados em saúde.

No centro, verificam-se as quatro competências relacionadas à saúde, nomeadamente ao acesso, compreensão, avaliação e utilização de informações. O *acesso* refere-se à capacidade de procurar e obter informações sobre a saúde; a *compreensão* tem a ver com a capacidade de compreender a informação recebida; a *avaliação* consiste na aptidão do indivíduo em interpretar, filtrar a informação; a *aplicação/utilização* diz respeito à forma como ele se comunica e utiliza a informação para a tomada de decisão assertiva relativamente à saúde.

Para Saboga-Nunes (2014), este processo facilita ao indivíduo percorrer três domínios, no que diz respeito aos cuidados de saúde, promoção da saúde e prevenção da doença. O campo de interação da saúde com a LS sucede a nível dos três domínios mencionados, permitindo fazer a leitura dos indicadores no que concerne a comportamentos em saúde, utilização dos serviços de saúde, e participação dos mesmos. Estes elementos são considerados fundamentais no estabelecimento da equidade e da sustentabilidade social.

Sorensen et al., (2012) refere que o quadro conceptual relacionado a estes domínios corresponde à evolução de uma perspetiva centrada no indivíduo para uma outra centralizada na população. A prevenção ganha mais importância, ao colocar o enfoque fora do contexto dos cuidados de saúde.

Pretende-se, assim, a identificação de um conjunto de competências básicas como conhecimento e informação, competências cognitivas e sociais, estilos de vida, atitudes e valores, motivação. O modelo em LS proposto por Sorensen et al., (2012), tem focado várias subdimensões, como se pode ver na tabela 1:

Tabela 1 - Matriz traduzida do HLS-EU

Literacia em Saúde	**Acesso/Obtenção de informação relevante para a saúde**	**Compreensão da informação relevante para a saúde**	**Avaliação/Processamento da informação relevante para a saúde**	**Aplicação/Utilização da informação relevante para a saúde**
Cuidados de Saúde	1) Capacidade de obter informação médica ou assuntos clínicos	2) Capacidade de compreender e extrair significado de informação médica	3) Capacidade de interpretar e avaliar informação médica	4) Capacidade da tomada de decisões informadas em questões médicas
Prevenção da Doença	5) Capacidade de obter informação sobre factores de risco para a saúde	6) Capacidade de compreender a informação sobre factores de risco e extrair significado	7) Capacidade de interpretar e avaliar informação sobre factores de risco para a saúde	8) Capacidade da tomada de decisões informadas sobre factores de risco para a saúde
Promoção da Saúde	9) Capacidade de atualizar-se em relação aos determinantes para a saúde no ambiente social e físico	10) Capacidade de compreender a informação em relação aos determinantes para a saúde no ambiente social e físico, extraindo significado	11) Capacidade de interpretar e avaliar informação sobre determinantes para a saúde no ambiente social e físico	12) Capacidade da tomada de decisões informadas em determinantes para a saúde no ambiente social e físico

Apesar da necessidade de os profissionais de saúde desenvolverem conhecimentos, capacidades e atitudes adequados a pacientes e seus cuidadores com baixa LS, a questão da literacia não se resume a cuidados de saúde. Requer uma abordagem sistémica que inclua políticas de saúde e de educação e que envolva a sociedade, de forma a trazer-lhe bem-estar, tranquilidade e minimize as ansiedades provocadas pelo desconhecimento de situações próprias da gravidez (Sartori & Van der Sand, 2004).

Os níveis de LS variam desde o básico/funcional (a capacidade de entender a informação sobre saúde) a níveis elevados (autocontrolo, pensamento crítico e reflexão). A LS não conduz automaticamente à capacitação, porque esta depende de outras dimensões como motivação, confiança, autoeficácia e tomada de decisão partilhada.

O enfermeiro também pode oferecer apoio social, por meio da valorização das emoções/sentimentos da grávida, transformando a consulta de pré-natal num momento de troca de informações e experiências, baseado na escuta ativa. Por outro lado, deve estimular a participação das grávidas em grupos.

A LS pressupõe, desde logo, a visão sistémica e o contexto em que ela acontece, como se pode perceber na figura 2:

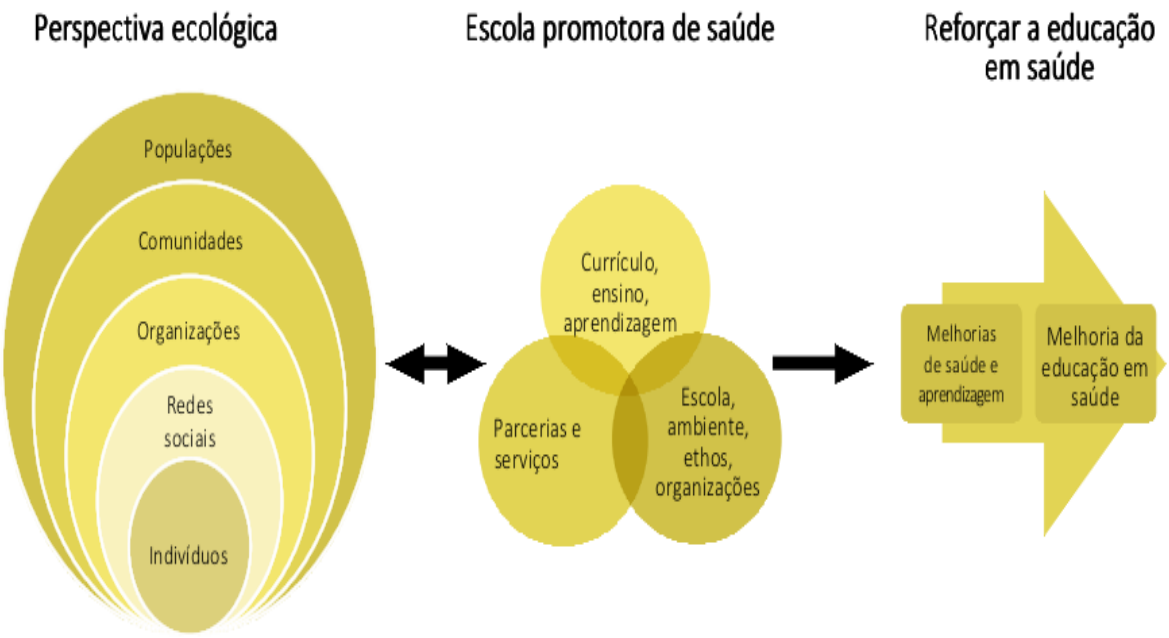


Figura 2 - Modelos de níveis compatíveis e sistema de educação para fortalecer a educação para a saúde.

Uma preocupação que os profissionais que se envolvem na LS têm, refere-se às formas de linguagem que usam e que mais facilmente serão compreendidas pelos seus públicos-alvo. O documento abaixo apresenta uma síntese das ideias que devemos ter em atenção (Tabela 2):

Tabela 2- Abordagens simples em contextos de cuidados de saúde

Foco	Desafios	Acções sugeridas
Vocabulário e duração da frase	• Uso excessivo de jargão • Uso de termos médicos e outros termos científicos que não são definidos • Uso de frases longas e complexas	• Use linguagem simples • Use linguagem escrita e falada clara e simples (mas não simplista) • Use linguagem amiga da criança
Organização e estrutura	• Materiais não escritos com o público em mente ou com atenção para o processo de leitura • As pessoas geralmente ficam sobrecarregadas com informações apresentadas em formatos complexos	• Aprender a pronunciar • Design para facilitar a leitura • Verifique a clareza • Use sugestões organizacionais e de navegação • Organize as informações por preferência e prioridade do leitor• materiais escritos-piloto • Use Teach-Back para informações faladas
Processos de design e desenvolvimento	• Os materiais geralmente são projetados da perspectiva do profissional • A produção de material carece de rigor profissional • Encontros médicos são estruturados para o paciente com pouco espaço para perguntas	• Regular o desenvolvimento e a revisão de textos críticos • Exigir pilotagem com membros do público-alvo, incluindo crianças e adolescentes • Incentivar e apoiar as pessoas a fazer perguntas e estabelecer agendas
Rigor	• Poucos ou nenhum requisito para projetar, pilotar e produzir materiais • Existem poucos protocolos para avaliar as habilidades de comunicação dos profissionais de saúde	• Desenvolver e aplicar regulamentos para projetar, pilotar e produzir textos críticos de saúde • Ensinar e aplicar métodos de Teach-Back • Instituir requisitos de comunicação para exames de licenciamento

2. LITERACIA EM SAÚDE MATERNA

A LSM é um determinante da saúde da criança e do adulto e uma fonte de disparidades na saúde em todo o mundo. De acordo com pesquisas anteriores, Smith e Carroll (2017) operacionalizaram a LSM usando a definição da OMS, específica para as mães, como sendo as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade das mães de obter acesso, entender e usar informações, de maneira a promover e manter a sua saúde e a dos seus filhos.

Nesse modelo sociocultural, a LSM é entendida como um ativo pessoal e comunitário, uma habilidade para a vida necessária para navegar nos sistemas de saúde e nas escolhas quotidianas que influenciam a saúde. A promoção da LSM é uma estratégia de empoderamento para aumentar o controlo das mães sobre a saúde pessoal e infantil, aumentando a sua capacidade de funcionar em três domínios: 1) tratamento de doenças e cuidados de saúde, 2) prevenção e proteção de doenças e 3) promoção da saúde (Santos, 2018). Cada um desses domínios apresenta um conjunto diferente de tarefas de LS em diferentes contextos, exigindo diferentes combinações de habilidades.

A maioria das investigações sobre LSM, especialmente nos Estados Unidos, abordou exclusivamente o tratamento de doenças e o domínio da saúde (Hom et al., 2012). Os estudos adotaram uma abordagem clínica focada na falta de competências de LS. Os estudiosos descreveram esse construto como LSM. São estabelecidas associações entre a baixa literacia relacionada à saúde e resultados clínicos adversos. No entanto, os resultados são variados e o caminho que liga as habilidades de literacia aos resultados não é claro, especialmente no concernente ao vínculo entre a capacidade de leitura das mães e os resultados de saúde infantil. Em grande parte, devido a medidas inadequadas, os estudos de intervenção permanecem escassos, especialmente intervenções comunitárias baseadas em diversas populações de baixa literacia, intervenções focadas na melhoria de competências e intervenções na saúde infantil.

Segundo a OMS (2019) a LSM entre as mulheres está a aumentar, o que significa que elas estão a aprender mais sobre o nascimento, o que pode ser fortalecedor para elas. Pedem ferramentas educacionais como oficinas de treino sobre parto, folhetos e auxiliares de

decisão, o que acaba por ajudá-las a tomar decisões informadas. Apoiar o direito de uma mulher de tomar decisões sobre a assistência médica é muito importante, mas é imperativo que os profissionais de saúde divulguem os riscos e benefícios, explicando as opções. Estes aspetos devem ser discutidos incansavelmente com a mulher durante o período pré-natal, para permitir que assimile toda a informação e seja capaz de tomar uma decisão informada.

Ferreira (2013) analisou o nível de literacia em e-health das grávidas (amostra de 120) que recorreram à consulta externa de obstetrícia do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE., e analisou a relação entre as variáveis sociodemográficas e a literacia em e-health. Para tal, construiu um questionário constituído por duas partes: avaliação sociodemográfica e escada eHEALTH. Os resultados evidenciaram que a literacia em e-health se situa num nível intermédio da escala. Verificou que as grávidas que mais recorrem à internet têm maior literacia em e-health. Outras, entretanto, recorrem a panfletos e à televisão para esclarecerem dúvidas sobre a gravidez.

Tomás, Queiroz, e Rodrigues (2015) estudaram os níveis de LS e comportamentos promotores de saúde em gestão de stresse numa amostra de adolescentes portugueses. Também analisaram o impacto da LS nos comportamentos promotores de saúde em gestão de stresse, nessa mesma amostra. Encontraram bons níveis de LS e comportamentos promotores de saúde em gestão de stresse na amostra. Verificaram correlações estatisticamente significativas entre os dois conceitos, sendo parte da variância desses comportamentos (promotores de saúde em gestão de stresse) explicada pelos níveis de literacia em saúde nesta área.

Neto (2016) identificou as variáveis sociodemográficas, obstétricas e de vigilância da gravidez associadas ao nível de LSM. No global da escala, 36,9% das grávidas apresentaram um nível problemático de LS, 40,1%, 39,9% e 38,4% um nível suficiente de LS nos domínios Cuidados de saúde, Prevenção da doença e Promoção da saúde, respetivamente. A LSM é influenciada pela nacionalidade, local de residência, habilitações literárias, rendimento familiar, internet na residência, planeamento e desejo da gravidez, curso de preparação para o parto/parentalidade, vigilância da gravidez e início da vigilância da gravidez antes das 12 semanas.

Importa reter que o conceito de LSM não se restringe à transferência de informações, mas concentra-se no desenvolvimento de habilidades e autoestima dos indivíduos para melhorar a sua saúde e capacitá-los a rastrear, validar e usar informações para controlar determinantes da saúde. Segundo a literatura, o baixo nível de LS afeta negativamente o conhecimento, os comportamentos preventivos, a capacidade de avançar em direção ao sistema de saúde, o uso de serviços preventivos e a capacidade das mulheres de cuidar dos seus filhos. Quase 90 milhões de pessoas nos Estados Unidos têm LS limitada, levando a uma maior hospitalização e uso de serviços de emergência, o que impõe um pesado ónus económico (Khorasani, Peyman, & Esmaily, 2018).

3. A MULHER E A GRAVIDEZ

A gravidez é um período da vida da mulher, que se inicia aquando da conceção, estende-se por um período de cerca de 40 semanas, e termina com o parto. É um período em que ocorrem alterações profundas no que respeita ao estilo de vida, provocando mudanças não apenas na vida pessoal, mas também na vida do casal e de toda a família. É também uma fase de preparação física e psicológica para o nascimento e para a parentalidade (Coutinho et al., 2014).

> A mulher vive intensamente cada momento, apercebendo-se assim de todas as transformações que ocorrem no organismo, momentos de uma espera que nunca esquecerá e que por vezes se torna longa para ela. Apesar de natural, é um período que requer cuidados especiais, tendo em vista o seu desenvolvimento adequado, um parto sem complicações e o nascimento de uma criança sem problemas (Neto, 2016, p. 28).

A gravidez é considerada um período de expetativas e anseios para o que está por vir e, além disso, é tida como uma fase na qual relacionamentos anteriores são reelaborados, onde há um constante confronto entre a satisfação dos desejos e a possibilidade de reconhecer a nova realidade (Horstein, 1994). Representa um processo dinâmico de construção e desenvolvimento no ciclo de vida de cada mulher. Carateriza-se pelos seus anseios, ansiedades, ligações e fantasias que permitem à mulher, que o projeto da maternidade se

continue a construir e a dimensionar de uma forma gradual (Canavarro, 2001). Esta é uma fase singular na vida da mulher, que exige uma reorganização psicológica, relacional e social e a resolução de tarefas desenvolvimentais, pelo que também são diferentes as preocupações das mulheres nos diferentes momentos desse processo (Colman & Colman, 1994). Umas dessas tarefas é a progressiva construção de expetativas em torno do acontecimento do trabalho de parto.

Segundo a definição apresentada pela Versão 2017 da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem, a gravidez é definida como: Processo do sistema reprodutor: condição de desenvolver e nutrir um feto no corpo, com duração de aproximadamente 266 dias, desde a fecundação ao nascimento; a gravidez é normal, saudável, mas implica alterações rápidas e inevitáveis nas funções corporais; o início da gravidez é indicado pela cessação dos períodos menstruais, enjoos matinais, aumento do volume das mamas e da pigmentação dos mamilos (Conselho Internacional de Enfermagem, 2017).

Abbyad e Robertson (2011) reforçam a ideia de que a mulher deve estar ativamente envolvida na procura de cuidados, informação e conselhos ao longo da gravidez. As consultas pré-natais, como parte da vigilância de gravidez, são fundamentais para o contacto e comunicação entre profissional de saúde e utente; são momentos essenciais para ensinar/treinar/instruir a grávida sobre a sua maternidade e assim ela começar a ter mais informação em saúde, compreendê-la e utilizá-la nas suas decisões.

A consulta de saúde materna e de vigilância da gravidez constitui um meio de apaziguamento das futuras mães e um importante meio para as ajudar a ultrapassar com sucesso as suas incertezas e medos, melhorando a comunicação entre profissional e utente e aumentar os conhecimentos desta (Pereira, 2013).

Leal (2006) 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 e acrescenta ainda que a maternidade não passa necessariamente por uma gravidez, como também desejar um filho não implica forçosamente ter desejos de maternidade.

No decurso da gravidez, sendo a mulher grávida o foco deste conjunto de modificações, ela deve reunir em si mesma a capacidade para lidar com as transformações a que é sujeita, quer em termos físicos, quer em termos emocionais e sociais. Deve, assim, adquirir informação e conhecimentos que lhe confiram autonomia, competência e poder para efetuar escolhas que influenciem a sua saúde. Isto é, ao longo da gravidez, deve ser desenvolvida a sua LS (Silva, 2014).

Os cuidados pré-natais são uma oportunidade crucial para os prestadores de cuidados de saúde oferecerem cuidado, apoio e informação para a mulher grávida. Isso inclui a promoção de um estilo de vida saudável, a deteção e prevenção de doenças, aconselhamento sobre planeamento familiar e apoio às mulheres que podem sofrer violência dos seus parceiros.

O modelo de atendimento pré-natal focado (APNF), desenvolvido na década de 1990, está associado com mais óbitos perinatais do que os modelos de APN (OMS, 2016) que abrangem pelo menos oito contactos entre as grávidas e o prestador de atendimento em saúde, isso porque o atendimento focal não incluía os aspetos de LS das grávidas. O novo modelo de APN da OMS (2016) aumenta o número de contactos (consultas) que uma mulher grávida deve ter com profissionais de saúde ao longo da sua gravidez, passando de quatro para oito.

Evidências recentes indicam que uma maior frequência de contactos nos cuidados de vigilância de saúde pré-natal de mulheres e adolescentes com o sistema de saúde é associada a uma menor probabilidade de natimortos. Isso acontece devido ao aumento das oportunidades para detetar e gerir potenciais problemas. Um mínimo de oito contactos pode reduzir as mortes perinatais em até 8 para cada mil nascidos, quando comparado ao mínimo de quatro visitas.

Além disso, o novo modelo aumenta as avaliações da mãe e do feto para detetar problemas, melhora a comunicação entre os prestadores de saúde e as mulheres grávidas e amplia a possibilidade de resultados positivos na gravidez. A publicação atrás referida recomenda que mulheres grávidas tenham o seu primeiro contacto nas 12 primeiras semanas de gestação, com visitas subsequentes na 20ª, 26ª, 30ª, 34ª, 36ª, 38ª e 40ª semana de gestação.

3.1 TORNANDO-SE MÃE: CONSECUÇÃO DO PAPEL MATERNAL

A teoria da consecução do papel maternal fornece à enfermagem um quadro de orientações para ajudar as famílias a lidar com a maternidade e a apoiar o processo de tornar-se mãe. Esta teoria é fundamentalmente utilizada na área da enfermagem materno-infantil (Mercer, 2004).

Ramona Mercer (1995) é a autora da teoria de enfermagem de médio alcance intitulada *Consecução do Papel Maternal*, que foi desenvolvida pela influência de sua professora e mentora, Reva Rubin, a qual definiu e descreveu a consecução do papel maternal como processo de se prender ou estar ligado à criança e à identidade do papel maternal, ou ver-se a si próprio no papel e sentir-se confortável com isso.

Nesta teoria, o enfermeiro assume-se como fundamental no processo de assunção do papel materno dentro do ciclo gravídico-puerperal. Tem a responsabilidade de cuidar da mulher e do seu núcleo familiar, sendo um elemento de apoio social e reconhecendo oportunamente problemas na relação mãe-filho, para alcançar um estado de bem-estar e conforto satisfatório (Sousa et al., 2013).

Para que se entenda, a consecução do papel maternal (*Maternal Role Attainment*) é considerada como o processo de interação e desenvolvimento que ocorre ao longo do período de tempo em que mãe e filho se ligam e esta adquire as competências de cuidar, que o novo papel envolve, manifestando prazer e satisfação com o mesmo (Kaitz, 2007).

Segundo Mercer (2004) e Canavarro (2001), os fatores que podem interferir na consecução do papel maternal e, consequentemente, no processo de transição para a maternidade, são as variáveis ligadas à mãe, à criança, à família e à sociedade.

As variáveis maternas consideradas por Mercer (2004) e Canavarro (2001) são: a idade; o estatuto socioeconómico; a perceção da experiência do nascimento; a separação precoce mãe/filho; a autoestima e o autoconceito; a flexibilidade no ajustamento de papéis; a ansiedade; a depressão; a satisfação com a interação e com o desempenho de tarefas; a vinculação mãe-filho; a tensão do papel; a personalidade (exemplo: temperamento, empatia e rigidez); a postura na educação da criança; o estado de saúde; a perceção acerca da

criança e o stress. As variáveis relativas à criança são: o temperamento; as características da criança; a responsividade e o estado de saúde.

O modo como funciona a família e a relação mãe-pai também influenciam a consecução do papel maternal, bem como o apoio social. A sociedade pode dar apoio em quatro áreas distintas: o apoio emocional (estabelecimento de uma relação de confiança, e a pessoa sentir-se cuidada); o apoio informativo (veiculado através de informações consistentes, sem contradições, recorrendo à interação); o apoio físico (ajuda direta para resolução de problemas físicos), e o apoio de apreciação (caraterizado pelo encorajamento e elogio de habilidades maternas) (Mercer, 1981; 1986, as cited por Mercer, 2004 e Canavarro, 2001).

Para que fique claro, há quatro conceitos globais que Ramona Mercer retrata no seu modelo. O primeiro é o ser humano. Mercer centra este primeiro conceito no *self* materno. Ter autoconfiança e autoestima são fatores importantes na maternidade. Valores e moral também desempenham papéis relevantes na maneira como os problemas são tratados (Meighan, 2004). O próximo conceito é o meio ambiente. Mercer considera o ambiente, uma vez que tem um impacto sobre o papel materno. Há questões fora da família que terão impacto sobre a forma como se desenvolve o papel materno (Meighan, 2004). O terceiro conceito é a saúde. Quando se trata de trazer uma criança ao mundo, há uma série de fatores que precisam ser abordados. Em relação ao seu histórico de saúde, os pais precisam olhar para a sua saúde atual, bem como o seu estilo de vida. O que acontece durante a gravidez pode afetar a saúde da criança (Meighan, 2004). O último conceito é de enfermagem. Mercer descreve enfermeiros como uma parte muito importante do ciclo da maternidade. Os enfermeiros têm o dever de promover o desenvolvimento e bem-estar dos outros, através da educação e ensino das famílias sobre o que deve ser feito antes, durante e após o ciclo maternal (Meighan, 2004).

Face ao referido, a teoria de tornar-se mãe de Ramona Mercer é adequadamente descrita no contexto dos quatro conceitos globais de enfermagem. Cada conceito aborda um aspeto do ciclo maternal e, portanto, tem uma parte fundamental na construção da teoria de Mercer. Os conceitos globais de enfermagem influenciam a forma como o papel maternal é praticado e como ele não é afetado por apenas um único fator, mas sim por muitos. Estes

conceitos globais, em conjunto, definem e dão forma ao ciclo maternal, contribuindo para a consecução do papel maternal (Kaitz, 2007).

Assim, importa pormenorizar a teoria de consecução do papel maternal. Esta desenvolve-se em quatro fases: a) fase antecipatória, b) fase formal, c) fase informal e d) fase de identidade pessoal ou materna, segundo (Meighan, 2004 & Mercer, 2004):

a) Fase antecipatória: inicia-se com a gravidez e inclui os ajustamentos sociais e psicológicos derivados desta. A mãe apreende as expetativas do papel, fantasia acerca deste, refere-se ao feto no útero e começa a desempenhar o papel. O compromisso da mulher com uma gravidez e um parto seguros e cuidar do feto estão associados a uma adaptação positiva à maternidade.

b) Fase formal: inicia-se com o nascimento e inclui a aprendizagem e desempenho do papel de mãe. Carateriza-se pelo restabelecimento físico da mulher, conhecimento/vinculação com o filho(a), e aprender a cuidá-lo, imitando o comportamento de especialistas e seguindo as suas orientações. A mulher adequa o seu novo papel ao seu estilo de vida com base em experiências passadas e objetivos futuros. Nesta fase os cuidados de enfermagem são particularmente importantes na ajuda às mulheres.

c) Fase informal: inicia-se quando a mulher desenvolve formas particulares de lidar com o novo papel, usando o juízo crítico sobre os melhores cuidados com o(a) filho(a). É uma fase de gradual recuperação de uma nova normalidade.

d) Fase de identidade pessoal ou materna: esta fase evolui à medida que a mulher vai interiorizando o novo papel, através do sentido de harmonia, confiança, satisfação, competência e vinculação, que vai adquirindo à medida que o desempenha.

e) Representa o cumprimento de uma nova identidade através da redefinição do "self" para incorporar a maternidade. Mobilizando-se para uma nova etapa de normalidade, a mulher começa a estruturar-se como mãe cuidadora para se ajustar a si, à família, e a outros contextos de vida, conforme as suas experiências passadas e os objetivos futuros. Os sentimentos de competência

materna atingem o seu pico aos 4 meses, diminuindo significativamente aos 8 e 12 meses.

Estas etapas podem sobrepor-se e o momento é altamente variável, no entanto as etapas geralmente progridem de forma sequencial, previsível.

As diversas fases vão surgindo à medida que o filho(a) cresce, variando de mulher para mulher, influenciadas pelo apoio social, pelo stress, pelo funcionamento da família e pelas relações estabelecidas. A identidade materna é atingida, independentemente do tempo, quando a mulher sente prazer com o papel e vê satisfeitas as suas expectativas (Meighan, 2004, Mercer, 2004, & Kaitz, 2007).

Promover a consecução do papel maternal implica avaliar a adaptação que uma mãe faz ao seu papel maternal, implementar intervenções educacionais que permitam aumentar o seu conhecimento acerca do crescimento e desenvolvimento infantil, avaliar o apoio social que ela dispõe e identificar as variáveis que possam afetar essa consecução (Ordem dos Enfermeiros, 2004; Lopes & Fernandes, 2005).

Mercer (1995, 2004) tentou estabelecer um tempo limite para a adoção do papel materno, referindo-se geralmente ao primeiro mês do pós-parto como o período no qual a mãe teria realmente incorporado o papel. No entanto, em investigações posteriores, Mercer viu que não havia um tempo delimitado para a aquisição do papel materno, e que o contexto da mãe poderia atrasar o processo por meses ou acelerá-lo, já durante a gravidez. Movida pela inquietação, a autora analisa criticamente sua teoria, sugerindo que a mesma passe a se chamar *Becoming a mother*, tendo em vista que o processo da adoção do papel não seria temporalmente restrito, mas continuamente construído ao longo da relação entre mãe e filho.

Deste modo, a autora define novos nomes para os estágios do processo de estabelecimento da identidade materna, os quais derivam dos diversos estudos qualitativos que fundamentaram a revisão da teoria original. As novas fases propostas são: a) compromisso, apego e preparação (gravidez); b) conhecimento, aprendizagem e restauração física (primeiras 2 a 6 semanas após o nascimento); c) movendo-se em direção a uma nova

realidade (2 semanas a 4 meses); e d) realização da identidade materna (por volta dos 4 meses).

O tempo para aquisição dos três últimos estágios, é bastante variável, podendo sobrepor-se, e mais uma vez são influenciados por variáveis maternas, infantis, familiares e ambientais (Mercer, 2004).

Ramona Mercer desenvolveu uma teoria de enfermagem de sucesso que é amplamente aceite e utilizada no ensino e prática da enfermagem materno-infantil. A teoria de enfermagem de médio alcance "Consecução do papel maternal/*Becoming mother*", fornece aos enfermeiros um quadro conceptual e orientações para ajudar as famílias a lidar com a transição para a maternidade e a apoiar o processo de tornar-se mãe. O uso de teorias na prática reforça a ciência da enfermagem e confere excelência ao cuidado. Além disso, o fluxo teoria-prática é bidirecional, aperfeiçoando esta última e dando novas diretrizes e renovação à teoria, num *continuum* indissolúvel (Sousa et al., 2013).

4. AS PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES DA OMS

A OMS (2016) na sua Recomendação Global para Atendimento Pré-natal de Rotina, para promover uma experiência gestacional positiva, visa proporcionar às grávidas atendimento respeitoso, individualizado, centrado na pessoa em cada contacto e garantir que cada contacto ofereça práticas clínicas eficazes e integradas (intervenções e exames); ofereça informações relevantes e oportunas, além de apoio emocional e psicossocial por parte dos profissionais com boas habilidades clínicas e interpessoais, trabalhando num sistema de saúde em perfeito funcionamento, independentemente do país. Está associado a um aumento na satisfação materna.

Para que melhor se entenda, a OMS (2016, 2018) emitiu uma nova série de recomendações para melhorar a qualidade da atenção pré-natal (APN), com o objetivo de reduzir o risco de natimortos e complicações na gravidez, além de proporcionar às mulheres uma experiência positiva da gestação.

As novas diretrizes contêm 49 recomendações que descrevem os cuidados que as mulheres grávidas devem receber a cada contacto com o sistema de saúde, incluindo aconselhamento

sobre uma dieta saudável e nutrição ideal; atividade física; uso de tabaco e outras substâncias; prevenção da malária e VIH; exames de sangue e vacinação contra tétano; medições fetais, inclusive por meio de ultrassom; e conselhos sobre como lidar com sintomas fisiológicos comuns, como náusea, dor nas costas e constipação.

Ao recomendar um aumento na quantidade de contactos que uma mulher deve ter com os seus prestadores de cuidados de saúde, a OMS procura melhorar a qualidade da atenção pré-natal e reduzir a mortalidade materna e perinatal entre todas as populações, incluindo adolescentes e aquelas que habitam em áreas de difícil acesso ou em situação de conflito. As recomendações da OMS permitem flexibilidade para que os países empreguem diferentes opções para a prestação de cuidados pré-natais, com base nas suas necessidades específicas. Isso significa, por exemplo, que o cuidado pode ser fornecido por parteiras e outros profissionais de saúde capacitados e entregue em unidades de saúde ou serviços de proximidade com a comunidade.

Podemos mostrar que esta abordagem de LSM tem em conta, as próprias ideias orientadoras no modelo apresentado pela OMS (2013a):

Figura 3- Principais interessados na alfabetização/educação para a saúde
Fonte: OMS (2013a):

As recomendações da OMS (2016) sobre o APN para uma experiência gestacional positiva dão prioridade ao atendimento de saúde direcionado à pessoa, bem-estar das mulheres e famílias e resultados perinatal e maternal positivos. Estas recomendações são altamente importantes na atualidade para, em todo o mundo, se seguirem as orientações mais relevantes que se sintetizam a seguir.

As recomendações detalham os elementos principais de um pacote de APN de rotina essencial necessário para mulheres e adolescentes durante o período da gestação. Estão integradas e incluem intervenções de promoção da saúde de APN e nutricionais, além de prevenção e deteção precoce de condições específicas relacionadas à gestação e doenças concorrentes, incluindo malária, VIH e tuberculose.

Elas também incluem intervenções do sistema de saúde para melhorar o uso e a qualidade do APN e a experiência gestacional positiva de mulheres e adolescentes, com uma recomendação de, pelo menos, oito contactos de APN durante a gestação para melhorar os resultados perinatais e a experiência de atendimento das mulheres. As recomendações foram desenvolvidas para serem adaptáveis e flexíveis, de forma a os países com definições, cargas de doença e situações socioeconómicas, além de estruturas de sistemas de saúde diferentes, poderem adotar e implementar as recomendações com base no contexto do país e nas necessidades da população.

Estão entre as recomendações da OMS (2016):

> Modelo de atenção pré-natal com o mínimo de oito contactos recomendados para reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência de atendimento às mulheres; Aconselhamento sobre alimentação saudável e manutenção de atividades físicas durante a gravidez; Suplementação diária por via oral de ferro e ácido fólico com 30 mg para 60 mg de ferro elementar e 400 µg (0.4 mg) de ácido fólico para as grávidas evitarem anemia materna, sepsis puerperal, baixo peso do bebé e nascimento pré-termo; A vacinação contra tétano é recomendada para todas as grávidas, dependendo da exposição anterior à vacinação, para evitar a mortalidade neonatal por tétano. (p. 7)

No que se refere aos cuidados relacionados com a nutrição, é recomendada a reatribuição de tarefas de distribuição de suplementos nutricionais recomendados e tratamento preventivo intermitente na gestação (TPIg) para prevenção da malária, para uma variedade de funções, incluindo auxiliares de parto, enfermeiras, parteiras e médicos.

Em populações subnutridas, a educação nutricional e aconselhamento para aumentar a ingestão diária de energia e proteínas é recomendada para reduzir o risco de baixo peso de recém-nascidos.

Relativamente aos aspetos da nutrição a USAID (2018) recomenda o seguinte:

> A subnutrição é geralmente definida pelo peso baixo (ou abaixo do indicado), que é o índice de massa corporal de 8,5 kg/m2. Avalia regularmente a prevalência de subnutrição; Entre os adultos de uma dada configuração, se 20-39% das mulheres da população estiverem abaixo do peso, e essa prevalência é considerada alta; a taxa de prevalência de 40% ou mais é muito elevada; Considerar plataformas de entrega alternativas (conselheiros) e reatribuição de tarefas para educação e aconselhamento nutricional com apoio de um forte pacote de treinamento com orientação nutricional padronizada. (p.4)

A implementação da mobilização da comunidade através de ciclos de aprendizagem e ações participativas facilitadas com grupos de mulheres é recomendada para melhorar a saúde da gestante e do recém-nascido, especialmente em zonas rurais com baixo acesso aos serviços de saúde. Os grupos de mulheres participativos representam uma oportunidade para as mulheres discutirem as suas necessidades durante a gestação, incluindo barreiras para obter atendimento e aumentar o apoio a grávidas.

Quanto aos pacotes de intervenções que incluam mobilização do domicílio e da comunidade e visitas pré-natais domiciliares, eles são recomendados para melhorar a utilização do atendimento pré-natal e dos resultados de saúde perinatais, especialmente em zonas rurais com baixo acesso aos serviços de saúde. A OMS recomenda que as visitas tenham em conta aspetos como:

> Estas visitas não substituem o APN, mas podem ser úteis para garantir que haja a continuidade do atendimento e a promoção de comportamentos saudáveis;

> Intervenções que fortalecem os sistemas de saúde devem ser implementadas juntamente com estas intervenções baseadas na comunidade (USAID, 2018, p.3).

Para recrutar e manter profissionais da saúde qualificados em áreas rurais e remotas, o0s legisladores devem considerar intervenções educacionais, regulamentares, financeiras e de apoio pessoal e profissional.

O APN de grupo fornecido por profissionais da saúde qualificados pode ser oferecido como uma alternativa ao APN individual para grávidas, dependendo das preferências da mulher e desde que a infraestrutura e os recursos para a entrega de atendimento pré-natal estejam disponíveis.

As instalações de saúde precisam ver um número suficiente de grávidas para implementar o APN em grupo, pois as mulheres devem ser agrupadas por idade gestacional.

Os profissionais da saúde precisam ter instalações adequadas para apoiar sessões de grupo, inclusive tendo acesso a salas grandes, bem ventiladas e protegidas, com assentos adequados. Um espaço privado deve estar disponível para os exames, e devem ser oferecidas oportunidades para conversas particulares entre a mulher e o profissional da saúde.

No que se refere à avaliação da mãe e do feto, as recomendações que temos vindo a citar salientam:

> Classificar a hiperglicemia detetada pela primeira vez a qualquer momento durante a gestação como diabetes mellitus gestacional (DMG) ou diabetes mellitus na gravidez, de acordo com os critérios da OMS; A OMS não tem, no momento, uma recomendação sobre se ou como fazer a triagem para a DMG em todas as grávidas; o período de tempo habitual para diagnosticar a DMG é em 24-28 semanas de gestação; Persistem incertezas sobre a relação custo-benefício das estratégias de triagem, da prevalência da DMG e diabetes mellitus em diversas populações, e o impacto de um diagnóstico precoce nos resultados da gravidez; As mulheres cuja hiperglicemia (diabetes mellitus, DMG) é detetada durante a gravidez estão em maior risco de resultados adversos da gravidez, incluindo macrossomia, pré-eclâmpsia/doença hipertensiva específica e/ou distocia do ombro. O tratamento da

> DMG pode reduzir a probabilidade de ter resultados adversos na gravidez; Perguntar sobre o uso de álcool e outras substâncias (passado e presente) o mais cedo possível durante a gravidez e a cada visita de APN. (USAID, 2018, p.5)

Perguntar rotineiramente sobre o uso de álcool é importante, pois algumas mulheres são mais propensas a relatar informações importantes somente depois que uma relação de confiança é estabelecida. Os profissionais da saúde devem estar preparados para intervir no caso de haver dependência de álcool ou de outra substância.

Em situações de alta prevalência, importa implementar teste e aconselhamento iniciados pelo profissional para VIH em todas as configurações. Em situações de baixa prevalência, o teste e aconselhamento iniciado pelo profissional podem ser considerados em situações de APN como uma componente-chave do esforço para eliminar a transmissão de VIH da mãe para o filho; integrar teste de VIH com o de sífilis, viral ou outros testes importantes, conforme a relevância para as situações e fortalecer os sistemas de saúde de apoio à mãe e ao filho.

Fornecer um ultrassom antes de 24 semanas de gestação (ultrassom inicial) para estimar a idade gestacional (IG), melhora a deteção de anomalias fetais e de gestações múltiplas, reduz a indução do trabalho de parto para a gravidez pós-termo e melhora a experiência gestacional.

> Uma ultrassonografia de rotina após 24 semanas de gestação não é recomendada para grávidas que tiveram um ultrassom inicial. No entanto, os interessados podem considerar um ultrassom posterior para identificar o número de fetos, a apresentação fetal e a localização da placenta se um ultrassom inicial não tiver sido feito (USAID, 2018, p.6).

O hemograma completo é o método recomendado para diagnóstico de anemia gestacional. Em contextos onde o hemograma não está disponível, o teste de hemoglobina no local com um medidor de hemoglobina é recomendado em relação ao uso da escala de dor de hemoglobina como o método para diagnóstico de anemia gestacional.

> O medidor de hemoglobina é mais sensível e mais específico para detetar anemia de moderada a grave do que a escala de cor de hemoglobina; O desenvolvimento e/ou

> investigação de outros métodos de baixo custo de deteção local são necessários (USAID, 2018, p. 6).

A cultura da urina de jato médio é o método recomendado para diagnóstico da bacteriúria assintomática na gravidez (ASB). Em contextos em que a cultura da urina não está disponível, a coloração de Gram de urina de jato médio é recomendada em relação ao uso de testes de vareta como o método para diagnóstico de ASB na gravidez.

Depois, deve-se fornecer um esquema de antibiótico de sete dias para as grávidas com ASB para evitar bacteriúria persistente, nascimento prematuro e baixo peso do recém-nascido. De igual modo, deve-se fornecer vacinação de tétano para todas as grávidas, dependendo da exposição anterior ao tétano, para evitar a mortalidade neonatal por tétano**.**

> Esta recomendação é consistente com o que é dito em Imunização materna contra tétano da OMS. Se uma mulher grávida não tiver sido previamente vacinada ou se o seu status de imunização for desconhecido, ela deve receber duas doses da vacina contendo toxoide tetânico (TTCV) com 1 mês de diferença, sendo a segunda dose dada pelo menos 2 semanas antes do parto. − Na maioria das pessoas, duas doses protegem contra a infeção por tétano por 1-3 anos. É recomendada uma terceira dose 6 meses após a segunda dose, que deve estender a proteção da vacina para, pelo menos, 5 anos. − Mais duas doses para mulheres que são vacinadas contra o tétano pela primeira vez durante a gestação devem ser dadas após a terceira dose, nos 2 anos subsequentes, ou durante duas gestações posteriores (USAID, 2018 p. 7).

Em áreas endémicas, o tratamento preventivo anti-helmíntico é recomendado para grávidas após o primeiro trimestre, como parte de programas de redução de infeção.

> Áreas endémicas são áreas onde a prevalência de infeção de ancilóstomo e/ou lombrigas é de 20% ou mais e a prevalência de anemia entre as mulheres grávidas é de 40% ou mais. A segurança não foi claramente estabelecida para uso destas drogas anti-helmínticas na gravidez, mas os benefícios de tomar estes medicamentos são considerados como compensando as desvantagens (USAID, 2018, pp. 7-8).

As intervenções recomendadas para a atuação face aos sintomas fisiológicos comuns na gestação são:

> Para *Náuseas e vómitos*, o uso do Gengibre, camomila, vitamina B6 e/ou acupuntura para alívio de náuseas no início da gravidez; Para a *Azia* o aconselhamento sobre dieta e estilo de vida para prevenir e aliviar a azia na gravidez, preparações antiácidas para mulheres com sintomas incómodos não aliviados por mudanças de estilo de vida; Nas *cãibras* está indicado o reforço de Magnésio, cálcio ou opções de tratamento não farmacológicas para alívio de cãibras na gestação; Nas *dores pélvicas*/*nas costas* recomenda-se o exercício regular durante toda a gravidez para evitar dor pélvica/traseira baixa; diferentes opções de tratamento podem ser utilizadas, como fisioterapia, acupuntura e correias de suporte. Às grávidas com *constipação/obstipação* devem ser dados suplementos de fibra para aliviar a prisão de ventre na gestação se o estado não responder à modificação dietética; Nas *Varizes e edemas*, as opções não farmacológicas, como meias de compressão, elevação da perna e imersão em água para manejo de varizes e edema durante a gestação (USAID, 2018, p. 8).

O primeiro fórum realizado em África (Kigali, Ruanda) reconheceu os progressos realizados nos resultados na área da saúde – melhoria da esperança de vida à nascença, reduções na taxa de mortalidade dos adultos, dos menores de cinco anos e na mortalidade materna – graças a uma melhor disponibilidade, cobertura e utilização dos serviços de saúde, e lançam um apelo no sentido de os países aproveitarem os progressos realizados na redução da mortalidade materna e atuarem no domínio da saúde da mulher com uso dos conhecimentos em literacia de saúde para as grávidas (OMS, 2017).

5. ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

Em contexto de Cuidados de Saúde Primários, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) encontra-se numa posição privilegiada proporcionando cuidados de proximidade, tendo a hipótese de prestar cuidados à menina,

adolescente e mulher adulta, antes, durante e após a gravidez numa perspetiva global, atendendo ao contexto familiar e comunitário, de forma a tornar os serviços mais eficazes, eficientes e equitativos. Esta é uma reflexão da Comissão de Especialidade de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros de Portugal (OE, 2009).

A OE de Portugal (2015) refere que o paradigma de prestação de cuidados de Saúde Materna difere, consoante os fatores contextuais existentes. No entanto, e de uma forma geral, os EESMO/Parteiras deparam-se com o mesmo tipo de questões, independentemente do país em que se encontrem. Em grande parte, estas incertezas e medos, provêm do modelo biomédico que durante tanto tempo esteve enraizado nos princípios da prática tradicional das parteiras, produzindo subversão e adulteração da mesma.

Perante esta certeza, surge uma questão universal: como encorajar as e os EESMO/Parteiras a alterar práticas que estão tão enraizadas? A Parteira Mavis Kirkham, na 6ª Conferência anual da *Association of Radical Midwifes*, em 25 de novembro de 2012, deixou algumas estratégias possíveis de recurso para EESMO/Parteiras, face às contradições e medos gerados no confronto com o modelo biomédico, de forma a fortalecer-nos enquanto profissionais. Destas estratégias, destaca-se a importância de nutrir /estimular ou empoderar os EESMO/Parteiras, encorajar a diversidade, o desenvolvimento do sentimento de solidariedade entre os pares e o desenvolvimento de estratégias políticas.

Relativamente ao empoderamento dos EESMO/Parteiras, aspeto crucial na construção da identidade profissional, este deverá ser algo a desenvolver diariamente, entre colegas. As questões centrais do empoderamento dos EESMO/Parteiras, têm como aspetos basilares: a continuidade dos cuidados, o nutrir e preservar os relacionamentos entre pares assim como o sentido de lealdade, a análise de situações e o privilegiar relações de atenção e carinho quer com mães/utentes, quer entre EESMO/Parteiras. O objetivo máximo de todos os EESMO/Parteiras será contribuir para a construção de "(...) um mundo onde todas as parturientes têm acesso aos cuidados de uma parteira para si e para o seu recém-nascido" (OE, 2015, p. 8).

O modelo de cuidados centrado na mulher implica uma adequação dos mesmos às suas reais necessidades individuais, que estes sejam sensíveis às necessidades individuais das mulheres, e que haja lugar a escolhas informadas sobre todos os aspetos relativos à

prestação de cuidados. Pressupõe ainda que seja destacado o empoderamento e capacitação das mulheres, afirmando a sua própria força e competências pessoais, assim como um compromisso com a promoção do trabalho de parto e parto fisiológicos (OE, 2015).

Os cuidados prestados pelos EESMO/Parteiras devem ser flexíveis, criativos, de capacitação/empoderamento e de suporte às mulheres. Aos EESMO/Parteiras cabe ouvirem e apoiarem a Mulher nas suas escolhas, sem juízos de valor, com a consciência de que as crenças e valores das mulheres sobre a gravidez e o parto são mais elaborados do que uma superficial dicotomia entre "natural" e "medicalizado". As escolhas que as mulheres fazem dependem de vários fatores, principalmente das normas culturais e sociais do meio onde estão inseridas, mas também do tipo de cuidados que lhes é oferecido e disponibilizado. Cabe também ao EESMO/Parteira a oferta de um modelo assistencial e holístico, isto é que atende à compreensão da Mulher nas suas dimensões social, emocional, cultural, espiritual, psicológica e física/biológica, no seu ciclo reprodutivo. Para o efeito deve considerá-la no seu todo - incluindo sempre os seus sentimentos e expetativas, promovendo e protegendo ativamente o seu bem-estar, promovendo uma consciência de saúde dos seus semelhantes, tal como do estado de saúde do feto, no decurso da gravidez.

5.1 COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA

> O conjunto de competências requerido ao EESMO foi emitido pela OE em 2011, aprovada um novo regulamento n.º 391/2019, 3 de maio, em conformidade com o que havia sido descrito. As competências do Enfermeiro Especialista e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica são as seguintes: a) Cuida a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período preconcecional; b) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré -natal; c) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto; d) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período pós -natal; e) Cuida a mulher inserida na família e comunidade durante o período do climatério; f) Cuida a mulher inserida na família e comunidade a

> vivenciar processos de saúde/doença ginecológica; g) Cuida o grupo -alvo (mulheres em idade fértil) inserido na comunidade (OE, 2019, p. 13560).

Ou seja, o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica tem como foco dos seus cuidados a "Mulher no âmbito do ciclo reprodutivo (...) ", tendo-as como alvo dos cuidados do EESMO e deverão ser entendidas como uma pessoa no seu todo.

Neste âmbito, o perfil de atuação do EESMO abarca: "O perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica integra, junto com o perfil das competências comuns, o conjunto de competências clínicas especializadas que visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar." (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 13560).

O EESMO possui competências para assegurar a vigilância e prestação de cuidados à mulher e respetiva família durante todo o ciclo gravídico-puerperal, quer em circunstâncias desprovidas de riscos acrescidos para a unidade materno-fetal através de intervenções autónomas, quer nas restantes situações através de intervenções interdependentes.

As unidades de cuidados de saúde primários constituem locais por excelência para a intervenção do EESMO junto de toda a comunidade, promovendo a saúde da mulher e família ao longo do seu ciclo de vida reprodutivo, diagnostica precocemente e previne complicações para a saúde da mulher no âmbito da saúde sexual, do planeamento familiar e durante o período preconcecional. Providencia cuidados à mulher com disfunções sexuais, problemas de fertilidade e infeções sexualmente transmissíveis. — Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento. Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher durante o período pré-natal e em situação de abortamento. Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação, durante o período pré-natal e em situação de abortamento. (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p13562)

Em resumo, o EESMO deverá ser encarado pela comunidade como um elemento chave na promoção da saúde da mulher e do homem em todas as questões relacionadas com o aparelho reprodutor, sexualidade, planeamento familiar e parentalidade. Deste modo, no âmbito dos cuidados de saúde primários, o EESMO desempenha um papel determinante

quer como supervisor dos cuidados prestados à mulher/família pelos enfermeiros de família, quer como recurso especializado no seio da equipa multidisciplinar.

5.1.1 Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal

O EESMO, no exercício da sua atividade profissional durante o período pré-natal, é incumbido de cuidar da mulher inserida na família e comunidade de forma a potenciar a sua saúde, preparar a mulher/casal para o parto e para a parentalidade, detetar e tratar precocemente as complicações pretendendo promover, sempre, o bem-estar materno-fetal.

A alínea c, do artigo 88.º da Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro, Diário da República, refere que o EESMO deve "Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas", na assistência prestada à mulher no período pré-natal, com o intuito de promover o bem-estar materno-fetal, deve dotar-se a mulher de conhecimentos sobre a sua saúde perineal, informar, aconselhar e esclarecer a importância, da massagem perineal pré natal e do exercício físico na gravidez. Lei n.º 111/2009, de 16 de setembro. Diário da República n.º 180/2009, Série I de 16 de setembro de 2009. Lisboa: Assembleia da República.

No âmbito do desenvolvimento das consultas de enfermagem deve explicar-se que a massagem perineal pré-natal pode ser feita e por quem pode ser realizada. É essencial trabalhar o respeito pela condição de cada mulher e o seu à-vontade com a manipulação do corpo (Bennett & Foster,1993 as cited. por George, 2000).

Muitas grávidas apresentam um défice de conhecimento sobre a preparação perineal, nomeadamente, massagem perineal pré-natal. Objetivando a educação sobre a massagem perineal pré-natal e a implementação desta técnica durante a gravidez, deve dar-se a conhecer à grávida os benefícios da massagem perineal pré-natal, incentivar o uso desta técnica, bem como demonstrar de que forma esta se concretiza, a partir das 30 semanas de idade gestacional (Beckmann & Stock, 2013).

Indo ao encontro do referido por Eugénia, Enterría, e Valladolid (2009) as principais vantagens da massagem perineal são: o aumento da elasticidade dos músculos do períneo e promoção da circulação sanguínea na região, ajudando assim a reduzir a incidência de episiotomia; relaxamento do períneo aquando do trabalho de parto; promoção do autoconhecimento do corpo; técnica que pode ser aplicada pela mulher ou convivente significativo, promovendo a interação entre o casal; ausência de utilização de instrumentos no parto; ser de fácil realização; e, por último, não apresentar efeitos prejudiciais.

Acredita-se que a massagem pode aumentar a flexibilidade dos músculos do períneo, logo diminui a resistência muscular que vai permitir maior distensão do períneo e atentando King e Pinger (2014), a massagem perineal pré-natal previne as lacerações perineais e a necessidade de episiotomia.

Na ótica de Rodríguez, Peláez, e Barakat (2012) o fortalecimento da musculatura do assoalhado pélvico durante a gravidez reduz a incidência de lacerações e complicações durante o trabalho de parto. Afirmam também que o exercício físico aumenta a força muscular e a resistência e, também, coordena a musculatura pélvica.

"A gravidez é um período durante o qual ocorrem grandes alterações fisiológicas no corpo da mulher. Estas alterações são, principalmente, o resultado da interação de quatro fatores: as mudanças mediadas por hormonas no colagénio e no músculo involuntário; o aumento do volume total de sangue com fluxo aumentado de sangue para o útero e rins; o crescimento do feto que leva à ampliação e deslocamento do útero; e, por último, o aumento do peso corporal e mudanças adaptáveis no centro de gravidade e postura" (Marques dos Santos, 2014, p. 7).

A prestação de cuidados à mulher no período pré-natal é essencial para o desenvolvimento de competências necessárias para a implementação de cuidados à mulher grávida com patologia associada à gravidez. Nos cuidados à grávida com complicações na gravidez, deve-se satisfazer as necessidades da mulher e sua família e atentando ao pilar "realidades" preconizado por Wiedenbach; deve-se identificar os fatores físicos, psicológicos, emocionais e espirituais da mulher e convivente significativo, para melhor delinear e adequar o plano de cuidados de enfermagem (prescrição). Assim, conforme a Teoria Prescritiva de Wiedenbach, deve tomar-se a mulher como conhecedora das suas

necessidades, integrando-a sempre no seu projeto de saúde bem como, estimulando a sua autoestima (Bennett & Foster, 1993, as cited. por George, 2000).

Neste seguimento, e segundo a OE de Portugal (2012, p.5), "… a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o paciente, no respeito pelas suas capacidades" objetivando, sempre:

> Prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procurando-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, procurando-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente. (OE, 2001, p.11)

Durante o internamento das mulheres com patologia/ complicações na gravidez, torna-se fundamental implementar diagnósticos e intervenções de promoção da saúde pré-natal revelando-se fulcral enfatizar e influenciar positivamente a saúde da mulher grávida e da família, para promover o bem-estar materno-fetal.

As complicações associadas à gravidez implicam no delineamento do plano de cuidados de enfermagem individualizado, explicitando as intervenções a realizar, indo ao encontro do diagnóstico, pretendendo atrasar o trabalho de parto prematuro (TPP) e as situações de maior gravidade que advêm, por exemplo, da pré-eclâmpsia. Neste seguimento, e conforme definido pelo Regulamento n.º 127/2011, de 18 de fevereiro, no que concerne às competências do EESMO, este deve conceber, planear, implementar e avaliar intervenções à grávida.

A prevenção e redução das complicações materno-fetais, perante situações de risco que são experienciadas no decorrer dos estágios, nomeadamente, ameaça de parto pré-termo (APPT) e a doença hipertensiva materna, levam à identificação, planeamento de cuidados e validação da situação clínica materno-fetal. Deve-se, para o efeito, mobilizar meios técnicos e clínicos adequados para identificar algum desvio e prevenir complicações. Deve-se incentivar o repouso e a ingestão adequada de líquidos (Lowdermilk & Perry, 2008) e, ainda, informar e ensinar à grávida sobre as doenças e os sinais indicativos de agravamento, com o intuito de ela conseguir identificá-las e relatar ao profissional de saúde

atempadamente. Os resultados esperados são estabelecidos a curto e a longo prazo, pretendendo-se que uns sejam atingidos durante o internamento e outros após a alta (Doenges & Moorhouse, 2010).

Os cuidados prestados à grávida e sua família também se alicerçaram na Teoria Prescritiva de Ernestine Wiedenbach, com o intuito de identificar as necessidades da grávida, planear e atuar em função dessas necessidades. Nesta fase, o EESMO deve observar a presença de sinais e sintomas, explorar o significado dos mesmos com a grávida, determinar as causas de desconforto e determinar a capacidade de a grávida resolver a problemática identificada, de modo a ajuizar e adequar os cuidados a prestar (Bennett & Foster, 1993, as cited. por George, 2000).

6. CONTEXTUALIZAÇÃO DA REALIDADE EM SAÚDE MATERNA EM CABO VERDE

Cabo Verde é um pequeno país arquipelágico, formado por dez ilhas - Santo Antão, São Vicente, Santa Luzia, São Nicolau, Sal, Boa Vista, Maio, Santiago, Fogo e Brava- e cinco principais ilhéus (Branco, Raso, Luís Carneiro, Grande e de Cima), totalizando uma superfície aproximada de 4.033 km2. Está situado entre os paralelos 14º 23' e 17º 12' de latitude Norte e os meridianos 22º 40' e 25º 22' a Oeste de Greenwich.

Figura 4 - Localização de Cabo Verde

O contexto natural em que se realizou o estudo foi a região de Santa Catarina em Cabo Verde, com grávidas que frequentam as consultas pré-natais no Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva de Santa Catarina Cabo Verde.

O Concelho de Santa Catarina é um concelho/município da ilha de Santiago, no Sotavento de Cabo Verde, com uma superfície de 243km2 e 43297 habitantes (INE.CV, 2010). A Sede de Concelho é a Cidade de Assomada.

Houve uma melhoria contínua dos indicadores de saúde no que tange à mortalidade materna, neonatal precoce, tardia e pós neonatal em todo o país. Santa Catarina não foge à regra com 19 óbitos neonatal, 10 óbitos de neonatal precoce, representado por 52,6%. Quanto aos óbitos neonatais tardios foram 4 (21,1%) e 5 pós neonatal (26,3%). Depois o número de Médicos e Enfermeiros tem aumentado anualmente, sendo que em 2016 havia 33 Médicos (uma razão médico/habitante de 7,25) e 59 Enfermeiros (razão Enfermeiro/habitante de 12,96) (INE.CV, 2017).

Em Cabo Verde a mortalidade materna tem tido variações anuais de acordo com as estatísticas de saúde. O número varia de 1 a 7 mortes por ano nos últimos dez anos e a taxa varia muito entre 9,4/100 000 nados-vivos em 2014 e 53,7 em 2009. Perfila entre os países

que alcançou o Objetivo de Desenvolvimento de Milénio (ODM) com um rácio de Mortalidade Materna que passou de 256/100000 nados vivos em 1990 a 51 em 2001 e 42 em 2015. No que concerne às causas de mortes maternas, eram essencialmente diretas, tendo havido, em 2015, 5 mortes, em 2014, 1 morte e, em 2013, 4 óbitos por causa direta (Ministério da Saúde e da Segurança Social [MSSS] de Cabo Verde, 2015).

Ainda segundo a mesma fonte, a mortalidade neonatal sofre descidas ligeiras de cerca de 1%, por ano, entre 2004 e 2015. Esta baixa na mortalidade ocorre menos rapidamente nas mortes neonatais comparativamente às mortes infantis: uma descida de 30% entre 2006 e 2015 para mortalidade neonatal, e um declínio de 60% para menores de um ano para o mesmo período (MSSS de Cabo Verde, 2015).

Em Cabo Verde, a dispersão e a pequena dimensão das ilhas representam uma dificuldade no planeamento, distribuição e no acesso aos cuidados de saúde pela população. A distribuição da população em todo o arquipélago é bastante desigual: as ilhas de Santiago e

São Vicente concentram 75% da população. Algumas ilhas (Santo Antão, São Nicolau, Maio, Fogo e Brava) não possuem comunicação diária com as ilhas principais e as ilhas de Santo Antão e Brava dispõem de comunicação apenas por via marítima. As ilhas de Santiago, São Vicente, Boa Vista e Sal dispõem de aeroporto internacional (MSSS de Cabo Verde, 2017).

Outro ponto a ser destacado é a marcante desigualdade na distribuição dos profissionais de saúde entre as ilhas e concelhos. Cerca de metade dos médicos (52%) atua nos hospitais centrais, um terço (32%) na atenção primária, 14% na atenção secundária, o que impossibilita uma adequada atenção nos cuidados pré-natais para o bem-estar materno fetal e, por conseguinte, há uma inadequada LS baseada em evidência clínica oferecida por profissionais de saúde com uma tomada de decisão errada e inoportunas da grávida (MSSS de Cabo Verde, 2017),

O Plano Estratégico Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva 2018-2022, realizado em Cabo Verde, deu especial realce à saúde da mulher e do recém-nascido. Devido a uma baixa disponibilidade de profissional médico, em especial gineco-obstetra no Centro de Saúde Sexual e Reprodutivo em Cabo Verde, as consultas pré-natais são oferecidas por

Enfermeiros generalistas. A presença do EESMO é, assim, primordial para o atendimento de qualidade e personalizado, mediante o qual as grávidas recebem informações valiosas (LSM), permitindo-lhe alcançar o fim da gravidez com sucesso.

Gravidezes não planeadas ocorrem em vários países, com magnitudes distintas, entre mulheres de diferentes idades, e por diferentes razões. Inclui-se aí a perceção de que a gravidez é um evento natural e o planeamento se referiria apenas à decisão de não ter filhos (Kirkman et al., 2016). Para a autorrealização das mulheres, é necessário que haja orientação para o uso consistente de contracetivos.

Cabo Verde não é exceção. Apesar de existirem serviços que disponibilizam um leque de métodos contracetivos, atualmente concentrados nos métodos hormonais, orais ou injetáveis, é preciso que haja mudanças culturais no sentido da conceção e planificação da maternidade, o que se poderia alcançar dirigindo-se a LS à comunidade.

Os profissionais de saúde que acompanham a grávida devem ter a sensibilidade necessária para perceber que, por detrás de qualquer pergunta, por mais ingénua que possa parecer, podem existir importantes aspetos emocionais latentes. A transição para a maternidade carateriza-se por um compromisso intenso e envolvimento ativo que requer a reestruturação de responsabilidades e comportamentos. Enquanto a mulher não desenvolve essa perícia e formas particulares de gerir as suas necessidades, os profissionais de saúde são um recurso importante para o sucesso no desempenho desse novo papel (Graça, Figueiredo, & Carreira, 2011).

7. POLÍTICA DE SAÚDE PARA SAÚDE MATERNA EM CABO VERDE

O Sistema Nacional de Saúde (SNS) compreende os serviços e organismos que assistem ao Ministro na formulação da política de saúde, na regulação do sistema e na avaliação do seu desempenho. O Conselho do Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Nacional de Medicamentos são órgãos consultivos; além destes, o Centro Nacional de Desenvolvimento Sanitário, as Escolas de enfermagem e os Hospitais Centrais são os órgãos sob tutela ou superintendência do Ministério da Saúde (Lima, 2018).

A descentralização do SNS ocorre através das Delegacias de Saúde, cuja circunscrição coincide com o Concelho ou Município, que é a base da divisão administrativa do país. O SNS compreende as seguintes estruturas prestadoras de cuidados: em 2015, nas dez ilhas, os aparelhos de saúde estabelecidos eram: 19 Delegacias de saúde, 2 Hospitais centrais, 4 Hospitais regionais, 30 Centros de saúde, 5 Centros de saúde reprodutiva, 1 Centro de saúde mental, 1 Centro de terapia ocupacional, 35 postos sanitários e 115 Unidades básicas de saúde (Lima, 2018).

Rodrigues (2015) refere que, na área da saúde, os ODM propostos pelas Nações Unidas passam por reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e combater o VIH/SIDA, a malária e outras doenças. Na verdade, o país tem registado tendências firmes de melhorias e já cumpriu parte dos objetivos estabelecidos. Para que se entenda, Cabo Verde, em termos do desenvolvimento da saúde, é um país de ponta na região africana. Conseguiu ter um patamar de desenvolvimento da saúde surpreendente. A saúde e o desenvolvimento em Cabo Verde andam de mãos dadas, porque a saúde é um pilar muito importante para o índice de competitividade do país e um componente muito importante também para o Índice de Desenvolvimento Humano. No caso da malária, da tuberculose e do VIH/SIDA, da saúde materna e da mortalidade infantil, o país tem indicadores muito bons. Em 2011, 96,7% das crianças já tinham sido vacinadas contra o sarampo e 94% das mulheres receberam assistência qualificada durante o parto, o que tem tido bons impactos na taxa de mortalidade infantil e na melhoria da saúde materna. Cabo Verde tem indicadores de saúde muito melhores que outros países quer em termos de mortalidade infantil, quer em termos de incidência de doenças particulares como a malária, e mesmo em termos de incidência de VIH/SIDA, que podia estar melhor, é verdade, mas os indicadores não são dos piores.

Dados da OMS (2016), revelam que Cabo Verde tem a menor mortalidade materna entre 47 países africanos, tendo registado, em 2015, 42 mortes por 100 mil nascimentos (53 mortes em 2013). Entre os países lusófonos é o segundo melhor classificado neste indicador, a seguir a Portugal que tem 10 mortes por 100 mil nascimentos. Cabo Verde debate-se com um problema de gravidezes na adolescência, sendo que dados de 2013 apontavam que cerca de um quarto das grávidas do país tinham menos de 19 anos. No entanto, apesar de haver

“bons indicadores” em matéria de atendimento às grávidas, a mortalidade perinatal, nos primeiros dias a seguir ao nascimento, é ainda uma preocupação e isso leva a concluir que o atendimento e a atenção depois do parto são igualmente importantes (Agência Lusa, 2019).

Do ponto de vista de políticas da saúde, Cabo Verde tem o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva (PNSR) que é um programa da DGS, do Ministério da Saúde de Cabo Verde que visa promover o bem-estar geral, físico, mental e social da pessoa para tudo o que diz respeito ao aparelho genital, suas funções, seu funcionamento e não somente ausência de doença. O PNRS teve início em Cabo Verde em 2001, substituindo o Programa Materno Infantil e de Planeamento Familiar, que passou também a envolver os homens e, inclui o Programa Alargado de Vacinação.

Os componentes do PNSR são:

Maternidade sem (baixo) risco - aconselhamento e consulta preconceção, vigilância pré-natal, promoção do aleitamento materno exclusivo; Promoção e vigilância do crescimento infantil, prevenção por vacinação e Atenção Integrada às Doenças de Infância (AIDI); Planeamento Familiar que abrange mulheres e homens na fase reprodutiva da vida: 15 a 49 anos de idade e 15 a 59 anos, respetivamente: a) Contraceção e prevenção das gravidezes precoces e das indesejadas; b) Prevenção e tratamento da Infertilidade.

Prevenção, atendimento e seguimento dos abortos e suas complicações; Prevenção e luta contra Infeções Sexualmente Transmissíveis (IST) e VIH/SIDA; Prevenção e tratamento dos Cancros da mama, do colo uterino e da próstata; Prevenção e tratamento da disfunção sexual, das complicações da menopausa e andropausa; Prevenção e medidas contra a violência física e sexual; EMC - Educação para Mudança de Comportamento - visando a adoção de estilos de vida saudáveis, a sexualidade humana (incluindo o aparelho genital e as alterações fisiológicas que ocorrem ao longo da vida), a maternidade e a paternidade responsáveis, as questões de género e promoção da autoafirmação da Mulher e o envolvimento e a responsabilização dos Homens em Saúde Reprodutiva (SR).

Estes serviços são prestados por Médicos, Enfermeiros e Auxiliares SR, nas diferentes estruturas do País e abrangem os seguintes grupos-alvo:

> *0-5 anos*: Serviço de vigilância do crescimento, PAV (imunização), Nutrição, incluindo o Aleitamento Materno Exclusivo até os 6 meses de Vida, AIDI e Abordagem de Género; *6-14 anos*: EMC para saúde e sexualidade, conceito de Género, abordagem dos problemas de violência física e sexual (Incluindo a doméstica), Imunização e atendimento médico e psicológico quando necessário. (MSSS de Cabo Verde, 2010, online)

Recentemente, Villela, Lima, e Brito (2018) fizeram um levantamento dos alcances, limites e desafios do PNSR. As autoras referem que não se pode negar a relevância e oportunidade do PNSR de Cabo Verde, dado que houve redução da mortalidade materna e infantil, e ainda a possibilidade de mulheres cabo-verdianas terem controlo sobre as suas decisões reprodutivas. No entanto, as lacunas e desafios do PNSR devem ser considerados, tendo em vista o processo de transição sociocultural por que passa o país, as características do modelo de atenção e a organização das práticas e serviços de saúde. O modelo de atenção vigente, com o profissional médico no centro dos processos de cuidado, apresenta fragilidades e já não corresponde à realidade do país. Há escassez de médicos onde eles são essenciais, e carência de ações de prevenção ou promoção da saúde realizadas por outros profissionais, capacitados para este tipo de atividade e orientados numa perspetiva programática.

Mais recentemente, Cabo Verde está em processo de revisão e atualização da sua política nacional de Saúde através da elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (PNDS) 2017-2021. Este Plano é um desígnio estratégico contemplado nas políticas do Programa do Governo e no Objetivo Desenvolvimento Sustentável (ODS). O PNDS contribuirá para reforçar e preservar o princípio da Cobertura Universal de Saúde, reduzindo as barreiras de acesso que possam existir de ordem geográfica, financeira e institucional. Composto por oito eixos estratégicos, o Plano oferece uma visão transversal do setor sanitário no país, com recomendações para guiar a sua implementação no horizonte 2021. A componente de Promoção da Saúde, tem uma especial relevância, pois o Plano coloca especial atenção na prevenção e redução dos fatores de risco, na sensibilização e na humanização dos serviços sanitários.

O plano abrange ainda a preparação global do país para enfrentar as emergências sanitárias, reforça a vertente de seguimento e avaliação e alinha todos os elementos com os ODS. Entre outros aspetos, o Plano recomenda reforçar e consolidar os serviços de telemedicina, criar um Serviço Nacional de Emergência pré-hospitalar, operacionalizar a rede de referenciação, deslocações periódicas e unidade móvel e implementar a Rede Nacional de Laboratórios e o Laboratório Nacional de Saúde Pública. Recomenda ainda a reorientação do modelo de governança para resultados em saúde e bem-estar, o desenvolvimento dos recursos humanos e da investigação, a reorganização estratégica das infraestruturas e equipamentos, o desenvolvimento do setor farmacêutico para sua integração no sistema de saúde, a melhoria dos sistemas de informação e comunicação, a sustentabilidade financeira e a promoção da cultura da cidadania para a saúde e da abordagem integrada da Saúde Única.

O PNDS permitirá ainda reforçar as condições para dar resposta do Estado às necessidades da saúde, com um modelo mais perto das pessoas, promovendo a descentralização e regionalização, a complementaridade com o setor privado, a qualidade da prestação dos cuidados de saúde e inclusão da saúde em todas as políticas, em alinhamento com as orientações da OMS, no sentido de promover a saúde, preservar a segurança mundial e servir as populações vulneráveis do país (OMS, s/d).

PARTE II: DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

8. METODOLOGIA

Bogdan e Biklen (2013), assumem a investigação qualitativa como útil para a investigação relacionada a questões como a vida das pessoas e os significados que elas atribuem ao mundo, contexto naturalista. Ou seja, a investigação qualitativa centra-se na história individual e no contexto em que se insere, preocupando-se com a perspetiva dos sujeitos envolvidos na investigação, conjugando a observação com o conhecimento das crenças e dos valores, da comunicação e da relação, e o que estes representam para o indivíduo que participa na investigação.

A presente investigação, tendo em conta a técnica de recolha de informação, tem como paradigma qualitativo e análise de conteúdo, a técnica de análise da informação utilizada, possibilitando a análise do discurso das mulheres grávidas entrevistadas.

Recorreu-se à abordagem de caráter qualitativo, uma vez que na perspetiva de Bodgan e Biklen (2013, p. 16), os dados qualitativos são "ricos em pormenores descritivos relativamente a pessoas, locais, conversas, e de complexo tratamento estatístico; as questões a investigar não se estabelecem mediante a operacionalização de variáveis, sendo, formuladas com o objetivo de investigar os fenómenos em toda a sua complexidade e em contexto natural".

Os mesmos autores apontam cinco caraterísticas para a pesquisa qualitativa: o ambiente natural na investigação qualitativa é a fonte direta de dados, sendo o investigador o instrumento principal; a investigação qualitativa é descritiva; os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos; os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva; o significado é de importância vital na abordagem qualitativa.

Há uma dialética entre a questão de investigação e o método escolhido. Esta escolha prende-se com a natureza holística da profissão de enfermagem, por encorajar os cuidados globais ao doente/utente e família, não os fragmentando.

8.1 TIPO DE ESTUDO

Boyd (1993) afirma que a tensão entre a ciência e a prática serve como um primeiro ímpeto para a investigação qualitativa em enfermagem. A autora explica que:

> O aumento crescente, entre os investigadores em enfermagem, representa uma reação contra a perspetiva dominante da subjetividade e da natureza da realidade que é estabelecida como premissa da tradição positivista. Esta reação é dirigida contra o foco que é posto na realidade externa, na existência de aspetos independentes ao sujeito que os experiencie. No paradigma quantitativo, a dicotomização da realidade em objetiva e subjetiva aumentou, em vez de resolver as tensões na prática de enfermagem, entre os aspetos tecnológicos e os aspetos humanísticos dessa prática. (p. 66)

A pesquisa qualitativa é uma designação que se refere a correntes de pesquisa muito diferentes, mas todas essas correntes assumem pressupostos contrários ao modelo experimental. A abordagem qualitativa parte do fundamento de que existe um vínculo dinâmico e indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito.

A expressão investigação qualitativa refere-se a uma multiplicidade de métodos e desenhos de investigação. No entanto podem encontrar-se vários elementos comuns nessas diferentes abordagens. De acordo com Boyd (1993, as citde. por Vilelas, 2009) estes elementos são:

> Uma abordagem holística às questões - um reconhecimento que as realidades humanas são complexas. O focus é na experiência humana. As estratégias de investigação usadas, geralmente mantêm um contacto com as pessoas nos contextos onde essas pessoas geralmente se encontram. Existe tipicamente um alto nível de envolvimento do investigador com os sujeitos. Os dados produzidos fornecem uma descrição, usualmente narrativa, das pessoas vivendo através de acontecimentos em situação. (p. 106-107)

Os desenhos dos estudos qualitativos são flexíveis e particulares ao objeto de estudo. Evoluem ao longo da investigação e é esta flexibilidade que permite maior aprofundamento e detalhe dos dados. O investigador observa as pessoas e as interações entre elas,

participando de atividades, entrevistando pessoas-chave, conduzindo histórias de vida ou estudos de casos e/ou analisando documentos já existentes.

Na abordagem qualitativa, não existem regras metodológicas fixas e totalmente definidas, mas sim estratégias e abordagens de recolha de dados, que não devem ser confundidas com a ausência de metodologia, ou com o "vale tudo". As pesquisas qualitativas são, na sua maior parte, voltadas para a descoberta, a identificação, a descrição aprofundada e a geração de explicações. Buscam o significado e a intencionalidade dos atos, das relações sociais e das estruturas sociais (Bogdan e Bilken, 1994).

O material básico da investigação qualitativa é a palavra que expressa o falar quotidiano, tanto ao nível das relações quanto ao nível dos discursos. No entanto, sociologicamente, a análise das palavras e das situações expressas por informantes personalizados não permanece nos significados individuais, mas nos significados partilhados. Assim, ao entender-se a linguagem de um grupo social, pode-se predizer as respostas deste grupo.

A perspetiva qualitativa remete para um exame interpretativo não numérico das observações, com vista à descoberta das explicações subjacentes e os modos de inter-relação. Estas definições ajudam a explicar o porquê de a tendência dominante consistir em utilizar separadamente cada método e o porquê de persistir o debate entre investigadores acerca do interesse relativo de cada abordagem.

Segundo Ferreira (2010), as principais vantagens dos métodos qualitativos são as seguintes:

> Geram informações ricas e detalhadas que mantêm intactas as perspetivas dos participantes; possibilitam uma compreensão do contexto dos comportamentos de saúde e de resultados de programas; fornecem informações úteis a respeito de tópicos mais pessoais ou de difícil abordagem em desenhos de estudos mais estruturados. (p. 111)

As principais limitações dos estudos qualitativos são as seguintes:

> As medidas tendem a ser mais subjetivas, e a possibilidade de viés do observador pode comprometer a validade do estudo; os resultados não podem ser generalizados; o trabalho é intenso e demorado, podendo ter um custo elevado devido aos custos de pessoal; a análise de dados subjetivos é muitas vezes percebida

> como problemática, trabalhosa, e o pesquisador deve ser muito experiente, a ponto de poder criticar a possibilidade de seu próprio viés de observação. (Ferreira, 2010, p. 111)

Na pesquisa qualitativa, faz-se habitualmente apelo a descrições narrativas e às comparações contínuas para compreender as populações ou situações estudadas.

Sendo assim, e no seguimento das perspetivas apresentadas, podemos considerar que é realmente importante determinar quais são as contribuições provenientes das metodologias de investigação, que fornecerão os elementos substanciais que permitirão a elaboração de uma base teórica fundamentada face ao fenómeno em estudo.

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa porque procurou-se identificar experiências vividas pelas mulheres grávidas, que frequentam as consultas de vigilância de saúde materna no Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva de Santa Catarina, Cabo Verde no desenvolvimento das suas competências em LSM. Com este estudo pretende-se ouvir as *vozes* das mulheres, e tentar compreender as suas perspetivas, os significados, as descrições e interpretações que elas próprias atribuem às suas experiências de contacto com os/as Enfermeiros/as nas Consultas pré-natais.

Procurou-se obter dados para a compreensão do fenómeno em estudo, tendo em conta a experiência vivida no meio natural pelas mulheres grávidas. Fez-se uma abordagem que procurou descobrir quais os sentimentos que as senhoras percebem que são mais marcantes e que se relacionam com o facto de frequentarem as consultas pré-natais e as experiências tidas, associadas ao desenvolvimento das suas competências em LSM.

A abordagem que se faz neste estudo é de análise interpretativa, pois é orientada para a linguagem, não apenas porque é uma opção da investigadora, mas porque a situação que se quer conhecer em profundidade exige sensibilidade para as experiências vividas no quotidiano real das senhoras grávidas no seu ambiente natural. A interpretação requer uma linguagem e uma construção de textos escritos que possam contribuir para um aprofundar do conhecimento sobre o fenómeno em estudo.

Através da análise de dados, procura o sentido da descrição da experiência humana, ficando ligada aos enunciados verbais do investigador (através dos dados nas suas notas de campo

que acompanham cada entrevista), a fim de colocar em evidência as unidades de significação da experiência (Fortin, 1999).

Segundo Allen e Jesen (1990, as cited. por Streubert & Carpenter, 2013):

> O valor do conhecimento na enfermagem é, em parte determinado pela sua relevância e significado para uma compreensão da experiência humana. No sentido de obter essa compreensão, a enfermagem exige modos de pesquisa que ofereçam a liberdade de expressar a riqueza desta experiência. (p. 61)

Com a estratégia interpretativa, é fornecido um meio para chegar a uma compreensão mais profunda da existência humana, através da atenção à natureza e significado da linguagem, seguindo-se uma perspetiva de rigor metodológico inerente à própria técnica de análise de conteúdo.

A interpretação requer uma linguagem e uma construção de textos escritos que possam contribuir para um aprofundar do conhecimento sobre o fenómeno em estudo, isto é, o desenvolvimento de uma aprendizagem sobre o fenómeno em estudo por forma a melhorar o trabalho de promoção e LSM por parte das/dos profissionais que trabalham neste setor de atividade.

8.2 QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Tendo em conta o fenómeno em estudo, a LSM, percebida nas experiências vividas pelas mulheres grávidas que frequentam as consultas de vigilância de saúde materna no Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva de Santa Catarina, Cabo Verde, definiu-se a seguinte questão de Investigação: *Qual a literacia em saúde materna das mulheres grávidas que frequentam o Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva em Santa Catarina, Santiago, Cabo Verde?*

Através da questão formulada podemos clarificar os objetivos da investigação: -Identificar os conhecimentos das mulheres grávidas sobre a promoção da saúde pré-natal com vista a perceberem os cuidados de saúde que lhes são prestados durante a gravidez; -Conhecer as estratégias dessas mulheres grávidas na tomada de decisões promotoras de uma gravidez

saudável; -Identificar redes de apoio à grávida que contribuam para a literacia em saúde destas mulheres.

8.3 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

As técnicas mais comuns de recolha de dados são observação, gravação (áudio e/ou vídeo), entrevistas e análise de documentos. O tipo de informação desejada é que irá determinar a escolha do método de recolha mais adequado: comportamentos e conversas são melhor gravados; atividades do dia-a-dia são melhor observadas e histórias são melhor obtidas por meio de entrevistas.

As entrevistas podem ser individuais (informações mais profundas) ou em grupo (informações mais abrangentes a respeito de um tópico). Em função do grau de sistematização, as entrevistas para (Santos, 1999) podem ser:

> *Não estruturadas*: são frequentemente utilizadas na observação participante de informantes-chave; baseiam-se na conversação do dia-a-dia, sem perguntas diretas; sempre que a oportunidade aparece durante a conversação, o entrevistador investiga um determinado tema de interesse. *Semiestruturadas*: a comunicação é focalizada, com perguntas abertas, além da conversação do dia-a-dia; as perguntas estão escritas num guia ou roteiro flexível. *Estruturadas*: um questionário falado dirige a entrevista; são mais adequadas quando as informações básicas já estão disponíveis, e guiam a entrevista. (p. 405)

O tipo de informação desejada, e as circunstâncias em que o trabalho se desenrolou, e ainda alguma inexperiência da investigadora, é que determinaram a escolha do tipo de entrevista semiestruturada, podendo observar-se o guião da entrevista no anexo, (anexo 3).

8.4 AMOSTRA

O tamanho da amostra não é o fator determinante da significância num estudo qualitativo. Tipicamente, a pesquisa qualitativa trabalha com amostras relativamente pequenas (até mesmo estudos de um só caso [n = 1]), intencionalmente selecionadas (e não aleatoriamente selecionadas). A amostra é escolhida com a intenção de iluminar as questões sob estudo e de aumentar a amplitude dos dados, ou seja, de desvendar realidades

múltiplas. São muitas as estratégias de amostragem para a seleção intencional de casos, e cada uma serve um determinado objetivo.

Deve-se assinalar que o número de participantes, no concreto, foi fixado pela saturação dos dados, sendo este o elemento principal para delimitar o tamanho da amostra. A amostra foi obtida de forma intencional, a partir das grávidas que frequentam o Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva em Santa Catarina, Santiago, Cabo Verde, tendo sido adotada a estratégia de amostra por bola de neve, ou seja, a primeira grávida foi identificada e a partir desta, foram indicadas as outras. Apesar de a entrevistadora ter a autorização da Comissão de Ética da UICISAE, enquanto aguardava pela autorização também da Comissão de Ética de Cabo-verde para iniciar a investigação, realizou algumas entrevistas a fim de testar e melhor as conduzir, no sentido de ver se havia necessidade de mudanças e aperfeiçoamento.

Critérios de Inclusão:

- Grávidas nulíparas, maiores de 18 anos de idade, com mais de 38 semanas de gravidez, que frequentaram no mínimo seis consultas pré-natais. Grávidas que saibam ler e escrever, que queiram participar no estudo após a leitura do consentimento informado, autorizem a gravação da referida entrevista, que será realizada na língua Cabo-verdiana, o crioulo.

Critérios de Exclusão:

- Grávidas multigesta, menores de 18 anos, com menos de 38 semanas de gravidez, que frequentaram menos de seis consultas pré-natais. Grávidas que não saibam ler nem escrever e que não queiram participar no estudo após a leitura do consentimento informado.

8.5 LIMITES DO ESTUDO E ASPETOS ÉTICOS

O primeiro aspeto a registar é que o tipo de estudo que se adotou, teve uma finalidade precisa, foi realizado num dado contexto, envolvendo um grupo de participantes que partilham uma dada realidade pessoal.

As opções seguidas implicam que se tenha a noção de que este estudo não permite nenhuma generalização formal de resultados, mas antes a identificação de algumas

possíveis hipóteses a serem desenvolvidas noutras abordagens de investigação futuras (generalização naturalista). Pressupõe-se que, dado ao rigor colocado na recolha de dados, é possível realizar a chamada generalização naturalista, também chamada de extrapolação de dados, ou seja transferir as conclusões obtidas na amostra estudada para uma população maior que tenha um contexto sociocultural similar.

Para Bogdan e Biklen, nem todos os investigadores qualitativos se preocupam com as questões da generalização, tal como a definimos. Alguns investigadores qualitativos não pensam na questão da generalização em termos convencionais. Estão mais interessados em estabelecer afirmações universais sobre processos sociais gerais, donde, a preocupação central não é a de se os resultados são suscetíveis de generalização, mas sim a de que outros contextos e sujeitos a eles podem ser generalizados.

Alguns aspetos que se procurou ter em conta para garantir uma base ética do trabalho realizado foram os seguintes: Todas as pessoas que participaram, foram previamente convidadas, tendo-lhes sido explicado o objetivo do estudo, o contexto da sua realização, a metodologia e os aspetos inerentes à confidencialidade e anonimato inerentes ao trabalho previsto; Depois de esclarecidos estes aspetos, obteve-se o consentimento formal por todas as pessoas que participaram nas entrevistas (anexo 1 e 2); O estudo desenrolou-se desde logo, na fase de recolha de dados, de um modo honesto, aberto e procurando obter-se um ambiente de tranquilidade e conforto nas interações entre as participantes e entre estas e a investigadora.

As entrevistas foram preservadas em áudio com o objetivo de manter os dados na sua forma original de modo a serem consultados, caso surgisse alguma dúvida.

O estudo que se desenvolveu centrou-se no tema da LSM, razão por que as informantes-chave centram-se em pessoas (grávidas) do sexo feminino, podendo considerar-se útil posteriores estudos envolvendo o "casal" grávido.

O facto de a investigadora ser também a pessoa que desenvolveu as entrevistas pode ser visto como uma limitação, mas também como uma vantagem por ser também uma profissional da área e residir na mesma região, pelo que se preparou com rigor para que estes fatores não se constituíssem limitações, mas antes, vantagens para o processo da investigação. Outro dos fatores limitadores do estudo foi a limitação do tempo de estudo e

ainda a inexperiência nos passos de recolha de dados e sua interpretação e discussão, tendo sido este aspeto minimizado, dado ao acompanhamento de uma investigadora com mais experiência.

Um dos obstáculos durante esta investigação foi o consumo de tempo, devido à demora da permissão e autorização do Comité Nacional de Ética em Pesquisa para Saúde de Cabo Verde e convencer a participação das grávidas no momento da gravação do áudio. Durante a realização da entrevista, constatou-se que o uso do gravador constituía um obstáculo entre a entrevistadora e as entrevistadas, sendo em muitos casos motivo de distorção ou de limitação do fluxo de informações e até de abandono, facto justificado pela teoria de Edward Ives (1974).

Conciliando com a teoria de Bogdan e Biklen (1994) "nunca é possível ao investigador eliminar todos os efeitos que produz nos sujeitos ou obter uma correspondência perfeita entre aquilo que deseja estudar e o que de facto estuda".

Os aspetos éticos relativos ao desenvolvimento metodológico do estudo, foram considerados pela investigadora, conforme se descreve de seguida.

8.6 QUESTÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS

Para cumprir as normas éticas da pesquisa e da intervenção, foi feito um pedido formal de autorização para a realização do estudo junto da Diretora do Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva de Santa Catarina. Anteriormente igual solicitação tinha sido feita à Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, e ainda ao Comité Nacional de Ética em Saúde de Cabo Verde.

Os termos de consentimento foram posteriormente apresentados a cada participante nas entrevistas. No desenvolvimento deste estudo, houve uma preocupação de ter sempre presente o respeito pela pessoa, a garantia do anonimato e a confidencialidade, assim como a proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.

Segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros em Portugal (Lei nº 57/2008, de 4 de setembro), para se garantir uma prática de excelência, há que ter em conta vários princípios:

> A. *Respeito pela dignidade e direitos das pessoas* – o profissional deve respeitar as decisões e os direitos das pessoas, desde que estes sejam enquadrados num exercício de racionalidade e respeito pelo outro. B. *Competência* – exercer a atividade de acordo com os pressupostos técnicos e científicos da profissão. C. *Responsabilidade* – o profissional deve contribuir para os bons resultados do exercício da sua atividade nas diferentes dimensões e assumir a sua responsabilidade. D. *Integridade* – prevenir e evitar os conflitos de interesse, e quando estes surgem, deve contribuir para a sua resolução, atuando sempre de acordo com as suas obrigações profissionais. E. *Beneficência e não maleficência* – o profissional não deve intervir de modo a prejudicá-lo ou causar-lhe qualquer tipo de dano, quer por ações, quer por omissão.

Assim, como forma de corresponder ao tópico anterior, é também importante respeitar alguns pontos importantes: consentimento informado, processo de obtenção do consentimento informado, participação voluntária, limites de autodeterminação, registo de informação, informação do cliente, privacidade dos registos, utilização posterior dos registos, limites de confidencialidade (Ex: nunca divulgar o nome verdadeiro da pessoa a que nos estamos a referir) e cooperação institucional.

Como referido no Código de Ética dos Enfermeiros (Lei nº 57/2008 de 4 de setembro), estes aspetos são:

<u>Garantia de Confidencialidade</u>:

Este trabalho académico tem a confidencialidade dos dados absolutamente garantida através da proteção do anonimato das participantes do estudo; a cada entrevista é atribuído um código de forma a preservar a sua identificação. Os resultados da investigação serão utilizados apenas na elaboração e divulgação científica. A entrevista será destruída após transcrição e análise. Tem que se realçar que este estudo tem fins estritamente académicos.

<u>Como são garantidas a voluntariedade e autonomias dos participantes:</u> Como garantia do princípio da voluntariedade, cada mulher grávida que participar na investigação irá assinar

o consentimento informado, onde fica explícita a disposição voluntária para a realização deste estudo e a decisão de abandonar o mesmo quando considerar pertinente, por elementos subjetivos ou objetivos inerentes ao próprio desenvolvimento da investigação.

Conforme o princípio da intimidade, a entrevista será realizada num local privado onde a mulher se sinta segura com a sua privacidade, onde pode expressar espontaneamente as suas ideias, dúvidas, inquietudes, ansiedades, sem temer as críticas ou julgamentos por parte da investigadora. Garante-se que o local da entrevista tenha condições ótimas com boa iluminação, temperatura ambiente adequada, baixo ruído que permita uma comunicação fluída entre a entrevistada e a investigadora.

Para evitar ou minimizar o desconforto ou prejuízo durante a investigação, adotar-se-á o princípio de beneficência através do qual se protegerá cada mulher grávida investigada; caso apareça alguma complicação no seu desenvolvimento biopsicossocial será encaminhada para o respetivo centro de saúde ou hospitalar, sempre com aprovação da entrevistada.

Em relação às entrevistas, garante-se que as mesmas se desenvolvam num clima de familiaridade, cordialidade e profissionalismo que permita uma avaliação justa e equitativa dos dados recolhidos, que garanta a participação de todas as mulheres grávidas que se ofereceram a participar na investigação. É de realçar que as entrevistas foram realizadas na língua materna (crioulo), e em seguida traduzidas para o Português.

9. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Este capítulo retrata essencialmente a caraterização das participantes, seguida da análise e discussão dos dados, na qual se apresentam os principais resultados obtidos à luz das evidências científicas.

9.1 CARATERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Foram entrevistas 11 grávidas nulíparas atendidas no Centro de Saúde Sexual Reprodutiva em Santa. Na tabela 3 analisamos a sua caraterização sociodemográfica.

Tabela 3 - Caraterização sociodemográfica da amostra em relação as grávidas

Código	***Nacionalidade***	***Idade (anos)***	***Estado civil***	***Local de residência***	***Habilitações***	***Profissão***
E1	Cabo-verdiana	22	Solteira	Assomada	Bacharelato	Bancária
E2	Cabo-verdiana	22	Casada	Assomada	Estudante universitária	Estudante
E3	Cabo-verdiana	28	União de facto	Pedra Barro	Licenciatura	Gestora
E4	Cabo-verdiana	18	Solteira	Nhagar	9º ano	Doméstica
E5	Cabo-verdiana	20	Solteira	Achada Galego	9º ano	Peixeira
E6	Cabo-verdiana	31	Solteira	Cutelo	Licenciatura	Farmacêutica
E7	Cabo-Verdiana	18	Solteira	Ilha da Boavista	9º ano	Doméstica
E8	Cabo-verdiana	19	Solteira	Picos	8º ano	Doméstica
E9	Cabo-verdiana	24	Casada	Assomada	Licenciatura	Estudante
E10	Cabo-verdiana	21	Solteira	Mancholy	9º ano	Doméstica
E11	Cabo-verdiana	18	Solteira	Fundura	10º ano	Vendedeira ambulante

Tabela 4 - Caraterização sociodemográfica da amostra em relação aos parceiros

Código	***Nacionalidade***	***Idade (anos)***	***Estado civil***	***Local de residência***	***Habilitações***	***Profissão***
E1	Cabo-verdiana	26	Solteiro	Assomada	Licenciatura	Supervisor do Aeroporto
E2	Cabo-verdiana	31	Casado	Angola (Luanda)	Licenciatura	Arquiteto
E3	Cabo-verdiana	30	União de factos	Boa Entrada	Licenciatura	Advogado
E4	Cabo-verdiana	26	Solteiro	Picos	6º ano	Desempregado
E5	Cabo-verdiana	30	Solteiro	Achada Lém	6º ano	Agricultor
E6	Cabo-verdiana	30	Solteiro	Portugal	Mestrado	Doutorando
E7	Guineense	28	Solteiro	Ilha da Boavista	Desconhece	Bagageiro
E8	Cabo-verdiana	35	Solteiro	Picos	Desconhece	Pedreiro
E9	Cabo-verdiana	27	Casado	Assomada	12º ano	Pastor Evangélico
E10	Cabo-verdiana	32	Solteiro	Cruz grande	10º ano	Motorista
E11	Cabo-verdiana	28	Solteiro	Achada Lém	6º ano	Motorista

No que se refere à caraterização das participantes do estudo, verifica-se que a maioria das participantes e seus companheiros são de nacionalidade cabo-verdiana à exceção de uma de nacionalidade Guineense. Predominou o grupo etário compreendido entre os 18 e 31 anos de idades, com uma média de idades de 22,8 anos. Relativamente aos parceiros observam-se idades compreendidas entre os 26 e 35 anos de idade, com uma média de 28.6 anos.

Em relação ao estado civil, constatámos que as grávidas na sua maioria são solteiras (n=8), sendo casadas (n=2) e (n=1) em união de facto.

Quanto ao local de residência, a maior parte das participantes do estudo reside no Concelho de Santa Catarina (n=10) e uma (n=1) é procedente da ilha de Boa Vista. Por outro lado, verifica-se que dos parceiros das grávidas estudadas (n=8) residem no Concelho de Santa Catarina, (n=1) em Angola (Luanda), (n=1) em Portugal.

Em referência às habilitações literárias, a maior parte das participantes tem estudos secundários, exercendo profissões não qualificadas (n=6), com licenciatura (n=4) e em estudo universitário (n=1). Algumas referem ser domésticas (n=4), outras (n=2) estudantes, (n=1) bancária, (n=1) gestora, (n=1) farmacêutica, (n=1) peixeira, (n=1) vendedeira ambulante. No que tange aos parceiros, (n=3) são licenciados, de profissão, supervisor do aeroporto, arquiteto e advogado respetivamente, (n=5) fizeram somente estudos secundários, tendo como profissão, agricultor, pastor evangélico, condutor e (n=1) em desemprego, (n=1) com mestrado fazendo doutoramento, por fim, duas das entrevistadas referem desconhecer a habilitação literária do parceiro, identificando como profissão bagageiro um e pedreiro outro.

Tabela 5 - Caraterização Obstétrica das Grávidas

Código	***Gesta***	***Idade Gestacional***	***Local da vigilância da gravidez***
E1	I	40	CSSRA + Clinica privada
E2	I	39	CSSRA + Clinica privada
E3	I	39	CSSRA
E4	I	39	CSSRA
E5	I	40	CSSRA
E6	I	38	CSSRA + Clinica privada
E7	I	39	CSSRA + C.S. Boa Vista
E8	I	38	CSSRA
E9	I	40	CSSRA
E10	I	40	CSSRA
E11	I	38	CSSRA

Ao analisar a tabela 5. Caraterização Obstétrica das Grávidas, os resultados são os seguintes: todas as participantes (n=11) deste estudo são nulíparas, condições estas para a sua inclusão no estudo. De entre elas, (n=4) encontravam-se com 40 semanas de gestação, seguida de (n=4) grávidas com 39 semanas de gestação, e por último (n=3) com 38 semanas de gestação.

Constatou-se que a maioria das participantes elegeu como local de vigilância da gravidez o Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva de Santa Catarina (n=11), e algumas delas complementaram a sua vigilância em clínica privada (n=3), e (n=1) proveniente de Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva de Boa Vista, preferiu dar continuidade e seguimento dos cuidados pré-natais no Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva de Santa Catarina.

A maior parte das mulheres grávidas entrevistadas referiram que foram seguidas em Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva de Santa Catarina por enfermeiras, não sendo capazes de identificar se eram ou não especialistas em enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. Ademais, afirmaram que foram avaliadas uma ou duas vezes por médico clínico geral do Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva de Santa Catarina, mas nunca por um especialista na área de Obstetrícia e Ginecologia exceto as que complementaram seu seguimento em clínica privada.

9.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO

A abordagem escolhida para a análise do presente estudo é de carater qualitativo, por se centralizar em amostras pequenas, selecionadas de forma intencional e focada na qualidade da informação adquirida e não na sua quantidade. Pelo facto, de este estudo ter um número limitado de grávidas entrevistadas, a variável de representatividade não se coloca no sentido estatístico. O que está em questão é a definição das categorias e subcategorias, tendo em conta os objetivos delineados para esta investigação.

De forma a perceber qual a literacia em saúde materna das mulheres grávidas que frequentam o Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva em Santa Catarina, Ilha Santiago, Cabo Verde, com vista a vivenciarem uma maternidade saudável remete-se a análise qualitativa e análise de dados às teorias de Bogdan e Biklen (1994). Para estes autores, o investigador, perante uma análise qualitativa, desenvolve um sistema de codificação como forma de organizar os dados recolhidos. Acrescentam que essa codificação se faz após a leitura dos dados, na qual se identificam as frases, palavras que mais se realçam, criando assim uma lista preliminar das categorias de codificação. Na perspetiva dos mesmos autores Bogdan e Biklen (2013), a análise de conteúdo consiste no processo de busca e de

organização sistemático de transcrições de entrevistas, de notas de campos e de outros materiais que foram acumulados.

A análise efetuada do discurso das grávidas, permitiu a construção de três grandes categorias, as quais foram subdivididas em várias subcategorias. O sistema de codificação (categorias e subcategorias) deste estudo encontra-se a negrito e em itálico. Por outro lado, as notas de campo recolhidas em crioulo (língua materna Cabo-verdiana) e traduzidas em português (língua oficial Cabo-verdiana), foram ressaltadas em itálico, considerado pertinente pela autora, para melhor perceção. Trata-se de evidenciar neste capítulo, a literacia em saúde materna presente em cada entrevistada, nas diversas situações que lhes permita perceber os conhecimentos, estratégias e redes de apoio que são capazes de utilizar em prol de uma gravidez saudável.

Em seguida, a discussão dos dados, e a apresentação dos resultados que serão descritos a partir dos discursos das grávidas, sendo que, no fim de cada categoria serão apresentados gráficos que ilustrem de forma resumida, com vista a facilitar a leitura dos resultados obtidos.

Foram analisados e organizados os dados das 11 entrevistas a partir dos 3 objetivos do estudo, definindo-se 3 grandes categorias de análise (**anexo IV**). Cumprindo o princípio ético da voluntariedade em participar no estudo, uma das grávidas desistiu da entrevista, o que se respeitou.

Tabela 6- Objetivos, categorias e subcategorias para análise de conteúdo

Objetivo	Categoria	Subcategoria	
1. - Identificar os conhecimentos das mulheres grávidas sobre a promoção da saúde pré-natal com vista a perceberem os cuidados de saúde que lhes são prestados durante a	Conhecimento das Grávidas em relação à Gravidez	Conhecimento adquirido através da família, amigos.	-
		Conhecimento adquirido através de profissionais de saúde	Alimentação
			Ganho ponderal
			Medicação /vitaminas
			Exames complementares (Ecografia e análises)

gravidez;			Sintomas fisiológicos
			Gravidez normal/risco
			Enfermidades ocorridas na gravidez
			Sinais de alerta
		Conhecimentos adquiridos por meios de comunicação/redes sociais	Internet, televisão, folhetos, etc
2. - Conhecer as estratégias dessas mulheres grávidas na tomada de decisões promotoras de uma gravidez saudável;	Estratégias/açõ es Interações das Grávidas que contribuem para Literacia em Saúde Materna	Adotar hábitos e estilos de vida saudável à gravidez	-
		Aderir a consultas de assistência em saúde pré-natal	Locais de vigilância
			Educação pré-natal
			Aquisição do caderno da mulher
			Troca de experiências e sentimentos entre mulheres grávidas
			Participação em sessões de grupo
		Atuação do profissional de saúde (ESSMO)	-
		Tomada de decisões	-
3. - Identificar redes de apoio à grávida que contribuem para a literacia em saúde destas mulheres.	Redes de apoio da grávida que contribuem para a Literacia em Saúde Materna	Ajuda na resolução de problemas	-
		Ambiente em casa	-
		Papel do marido/companheiro	-
		Profissionais de Saúde	-

9.2.1 Categoria: Conhecimento das grávidas em relação à gravidez

A literacia em saúde comporta quatro grandes dimensões segundo o modelo de Sorensen e Van den Broucke *apud* Mannaerts (2015): *o aceder*, que se refere à capacidade de procura, encontrar e obter uma informação; *compreender e perceber*, a informação disponível sobre a saúde; *a avaliação*, que nos remete à capacidade de interpretar e julgar a informação sobre saúde consultada e *a aplicação*, que aborda a capacidade de comunicar e utilizar a informação para tomar uma decisão de modo a manter ou melhorar a saúde.

Figura 5 - Modelo de Literacia em Saúde de Sorensen e Van den Broucke apud Mannaerts (2016)

Para Leite (2012), as mulheres têm direito a receber informação completa, adequada e o mais imparcial possível, que lhes permita a tomada de decisões adequadas e informada, baseada na melhor evidência científica disponível, relativamente aos cuidados que lhes venham a ser prestados, assim como os seus benefícios, prejuízos e alternativas.

É importante que durante o ciclo gravídico as mulheres adquiram informações e conhecimentos que as habilitem à autonomia, competência e empoderamento em eleger condutas positivas que influenciem a sua saúde, mas também que lhes permitam tomar decisões pensadas, assertivas e favoráveis ao bem-estar materno-fetal.

No que se refere à **primeira categoria**, *Conhecimento das Grávidas em relação à Gravidez,* constatou-se que os conhecimentos das mulheres grávidas foram adquiridos através dos profissionais de saúde, dos familiares e amigos, e essencialmente com recurso a pesquisa na Internet. E essa categoria se subdivide em 3 subcategorias.

Subcategoria: *Conhecimento adquirido através dos familiares/amigos*

Nesse estudo, no que concerne à **primeira subcategoria**, *Conhecimento adquirido através dos familiares/amigos,* constatou-se, durante as entrevistas, que as grávidas adquirem conhecimento através dos familiares e amigos, reconhecendo a importância deste na partilha de informações que lhes permitem um desenvolvimento saudável da gravidez. Estes conhecimentos partilhados por familiares e amigos com estas grávidas são baseados e extraídos de experiências vividas por elas em situações semelhantes. Como se pode constatar abaixo, a maioria das grávidas procuram apoio e suporte nos seus familiares, principalmente mãe e amigas (com experiências como mães):

> *" (...) Falei com a minha mãe e com uma amiga que foi mãe recentemente" (E2).*
> *"Também cheguei a falar acerca deste assunto com uma amiga que recentemente foi mãe" (E1).*
>
> *" (...) Orientações de familiares, das caminhadas, que faço cerca de 20 minutos diariamente, massagens, e elevava as pernas no fim do dia" (E1).*
>
> *" (...), Falei com uma amiga minha que teve bebé recentemente" (E10).*

Subcategoria: *Conhecimento adquirido através de profissionais de saúde*

Gonçalves (2015) refere que, frequentemente os profissionais de saúde, no exercício clínico, sobrestimam o nível de Literacia em Saúde dos utentes. E estes utentes são responsabilizados para os cuidados de saúde através da informação recebida. Deste modo a análise dos níveis de literacia destes assume uma extrema importância, pelo que, por vezes,

estigmatiza e limita aqueles utentes com um nível baixo de literacia em saúde na tomada de decisões adequadas com as informações que lhes são transmitidas.

Por sua vez, Vaz de Almeida (2016) argumenta que os profissionais de saúde são considerados as principais fontes/codificadores da informação na educação e prossecução da saúde. Ou seja, apesar de estabelecer uma relação terapêutica, também se estabelece uma relação interpessoal comunicacional e colaborativa entre profissional e paciente num determinado espaço e tempo que visa a valorização e a capacitação da pessoa, para que esta compreenda e possa aderir, de forma autónoma, às instruções em saúde, com vista aos melhores resultados.

Na **segunda subcategoria,** *Conhecimento adquirido através de profissionais de saúde,* verificou-se que a maioria das entrevistadas tem conhecimento e foram disponibilizadas informações por parte dos profissionais de saúde relativamente aos tipos e cuidados com a alimentação, com as doenças mais frequentes que podem ocorrer na gravidez, dos medicamentos e vitaminas que devem tomar antes de engravidarem, com intuito de prevenir as possíveis malformações e complicações no decorrer da gravidez. Mas também chamar a atenção quanto aos sintomas normais e fisiológicos da gravidez e os sinais de alerta que devem levá-las ao hospital, a importância da realização dos exames laboratoriais e ecográficos. É notório que a afirmação acima é conhecida pela maioria das grávidas. Relativamente às:

Informações recebidas e disponibilizadas pelos profissionais, participantes referem o seguinte:

“ (…) Alguns foram adquiridos nas consultas médicas, (…)” (E1).

“Não tinha nenhum conhecimento sobre a gravidez, adquiri através do CSSRA (…) ” (E6).

“Os conhecimentos que tenho, adquiri-os no CSSRB e CSSRA. Introduziram-me alimentação saudável. Disseram-me que tenho que ir a uma nutricionista para controlo, para baixar de peso. A nutricionista orientou-me a fazer uma alimentação saudável com baixo índice de sal e gordura, baseados em alimentos cozidos, grelhados, frutas, verduras, sumos sem gás, beber muita água, fazer caminhada pelo menos 30 min por dia (…) Devo confessar que baixei 8 kg” (E7).

> *"Estou satisfeita, com os serviços prestados pela equipe de enfermagem, mas, sinto que falta algo mais. Algo mais? ...O quê por exemplo? (...risos). As informações que são "dadas" individualmente, são muito limitadas e rápidas. Penso que pode ser pela sobrecarga do trabalho das mesmas" (E2).*
>
> *"Não estou muito satisfeita porque no CSSRA, as informações são muito básicas, aprendi mais na internet, através dum aplicativo que baixei, seguia a rigor e passo a passo, cada semana" (E9).*
>
> *"Fui bem atendida. Com exceção do tempo de espera; é muito, uma manhã inteira no CSSR, à espera duma consulta" (E10).*
>
> *"Relativamente aos conhecimentos que tenho sobre a gravidez, alguns obtive na escola, nos profissionais de saúde e através dos familiares que já tiveram bebé" (E11).*

No decurso deste estudo, pudemos identificar que algumas das grávidas manifestaram satisfação em relação ao atendimento; por outro lado, outras manifestaram insatisfação a nível da informação oferecida e no tempo de espera para serem atendidas pelos profissionais de saúde de CSSR. Constata-se que os conhecimentos básicos são adquiridos durante as consultas pré-natais, excetuando a E11 que também referiu obter conhecimento sobre a gravidez na escola, não obstante haver défice de informações e dificuldade na assimilação dos mesmos.

Informações sobre os tipos de alimentos a consumir durante a gravidez

As alterações nutricionais e metabólicas na gravidez propiciam um ambiente adequado ao desenvolvimento embrionário e fetal pelo que são incluídos nos cuidados pré-natais. Das grávidas entrevistadas, percebe-se que os profissionais de saúde transmitem *informações sobre os tipos de alimentos a consumir durante a gravidez*, os cuidados que se deve ter quanto à alimentação, quanto à quantidade e à qualidade da refeição que devem consumir diariamente, assim como os alimentos que devem evitar tais como, os refrigerantes, açúcar, excesso de sal, gorduras, entre outros. De seguida observa-se que as entrevistadas têm conhecimento e são consciencializadas quanto ao tipo de alimentação saudável durante a gravidez.

Nesta análise constatou-se que as entrevistadas puderam identificar alguns hábitos alimentares como saudáveis, equilibradas e variadas, eliminando os alimentos polinsaturados, processados, doces, preferindo uma dieta adequada em quantidade e qualidade, baseada em frutas, vegetais, legumes, verduras e água. Conforme as seguintes descrições:

> *"Devo comer alimentos ricos em ferro como: congo, cavala, beterraba, espinafre, cachupa, ovo de terra, frutas, comidas à base de produtos naturais, fazer 3 refeições principais por dia, e nos intervalos comer frutas e beber muita água" (E2).*
>
> *"Evitar bebidas alcoólicas, drogas, não frequentar lugares onde há fumadores, comer alimentos com pouco sal, ricos em ferro, beber muito leite, água, sumos sem gases, e fazer caminhadas" (E3).*
>
> *"Falaram-nos sobre: a higiene pessoal, alimentação, indicando-nos os alimentos que devemos consumir e os que devemos evitar, o estado de ânimo, isto é, evitar stress, (...) fazer caminhada" (E8).*
>
> *"Fazer refeições com pouco sal, pouca gordura, reduzir o trigo na alimentação, comer muitas frutas, beber pelo menos um litro e meio de água por dia, muito leite, não comer carne de porco, torresmo e linguiça. Fazer as três refeições principais" (...) (E5).*
>
> *"A nutricionista orientou-me a fazer uma alimentação saudável com baixo índice de sal e gordura, baseada em alimentos cozidos, grelhados, frutas, verduras e beber muita água. Também devo evitar sumos sem gás e derivados de farinha de trigo. Orientou-me a fazer três refeições principais e um lanche à tarde" (E7).*
>
> *"Fazer uma alimentação equilibrada, rica em ferro, consumir de preferência peixe, carne branca, com pouco sal. Evitar consumir carnes vermelhas, repolho, derivados de farinha. Fazer 3 refeições principais, nos intervalos consumir frutas principalmente, banana e papaia. Eu comi de tudo, estava em casa" (E10).*

Quanto à alimentação, a DGS de Portugal (2015 a, p. 5) reforça que "ter uma alimentação saudável durante a gravidez é essencial para o crescimento saudável do bebé e para o bem-estar da mãe. As recomendações alimentares para o período da gravidez não são muito diferentes para toda a população". Seguindo as recomendações, devem ser feitas 5 a 6 refeições por dia, mais ou menos de 3 em 3 horas, priorizando o consumo de hortícolas, peixes, carnes brancas, frutas, diminuir o consumo de sal, evitar as bebidas alcoólicas e beber muita água.

A maior parte das entrevistadas, consolidam as informações dadas pelos profissionais de saúde em relação à alimentação, mas nem todas se encontram economicamente preparadas para ter acesso aos alimentos recomendados para uma gravidez saudável. Sim, é de mencionar que algumas delas recorrem aos alimentos típicos e tradicionais para incrementar o nível proteico e calórico. Apesar dos conhecimentos adquiridos, algumas entrevistadas referiram ter infringido as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde.

> *"Alimentos com pouco sal, muita cavala, congo, alimentos ricos em ferro, e tomar 3 refeições por dia. Mas eu não tenho condições para as fazer. Vai ser de acordo com as possibilidades económicas da minha mãe" (E4).*
> *" (...) Mas no meu caso faço mais que três refeições por dia, porque enquanto estou na minha venda, com a minha banheira de peixe na cabeça, compro o que puder para satisfazer o meu apetite; como de tudo, e com muita fé em Deus, Ele vai ajudar-me para que nada de mal aconteça nem para mim, nem para o meu bebé" (E5).*
>
> *" (...) Eu comi de tudo (...)" (E10).*
>
> *"Fazer refeições ricas em ferro, com pouco sal, gordura, evitar derivados de farinha, frituras (...) Não estive com nutricionista porque não havia vagas" (E9).*
>
> *" (...) o que consumo são: sumos, refrigerantes, água e alguma cerveja, socialmente" (E1).*
>
> *"Não fumo nem uso drogas. Bebidas alcoólicas só socialmente, e de vez em quando vai uma cerveja (risos)" (E2).*

Segundo Almeida (2015, p. 19), quando há uma inadequada dieta na gravidez há grande probabilidade de complicações durante a mesma, devido ao aumento de risco relativamente à pré-eclampsia, obesidade materna, diabetes gestacional, baixo peso do bebé ao nascer, defeitos do tubo neural e ameaça do parto pré-termo, constituindo assim um risco para a saúde pública. Afirma ainda que, quando há falta de conhecimento por parte das grávidas acerca da alimentação saudável, isso reflete diretamente nas suas preferências dietéticas, influenciadas pelo incremento do apetite, hábitos alimentares locais associado à sua condição económica.

Ganho ponderal

Relativamente *ao ganho ponderal*, encontramos um excesso de ganho de peso nas entrevistadas E1, E3 e E5, e um ganho insuficiente de peso na entrevistada E3:

> *"Aumentei até agora aproximadamente uns 20 kg (...risos) estou fofinha, sinto-me fofa...kkkk. Mas estou na consulta de nutricionista para baixar o peso, mas está sendo difícil" (E1).*
>
> *"Aumentei 15 kg durante toda a gravidez, não tinha vontade de comer e quando comia, exagerava, mas estou a ser seguida por uma nutricionista" (E3).*
> *"Não aumentei quase nada porque tinha vómitos constantemente, e tudo que comia deitava fora. Estou magrinha (...Risos). Todo o mundo anda a dizer-me que tenho uma barriga pequena para o tempo da gravidez. (...)" (E4).*
>
> *"Antes de engravidar tinha 50 Kg, agora tenho 72 Kg (...)" (E5).*

Teixeira et al., (2015) preconizam que seja realizada a avaliação do estado nutricional e progresso ponderal ao longo da assistência em saúde pré-natal, enfatizando a pertinência do aconselhamento da mulher grávida sobre o ganho de peso adequado. Ademais, asseguram que o inadequado ganho ponderal está associado ao aumento do risco no atraso de crescimento intrauterino e mortalidade perinatal, assim como o elevado ganho ponderal poderá provocar o aumento de peso do recém-nascido e, consequentemente, o aumento do risco de complicações na vida adulta.

Informações sobre os medicamentos/vitaminas

No que concerne às *informações sobre os medicamentos/vitaminas,* das entrevistadas que participaram do estudo, três demonstraram conhecimento sobre a importância e o benefício do uso do ácido fólico antes da gravidez e do sulfato ferroso durante a mesma na prevenção de anemia. Ainda não tendo informação completa da real importância e benefício do uso de ácido fólico prévio na gestação, por vezes, muitas delas fazem uso do mesmo sem saber o real motivo das suas utilizações, por ser a recomendação médica. Só três delas usaram conscientemente o ácido fólico como medida preventiva de malformações congénitas no feto, como se pode registrar nos seguintes discursos:

> *"Fui receitada pela médica ácido fólico e vitamina C no início da gravidez, para prevenir malformações na coluna do bebé. Aconselhou-me também ferro, 1 comprimido duas vezes ao dia para evitar a anemia (...)" (E1).*
>
> *" (...) foram as básicas, tomar ácido fólico para prevenir malformação da coluna do bebé, ferro 1 comprimido 2x ao dia para prevenção da anemia, mas, o meu organismo não tolerou o ferro, e sempre que tomava fazia-me vómitos." (E2)*

> *"Foi desejada e planeada. Tomava pílula, suspendi, preparei para engravidar. Comecei a tomar ácido fólico e, no dia meu aniversário, engravidei (…)". (E10)*

De fato, é recomendação da OMS (2013b) que, antes de engravidarem, as mulheres comecem desde logo a tomar ácido fólico e ferro, para controlo e prevenção da anemia na gravidez. Os benefícios notáveis desta suplementação incluem redução da morbi-mortalidade materno-infantil.

Conforme o enunciado por Neves, Guimarães, e Rolão (2012), a suplementação de ácido fólico é recomendada e deverá ser iniciada cerca de 2 meses antes da data de interrupção do método contracetivo até o primeiro trimestre da gravidez, para a prevenção de malformações congénitas derivadas de defeitos do tubo neural. Justificam também a suplementação de ferro durante a gravidez como medida preventiva da ferropénia presente na gravidez, por ser esta a deficiência nutricional mais frequente na gravidez, associada a consequências graves para a mulher e o feto, pelo aumento da suscetibilidade a infeções, partos prematuros e baixo peso à nascença, possíveis perturbações cognitivas e de desenvolvimento.

Para Kilfoyle et al., (2016), a não adesão a suplementos vitamínicos e à toma de ácido fólico no período pré-concecional e durante o primeiro trimestre de gravidez é consequência duma limitada literacia em saúde. Atribuem, antes, crenças negativas ao uso de medicamentos durante a gravidez, associando-lhe riscos e comprometendo a sua adesão. Por sua vez, mulheres com nível adequado de literacia em saúde manifestam motivação em adquirir mais informação sobre o uso de medicamentos.

Realização de exames laboratoriais e ecográficos

A realização de exames laboratoriais e ecográficos na gravidez visa otimizar a saúde e o bem-estar da mulher grávida e do feto através da deteção e tratamento de qualquer situação anómala que tenha surgido previamente ou no decurso da mesma.

Neste âmbito, ainda dentro da primeira subcategoria constata-se que, de uma forma geral, *ao nível da realização dos exames laboratoriais e ecográficos,* as entrevistadas referem ter realizado a ecografia com intuito de confirmar a gravidez, detetar possíveis malformações congénitas, confirmar o sexo do bebé, o desenvolvimento embrionário. Enquanto outras

apesar da sua realização, desconhecem o objetivo e a pertinência da realização da ecografia obstétrica e morfológica, ressaltando inclusive que outras não fazem por dificuldades económicas por pertencerem a um grupo economicamente desfavorável.

Porém as grávidas deste estudo foram mais disciplinadas quanto à realização dos exames laboratoriais indicados na consulta de assistência pré-natal, muitas delas para conhecerem a sua condição quanto à: anemia, diabetes mellitus, HIV, hepatites, infeções urinárias ou vaginais, grupo sanguíneo, entre outros.

A maioria refere ter feito, uma ou mais ecografias como forma de confirmar o tempo gestacional, despiste/detetar as possíveis malformações congénitas no bebé, descobrir o sexo, o bem-estar do feto, entre outros. É de realçar que estas grávidas (E1, E3, E6) tinham um nível adequado de Literacia em saúde que lhes permitiam decidir pelo uso oportuno do estudo ecográfico.

> *"Como disse anteriormente a primeira ecografia foi na 18ª semana para confirmar a gravidez. Outra à 22ª semana, que é a ecografia morfológica para detetar possíveis malformações congénitas que poderiam aparecer no feto. O que tenho a dizer é que no privado, essas ecografias são bastante caras, e ainda por cima tive que fazer mais quatro. O importante é que estava tudo bem com o meu bebé" (E1).*
>
> *"Inclusive ecografia morfológica para procurar o líquido, o sexo do bebé, malformação congénita, e se tudo está a desenvolver satisfatoriamente" (E3).*
>
> *"Fiz três ecografias" (E7).*
>
> *"Fiz todas as análises (hemograma completo, HIV; Hepatite, Urina) e outras que a médica considerou que eram importantes para o meu bem-estar e do bebé (...). Ecografias até esse momento já fiz 7, inclusive a morfológica que fiz com 21 semanas para detetar as malformações congénitas" (E6).*
>
> *"Fiz todas as análises e detetaram-me uma infeção urinária, passaram-me um remédio, cápsula, para tomar durante sete dias. Fiz duas ecografias" (E8).*
>
> *"Fiz todos os exames (sangue, urina). Detetaram-me infeção urinária e medicaram-me com Amoxicilina, 1 comp. De 8/8 durante 7 dias" (E10).*

Deduzimos, pela manifestação, que um certo número das entrevistadas tem desconhecimento no que diz respeito à relevância destas análises e ecografias na evolução da gestação e, por conseguinte, no bem-estar fetal e da própria mãe. Das transcrições

abaixo, observa-se que as grávidas desconhecem a razão da realização da ecografia, dos efeitos e benefícios de cada medicação para determinadas enfermidades na gravidez. Uma dessas grávidas refere nunca ter ouvido falar sobre a ecografia e outras duas afirmam não ter cumprido com a terapêutica prescrita:

> *"Fiz todos os exames (sangue, urina, HIV, hepatite), e outros que não recordo os nomes. A ecografia fiz logo no início para confirmar a gravidez, e na 22ª semana fiz ecografia morfológica que segundo a médica, é para detetar malformação congénita. Fiz mais 4 que não sabia qual era a razão. A médica indicou, fui-as fazendo, no privado" (E2).*

> *"Fizeste a ecografia morfológica? (Risos), o quê é isto? Nunca ouvi falar" (E5).*

> *" (...) Tive infeções urinárias, fiz tratamentos com óvulos e cremes, que os colocava à noite antes de me deitar. No meu ponto de vista esse medicamento não é para infeções urinárias! ... (Risos) ... não sei, a médica disse-me que estava com infeção, pensei que fosse infeção urinária" (E4).*

> *"Tive infeções vaginais (cândida), fui medicada, mas não usei o medicamento prescrito. Lavei somente com chá de camomila e deu resultados (...)" (E6).*

No estudo realizado por Cegala, McNeilis e McGee, 1995; Chinn e McCarthy, 2012, a baixa literacia em saúde afeta de forma adversa e controversa, a compreensão do paciente sobre o seu estado de saúde e a sua adesão terapêutica.

Das grávidas entrevistadas, algumas tinham baixos ingressos económicos que não lhes permitiram a realização do estudo ecográfico, imprescindível para o seguimento obstétrico da gravidez em seus diferentes trimestres. Por outro lado, vê-se que outras não tiveram um seguimento ecográfico adequado, como o caso referido por E4, E5 e E9.

> *"Só fiz uma ecografia porque não tenho dinheiro para pagar as outras. Análises, fiz uma normal e duas quando fui a urgência, por causa da tensão alta. (E5).*

> *"Fiz uma só à 20ª semana. Não fiz mais por questões financeiras. Análises... fiz todas (...)" (E4).*

> *"Fiz todos os exames (sangue, urina) (...). Sim só fiz uma ecografia. A minha primeira ecografia foi após 5 meses de gravidez, pois não havia vaga" (E9).*

Em relação à avaliação do bem-estar fetal, a OMS (2016) recomenda a realização de uma ecografia antes das 24 semanas que estime a idade Gestacional, despiste de anomalias fetais

e gravidezes múltiplas, que reduza a indução de trabalho de parto para gestações pós-termo e melhore a experiência gestacional. Acrescenta ainda sobre a necessidade do suporte e encaminhamento adequado do risco de nascimento pré-termo e pós-termo, e manejo de complicações identificadas por ultrassom.

Em Portugal, é preconizada a realização de três ecografias obstétricas em gravidezes de baixo risco, a primeira entre as 11 e as 13 semanas; a segunda entre as 20 e as 22 semanas e a terceira entre as 30 e as 32 semanas (DGS, 2015).

Sinais e sintomas fisiológicos comuns da gravidez

Através das entrevistas efetuadas, foi possível identificar *conhecimentos diversos acerca dos sinais e sintomas fisiológicos comuns da gravidez que lhes* fizeram procurar a atenção dos profissionais de saúde e dos familiares, por ansiedade e desconforto que as mesmas provocam. Os sintomas fisiológicos e comuns da gravidez reconhecidos pelas participantes foram dores lombares, náuseas, vómitos, varizes e edema, pernas dormentes, obstipação, dor no estômago, dor de cabeça. De certa forma verifica-se que as grávidas demonstraram mobilização de saberes e aquisição de conhecimentos face aos sintomas fisiológicos da gravidez, conforme segue nos excertos abaixo:

> *"Não, nunca senti nada que fosse anormal durante a gravidez, às vezes as pernas ficavam dormentes, mas isso foi suplantado com orientações de familiares, das caminhadas, que faço cerca de 20 minutos diariamente, massagens, e elevava as pernas no fim do dia" (E1).*

> *"A partir do 6º mês as pernas começaram a inchar. Por isso no trabalho coloquei uma caixa debaixo da secretária onde consigo estender as pernas para minimizar os inchaços. Também faço caminhadas, massagem nas pernas, e em casa trabalhos domésticos. Estou sempre em movimento. O que mais me aflige é que nesses dias estou a sentir muitas dores nas costas" (E3).*

> *" (...) sentia muitas dores nas "costas", e apesar, de ter sido alertada pelas enfermeiras do centro de ser um processo normal da própria gravidez, deslocava-me ao hospital. Tem a ver com o cuidado de ser mãe pela primeira vez, tinha receio que algo de mal pudesse vir ou estar a acontecer. Tinha medo" (E2).*

> *"A única coisa que tive foram vómitos e dores no estômago, até agora. Fui medicada com nausefe (...)" (E4).*

" (…) Estou com edemas dos pés, só consigo caminhar com chinelas. Sinto-me desconfortável, quase não consigo caminhar (…risos)" (E7).

"Tive pernas dormentes várias vezes, fiz caminhadas, elevava os membros á noite para melhorar a circulação. Tive bons resultados" (E9).

"Tive muitos enjoos, vómitos e dores de cabeça. Fiz automedicação. Tomei paracetamol" (E9).

"Tive vómitos desde o início da gravidez, até 6 meses" (E10).
"Tive pernas dormentes várias vezes e dores nas costas. Elevava os membros e aliviava sempre, deitava do lado esquerdo, o meu marido fazia-me massagem antes de dormir" (E10).

OMS (2016) reconhece como sintomatologias fisiológicas que acompanha a gravidez: as cãibras, dores lombares e pélvicas. Recomenda assim dentro das suas diretrizes o uso de magnésio e/ou cálcio para tratamento das cãibras a nível dos membros inferiores, o exercício físico e a fisioterapia, com vista a minimizar as dores lombares e pélvicas.

Segundo Body e Christie, como referido por Carvalho (2016), o refluxo gastroesofágico é outro desconforto que poderá ocorrer desde o final do primeiro e início do segundo trimestre, podendo prevalecer até ao final da gravidez; fatores hormonais estão na sua causa. Assim como E4 referiu:

" (…) tinha vómitos todos os dias. Estava constantemente no Hospital. Agora estou melhor. Não penso engravidar mais porque passei muito mal" (E4).

Para os mesmos autores, elevados níveis de estrogénio e progesterona na gravidez provocam um efeito inibitório na musculatura lisa, a qual está relacionada com a diminuição da contratilidade do trato gastrointestinal, acarretando o aparecimento de náuseas e vómitos, constituindo sintomas comuns deste estado gravídico.

OMS (2016) recomenda como forma de aliviar as náuseas e vómitos o uso de gengibre, camomila e vitamina B6. Ademais recomenda uma dieta adequada e mudança de estilo de vida. Não sendo suficiente, preconiza-se o uso de antiácidos.

No decorrer da entrevista, registaram-se também grávidas que expressam de forma confusa estrias por varizes, como por exemplo:

"Tenho varizes na barriga, coxa e braços, ando muito para vender o meu peixe" (E5).

"Tenho varizes nos membros inferiores, porque tomei a pílula durante muito tempo" (E6).

"Tenho varizes na barriga, na coxa e nos braços (...)" (E7).

"Tenho varizes na barriga e na coxa" (E8).

Outros dos sintomas que podem surgir com o decorrer da gravidez são as varizes ou dificuldades no retorno venoso, relacionadas com a diminuição do tónus e relaxamento das paredes dos vasos sanguíneos e válvulas venosas por fator hormonal, outra teoria mecânica que explica isso é a pressão exercida pelo útero em crescimento sobre as veias ilíacas e a veia cava inferior (Nené, 2016).

De forma geral, verifica-se que os discursos acima refletem conhecimentos sobre estratégias com relação a essas sintomatologias e consequentemente verifica-se literacia em saúde materna. Em concordância com as intervenções recomendadas pela OMS para manejo de sintomas fisiológicos comuns na gestação, para tais sinais e sintomas recomendam-se: "opções não farmacêuticas, como meias de descanso, elevação das pernas podem ser usadas para o tratamento de edemas, praticar exercício regular durante toda a gravidez para evitar dor pélvica/traseira baixa; diferentes opções de tratamento podem ser utilizadas, como fisioterapia, com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis" (OMS, 2016, p. 8).

Graça e Col (2018), afirmam que uma forma de promover a saúde e o bem-estar da grávida, do feto, do recém-nascido e da família, incluindo o período da conceção é através da vigilância pré-natal, onde recebem aconselhamentos, informações e apoio, como forma de minimizar a sintomatologia do ciclo gravídico e ajudar na adaptação das alterações fisiológicas da gravidez e na precocidade de detenção de eventuais desvios da normalidade.

Gravidez normal e gravidez de risco

A identificação de fatores de risco ou enfermidades que acontecem durante o período pré-natal, permite a prevenção de possíveis alterações na evolução normal da gravidez e,

consequentemente, a implementação de estratégias que contribuam para a vivência mais saudável da grávida.

Para atingir o objetivo acima, Nené (2016, p. 108) argumenta que para a identificação do risco é necessária uma detalhada história familiar e pessoal, exame físico, avaliações clínicas, antecedentes ginecológicos e obstétricos. O risco é uma classificação dinâmica e exposta a constantes mudanças de análise. Nesse caso, perante um risco, deve-se atuar em conformidade. Todo o esquema de consultas, exames e intervenções deve ser adaptado às situações em que se encontra uma patologia.

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres grávidas, pode-se constatar dois tipos de gravidez, *gravidez normal e gravidez de risco.* As afirmações abaixo (E1, E2, E8, E9, E10, E11), permitem-nos catalogá-las como gravidez normal pela maioria das grávidas, à exceção de E3 e E5 que afirmaram ter uma gravidez normal até 29ª semana e nas 4 consultas anteriores, respetivamente, e que depois foram diagnosticadas com hipertensão arterial, o que dá a perceber que a maioria dessas grávidas tem conhecimento em relação ao risco de sua gravidez.

> *"Foi considerada desde início uma gravidez normal, e espero que assim continue" (E1).*
>
> *"Foi considerada uma gravidez normal; por qualquer sintoma me deslocava ao hospital (...)" (E2).*
>
> *"A minha gravidez foi normal" (E11).*
>
> *"Foi uma gravidez normal até 29ª semana (...)" (E3).*
>
> *"Foi considerada uma gravidez normal nas 4 consultas anteriores (...)" (E5).*

Realçando ainda que, a maioria das entrevistadas manifestam ter uma gravidez normal, reconhecendo também que as grávidas deste estudo estão em posição de literacia em saúde materna, que lhes permite reconhecer quaisquer sinais de alerta que pudesse aparecer em sua gravidez para recorrer em tempo útil às instituições de saúde.

Segundo o referido pelo Bramham et al., (2011), a hipertensão na gestação é exclusiva da gravidez humana e complica de 6% a 8% de todas as gestações maiores de 24 semanas. Em quase todos os países parecem constituir a principal causa de morte materna. Por outro

lado, Suárez (2011), em estudo realizado a um grupo de grávidas de alto risco, concluiu que a HTA crónica se associa a um aumento da morbi-mortalidade materna e perinatal.

É de realçar que algumas das outras entrevistadas reconhecem a hipertensão prévia ou durante a gestação como um risco para a sua gravidez. Na entrevista, verifica-se que a E3 considera a sua gravidez como um risco, na medida em que foi diagnosticada com uma hipertensão gestacional a partir de 29ª semana; consecutivamente E5 começou com hipertensão nas últimas semanas de gravidez. Por outro lado, E7 conhecia sua condição como hipertensa pela qual considerava a gestação como sendo de risco. Reforçaram ainda, que eram orientadas por profissionais qualificados, acerca do controlo desta doença crónica para conseguir o bem-estar materno-fetal, comparecendo permanentemente para o controlo, a fim de minimizar sua condição de risco.

> *“ (…) a partir de 29ª semana, comecei com problemas de tensão alta. Fui medicada com “aldomet”, 1cop duas vezes ao dia e fazer refeições pobres em sal. Fui internada duas vezes com tensão alta, estava com muito medo porque a médica avisou-me que isso poderia originar óbito fetal, agora graças a Deus estou melhor” (E3).*

> *“ (...) Mas nas últimas duas consultas descobriram que estava com tensão alta e avisaram-me que se ela não voltasse a normalidade teria que ser internada. A partir daí não fui mais às consultas por motivos profissionais, uma vez que o meu sustento está na venda de peixes. É aí que está o” pão” do meu filho (a). Estou com tensão alta, e estou a ingerir “Aldomet”, 1 comprimido de 8/8 horas, mas, às vezes esqueço de as ingerir” (E5).*

> *“É de risco porque sou hipertensa, estive internada uma vez no Centro de Saúde de Boavista por uma semana. Após a alta fiquei incumbida de comparecer permanentemente para o controlo da minha pressão arterial e fazer o acompanhamento no CAISSRMA onde se anota a data, pressão arterial obtida e qualquer outra patologia associada à gravidez. Regressei de imediato para Ilha de Santiago (Assomada), onde se encontram os meus familiares e há melhores condições de saúde” (E7).*

Em concordância com Seely & Ecker (2011), a hipertensão arterial durante a gravidez constitui uma das principais causas de risco de morbi-mortalidade materna e perinatal, representando uma incidência de 6 a 10%. Esta é responsável pela sexta parte da mortalidade materna, de 20% da mortalidade fetal e representa 25% dos motivos de hospitalizações em gestações complicadas.

Catov (2017) afirma ainda que, dentro do grupo de transtornos hipertensivos, há um subgrupo cada dia maioritário de pacientes com HTA crónica. Muitas delas já conhecem o diagnóstico antes da gravidez, mas aumenta o número de pacientes que durante as primeiras 22 semanas de gravidez se diagnosticam com HTA, mas que ainda não havia sido detetada.

Num estudo clínico epidemiológico realizado por Martinez et al., (2018), acerca da grávida com hipertensão, constatou-se que a idade média foi de 26,8 ± 5,9 anos. Predominaram as mulheres mestiças (46%), ocupação de estudantes (55%) e nível de escolaridade secundária (38%). A maior parte das participantes deste estudo foram mulheres jovens, primigesta e com baixo estrato socioeconómico, resultados esses compatíveis com a nossa investigação.

Sequeira (2015) afirma que apesar de a gravidez constituir um processo fisiológico, uma pequena percentagem das grávidas poderia desenvolver patologias associadas à gravidez, apresentando maior probabilidade de uma evolução desfavorável tanto para a mãe como para o feto.

Enfermidades ocorridas durante a gravidez

Por outro lado, surgem também condições mórbidas como *enfermidades ocorridas durante a gravidez*, reconhecidas por essas mulheres, estando assim em igual posição com a gravidez normal/risco, ao nível da adequada literacia em saúde materna. Em concordância com o referido pelas E4, E6, E7, E8, E9 E11 em relação às doenças crónicas como hipertensão arterial, patologia da tiroide e anemia são contempladas como risco na gravidez, que são expostas seguidamente nas entrevistas que a seguir se transcrevem:

> *"Tive anemia, e em consequência fui medicada a tomar ferro injetável. Reforçaram-me as recomendações de fazer uma alimentação rica em ferro" (E4).*
>
> *"Não tive nada disto. Tive sim hemorroides, estou a passar mal, faço tratamento e sinto-me melhor, depois reaparece novamente, não sei como vai ser na altura do parto, tenho medo" (E6).*
>
> *"Sim. Tenho hipertensão arterial e obstipação" (E7).*
>
> *"Obstipação, mas, não tomei nenhum medicamento. Comi somente papaia" (E8).*
>
> *"Tive anemia no início da gravidez. Indicaram-me o ferro três vezes ao dia" (E9).*

> *"Fui considerada de risco porque tinha problemas da tiroide e, assim sendo, tinha que controlar todos os meses com a endocrinologista, na cidade da praia" (E6).*
>
> *"Tenho problemas de prisão de ventre já antes de engravidar; com a gravidez agravou, a Médica receitou-me comprimidos para tomar para minimizar. Podes dizer-me o nome do comprimido? (...Risos), não sei, na verdade não cheguei a comprar porque não tinha dinheiro, estou a tomar remédios caseiros que a minha sogra faz, a comer papaia, tem ajudado muito" (E11).*

OMS (2011) estima-se que aproximadamente 42% das grávidas sofrem de anemia em algum momento de gravidez. Espitia (2013) acrescenta que anemia por deficiência de ferro é a mais comum em países subdesenvolvidos e representa aproximadamente 75 % dos casos.

Akinlaja (2016) considera ainda que durante a gravidez pode apresentar-se anemia por diluição ou fisiológica, devido às mudanças próprias da gravidez (aumento do volume plasmático, diminuição do hematócrito, entre outros). Assim sendo, o uso de ferro e ácido fólico é importante durante este período para prevenir quadros de anemia gestacional e condicionar o bem-estar materno-fetal. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2008), enfatiza que o tratamento na maioria das grávidas com anemia é a reposição com ferro oral devido à sua eficácia, seguridade e baixo custo.

Breymann et al., (2017) reconhecem como principal problema das apresentações do ferro oral a sua pouca tolerância e uma taxa de efeitos adversos até 40 %, entre os quais se incluem as náuseas, vómitos, diarreias, constipação e dor abdominal.

Para Carvalho (2016), uma das outras complicações mais frequentes na gravidez é a obstipação, que está associada a múltiplas causas como falta de exercício físico, baixo consumo de fibras, ingestão de suplementos de ferro, bem como a compressão do cólon pelo útero e os efeitos fisiológicos da progesterona, que reduz o peristaltismo intestinal. Para contornar a obstipação, a OMS (2016) recomenda a modificação da dieta e a ingestão de sêmola de trigo.

Na conceção de Guerra et al., (2014) os desconfortos que surgem durante a gravidez constituem assuntos pertinentes a serem abordados nas consultas de vigilância pré-natal, visto que podem levar a problemas de saúde ao nível do bem-estar físico e psicológico da mulher, afetando negativamente a sua qualidade de vida.

Sinais de alerta

Relativamente ao último item que se enquadra nesta subcategoria, *Sinais de alerta para ir de imediato ao hospital*, é da responsabilidade dos profissionais de saúde facultar e promover informações e conhecimentos sobre os sinais de alerta, aconselhando-as sempre a recorrer às instituições de saúde, caso alguns desses sinais se manifestarem. Constata-se que a maioria das grávidas entrevistadas souberam reconhecer os sinais de alerta, como se encontra explicitada abaixo:

> *"A médica disse-me para me dirigir ao hospital se sentir ausência de movimento fetal, perda de líquido e de sangue, dores abdominais e de cabeça" (E1).*
>
> *"(…) qualquer sintoma me deslocava ao hospital (…)" (E2).*
>
> *"Dores de cabeça, barriga, costas, perda de sangue e de líquido fetal" (E4).*
>
> *"(…) O que mais me aflige é que nesses dias estou a sentir muitas dores nas costas" (E3).*
>
> *"Febre (…)" (E10).*

Verifica-se que a maioria das grávidas refere que os profissionais de saúde as alertaram para os sintomas que indicam um possível problema, aconselhando-as a dirigir-se ao hospital, o que denota um nível em literacia de saúde materna que lhes permitiu atuar nas seguintes situações:

> *"Perda de líquido, sangramentos vaginais, cefaleias intensas, edemas na cara, nas mãos, nos pés, zumbidos nos ouvidos, vómitos persistentes, e ausência de movimentos fetais" (E6).*
>
> *"Perda de líquido, sangramento vaginal, dores abdominais intensas, ausência de movimentos fetais, cefaleias intensas, edemas dos membros inferiores, face e mãos" (E9).*
>
> *"A Enfermeira disse-me se tiver sangramento vaginal, perda de líquido, ausência de movimentos fetais, dores abdominais e cefaleia com grande intensidade. Já fui duas vezes ao Hospital porque tinha a cueca molhada pensei que era perda de líquido, quando cheguei fiz a ficha fui avaliada pela médica de serviço, ela disse-me que eram leucorreia normal. Eu, como não sabia, lá fui" (E11).*

Em todas as entrevistadas deste estudo, pode-se identificar, como elemento positivo, o reconhecimento do sinal de alerta de sua gravidez. Depois de uma análise feita das entrevistas realizadas, podemos afirmar que todas estas informações foram recebidas através da consulta no CSSR. Segundo um estudo realizado por Santos (2012) as grávidas

que receberam informações por parte dos profissionais de saúde sobre os sinais e sintomas de alerta recorriam ao hospital, e, dessas que iam, apresentavam níveis mais elevados de empoderamento, comparadas com as que não tinham essa informação.

Graça, Figueiredo, e Carreira (2011) afirmam que os profissionais de saúde constituem um recurso essencial nesse período de vida da mulher. É crucial, que tenham a capacidade e a sensibilidade para reconhecer as principais necessidades das mulheres grávidas, seguida a identificação de diagnósticos de enfermagem, e ao mesmo tempo delinear intervenções adequadas que vão de encontro às reais necessidades da grávida.

Subcategoria: *Conhecimentos adquiridos por meios de comunicação/redes sociais*

Nos últimos anos tem-se assistido a um rápido progresso das novas tecnologias, o qual vem conseguindo revolucionar a prevenção e tratamento de doenças e a promoção da saúde. Cabo Verde não se encontra isento deste progresso.

Quanto à **terceira subcategoria**, *conhecimentos adquiridos por meios de comunicação/redes sociais* como a internet, televisão, folhetos, entre outros, ficou marcada sobretudo pela referência das mulheres grávidas ao facto de adquirirem conhecimento através da internet. No estudo de Papen (2013), o autor concluiu que as práticas de procura de informação das mulheres foram moldadas pelas suas constantes avaliações do conhecimento, tendo as redes sociais um papel fundamental enquanto fontes de informações.

Silva (2018) garante que durante a gravidez as mulheres enfrentam dúvidas e medos que as levam ao aumento da procura de informação e a internet assume um papel importante nessa procura. No entanto, alerta que nem toda a informação disponível é credível, sendo necessário conhecimento para distinguir a sua qualidade, pelo que é importante conhecer o nível da literacia em e-health das grávidas.

A internet

Da investigação feita verifica-se que a maioria das grávidas considera *a internet* como um meio fácil e direto de adquirir informações relacionadas à gravidez. A internet teve um

papel significativo na procura de informações para mais da metade das grávidas do estudo. Como se pode observar abaixo:

> *"Sendo muito curiosa tinha que recorrer evidentemente à internet numa aplicação que se designa por "baby center" para complementar meus conhecimentos" (E1).*
>
> *"Estava atenta, porque pesquisei na internet, vi que a partir de 20ª semana o bebé começava a mexer e assim aconteceu. Foi, uma sensação extraordinária nem sei como explicar. Durante as consultas não fui alertada nem pela enfermeira nem pela médica que esse facto podia acontecer. Como sou bastante curiosa continuei com minhas pesquisas na internet, aprendi muito, adquiri vários conhecimentos que não foram dados no Centro de Saúde. Aumentei 10 quilos. Estava atenta na questão do peso porque já tinha lido na internet que o normal era ganhar até 12 kg por causa da placenta do líquido amniótico, e do bebé" (E2).*
>
> *"Não estou muito satisfeita porque no CSSRA, as informações são as básicas, limitadas e rápidas. Aprendi muito mais na internet através dum aplicativo que baixei, e sigo com rigor passo a passo todas as semanas. (…) fiquei a saber como se calcula a idade gestacional, como se forma o coração, e quando o feto começa a movimentar, sobre o aleitamento materno exclusivo, as vantagens e desvantagens, higiene do bebé, sobre os exercícios a fazer, as massagens que devem ser realizadas na altura do parto, exercícios de yoga, exercícios respiratórios, estou a tentar fazer para que, eu tenha um parto suave" (E6).*
>
> *"Pesquisei na Internet, quais os exercícios que devo usar durante o trabalho de parto" (E10).*
>
> *"Pesquisei na internet, como controlar a respiração, quando há contrações e que tipo de contração indicado no período expulsivo." (E9)*

Uma das entrevistadas manifestou insatisfação em relação às informações dadas pelos profissionais de saúde de CSSRA, afirmando que estas eram básicas, limitadas e rápidas. O papel do enfermeiro é reconhecido como importante para o apoio no conhecimento das mulheres grávidas, mas têm de ser melhor trabalhadas, dado que são apontados e reconhecidos como sendo insuficientes.

Nos dias atuais, a grávida, ao sair do gabinete de enfermagem, encontra uma oferta infindável de informação disponível, apoiada através das tecnologias de comunicação e informação onde a internet assume um papel preponderante. A crescente importância da internet no domínio da saúde é um facto, assim como o seu potencial para alterar a relação entre o profissional e a grávida. É fundamental o contacto direto entre enfermeiro (ESSMO) e grávida durante as consultas de vigilância de gravidez, pois permite

ensinar/treinar/instruir a grávida acerca da sua maternidade. (Santana, 2009 & Santos, 2012)

Folhetos

As grávidas, objeto deste estudo, afirmam também adquirir conhecimentos através de outras fontes de informações, como folhetos disponibilizados no CSSRA, não obstante verificar-se que os folhetos aos quais fazem referência serem os folhetos com utensílios e orientações básicas que devem levar para o hospital no momento do parto.

Ao examinar o documento que as grávidas percebem como informativo de cuidados pré-natais, a autora, baseada em sua experiência profissional, categoriza este documento como impróprio e incompleto, não os considerando como fonte de informações de cuidados pré-natais. Evidenciam não mais do que o básico a nível da literacia de saúde materna, na medida em que as grávidas deste estudo têm demostrado ao longo da entrevista, terem sido influenciadas negativamente na tomada de decisões de uma gravidez saudável.

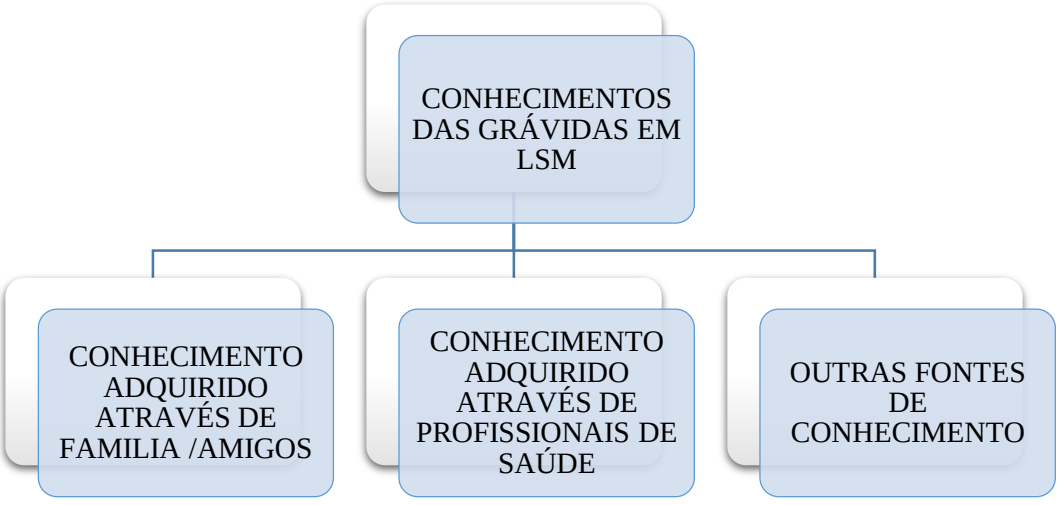
> *" (...) Quanto ao folheto disponibilizaram-me um que tem informações sobre o que devo levar para maternidade. Tenho um folheto com as recomendações dos horários e a quantidade de alimentos a ingerir, mas não estou conseguindo colocá-lo em prática, tenho cada vez mais apetite principalmente por doces" (E1).*
>
> *" (...) folheto recebi com informações do que devo levar ao hospital na altura do parto" (E5).*
>
> *"Recebi um folheto com as orientações sobre os materiais que devo levar ao hospital, e nada mais" (E7).*
>
> *" (...) o folheto foi o que me facultaram no CSSR com as orientações dos utensílios que devo levar para sala de parto no momento do internamento" (E11).*
>
> *" (...) Recebi um folheto com as orientações sobre os materiais que devo levar ao hospital, e nada mais" (E8).*
>
> *" (...) Recebi folheto com informações do enxoval do bebé que devo levar ao hospital" (E10).*

Televisão

Outra fonte de informações citada pelas grávidas de forma geral durante a investigação foi a televisão em que, através do canal televisivo nacional se transmite o "Pograma + Saúde", abordando diferentes tópicos relacionados à saúde, à exceção da E5, que não tem este aparelho em casa. E2 referiu também assistir alguns vídeos disponíveis em youtube. Referiram que:

> *"Sim, o programa mais saúde onde falam de vez em quando sobre a gravidez e do trabalho de parto (...)" (E1).*
>
> *"Sim o programa mais saúde, onde de vez em quando falam da gravidez e do trabalho de parto. Vi alguns vídeos sobre as manobras realizadas durante o trabalho do parto no "youtube", e fico a imaginar como será o meu" (E2).*
>
> *"Sim o programa mais saúde, que fala de uma alimentação saudável" (E3).*
>
> *"Sim, sigo um programa de saúde na tv record (...) (E6).*
>
> *"Sim sigo um programa de saúde da record (...)" (E8.)*
>
> *"Vi o programa mais saúde uma vez" (E10).*
>
> *"Não tenho televisão (...) (E5).*

A utilização das informações relacionadas à saúde para a tomada de decisões pode ser melhorada através de diversos recursos, nomeadamente fluxogramas, figuras, símbolos, pelo investimento na melhoria da informação disponibilizada por programas, softwares e Internet, pela implementação de campanhas de marketing social, nomeadamente programas televisivos e na procura de novos métodos para divulgação de informações.



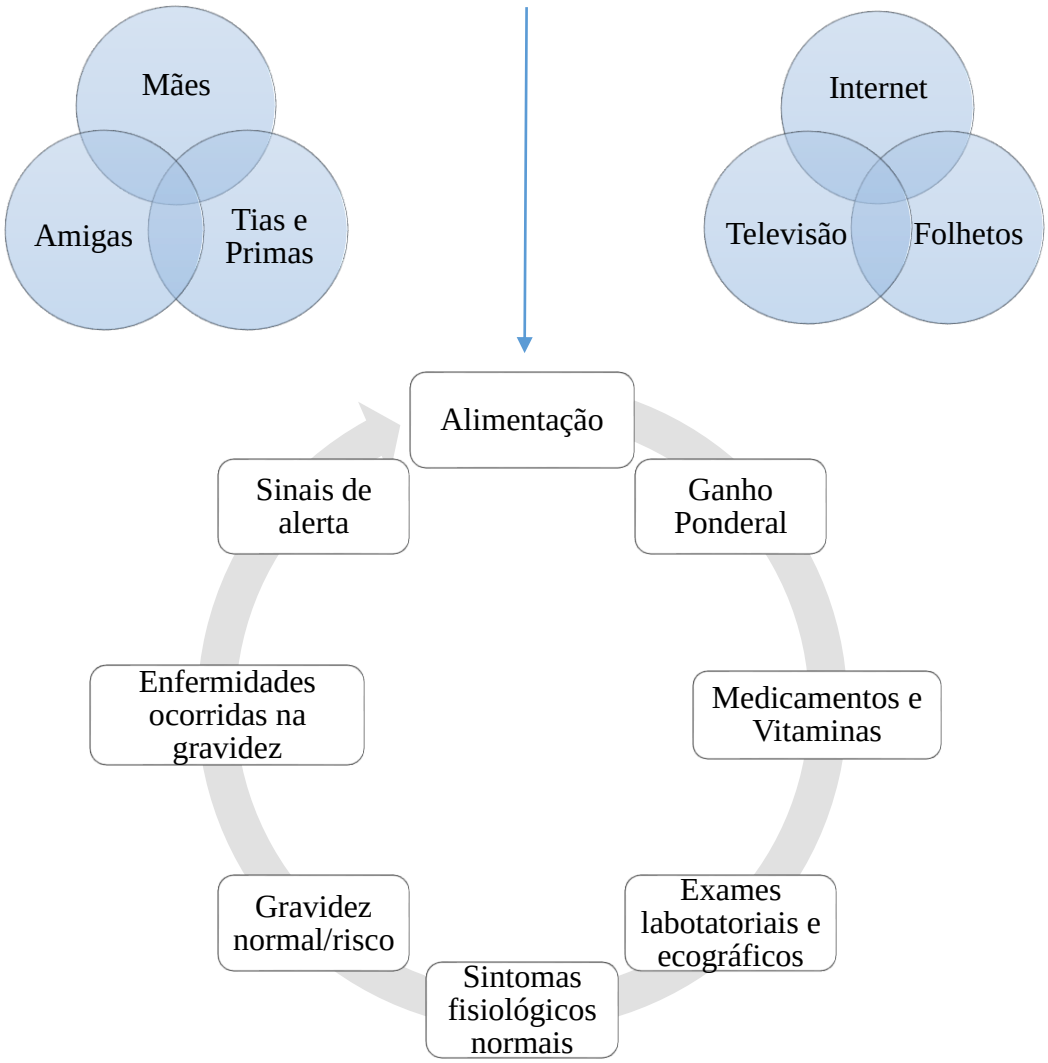


Figura 6- Categoria: Conhecimento das grávidas em relação à sua gravidez

9.2.2 Categoria: Estratégias/ações interações das grávidas que contribuem para literacia em saúde materna

American College of Obstetricians and Gynecologists (2016) propõe um conjunto de estratégias a implementar nos serviços de saúde com vista a melhorar a literacia em saúde das mulheres grávidas. Das estratégias, sugere a criação de um ambiente acolhedor e seguro, permitindo assim melhoria na comunicação; conhecer o perfil da pessoa, sobretudo a sua cultura, personalidade, seu status socioeconómico, seu estado emocional e suas práticas de saúde; verificar o nível de conhecimento e da compreensão que a pessoa tem sobre um determinado assunto; dividir e organizar as informações complexas em partes importantes e compreensíveis; certificar-se que a pessoa compreende a informação dada em

saúde e acompanha o raciocínio, solicitando que este relate por suas próprias palavras as informações obtidas. Além das estratégias mencionadas, reforça que os serviços de atendimento e o contacto telefónico constituem uma das outras estratégias na obtenção de informações orais, principalmente no caso de pessoas com baixo nível de literacia. Torna-se importante, portanto promover a LSM através da:

Subcategoria: *Adoção de hábitos e estilos de vida saudável à gravidez*

Kohan et al., (2007) afirmam que para uma gravidez e maternidade saudável é essencial uma adequada literacia em saúde materna, sendo para tal necessária a adoção de estilos e hábitos de vida equilibrados, estabelecer uma boa alimentação e ser capaz de identificar fatores de riscos que possam trazer complicações futuramente.

No decurso da entrevista constatámos que algumas mulheres deste estudo não só souberam identificar os hábitos alimentares e estilos de vida adequados a uma gravidez saudável, mas também os puseram em prática, como se pode observar abaixo:

> *"Alimentar-me com nutrientes ricos em ferro, frutas, não consumir bebidas alcoólicas, beber muito líquido, elevar as pernas, deitar do lado esquerdo, evitando movimentos bruscos. (...) Vestir roupas interiores de algodão para evitar infeções, vestir roupas largas e usar sapatos confortáveis para melhorar a circulação. (...)" (E3).*

> *"Aumentei 10 quilos. Estava atenta na questão do peso porque já tinha lido na internet que o normal era ganhar até 12kg por causa da placenta do líquido amniótico, e do bebé" (E2).*

> *"Aumentei 20kgs, estou a ser seguida pela nutricionista. Tenho um plano alimentar com horários, restrições dos alimentos que devo e não devo comer. Devo confessar que baixei 8 kg" (E7).*

> *" (...) é uma fase em que devo ter muito cuidado: não ficar muito tempo de pé porque pode ocasionar uma diminuição da tensão, (...) e não quero que aconteça nada de mal (...)" (E2).*

> *"Tive pernas dormentes várias vezes, fiz caminhadas, elevava os membros à noite para melhorar a circulação. Tive bons resultados" (E9).*

> *"Devo fazer as consultas todos os meses, avaliar a minha tensão arterial, o peso, fazer a medição da barriga, alimentar-me bem, evitar doenças como HIV, (...)" (E4).*

Por outro lado, verificou-se que havia grávidas que adotavam diversos comportamentos inadequados, apesar de possuírem planos alimentares com as recomendações dos horários, restrições e quantidades de alimentos a ingerir, bem como os cuidados a adotarem durante a gravidez. Seguem alguns dos testemunhos:

> *" (...) estou na consulta de nutricionista para baixar o peso, mas está sendo difícil. Tenho um folheto com as recomendações dos horários e a quantidade de alimentos a ingerir, mas não estou conseguindo colocá-lo em prática (...) Fui aconselhada a beber muita água e evitar enchidos (...Risos), embora nunca tenha percebido o porquê dessas restrições" (E1).*

> *"Estou na consulta de nutricionismo, e a médica facultou-me uma lista de alimentos com que devo alimentar-me, mas as condições financeiras da minha mãe, não me permite cumprir com as orientações médicas" (E4).*

> *" (...) Fazer as três refeições principais, mas no meu caso faço mais que três refeições por dia, porque enquanto estou na minha venda, com a minha banheira de peixe na cabeça, compro o que puder para satisfazer o meu apetite. Como de tudo, e com muita fé em Deus. Antes de engravidar tinha 50 Kg, agora tenho 72 Kg. Disseram-me que tenho de ir a um nutricionista mas, eu não tenho tempo para o fazer porque, quando me desloco ao CSSRA, perco uma manhã inteira, esperando para uma consulta" (E5).*

> *" (...) Eu chego a casa no fim do dia, cansada, ainda tenho que fazer o jantar, vou para cama estafada e às vezes não consigo dormir, mas, já estou habituada, é a minha rotina todos os dias!" (E5).*

A LSM consiste na capacidade da grávida em detetar os fatores que põem em risco a gravidez, identificar os sinais de alerta durante a mesma e, principalmente, adotar hábitos e estilos de vida saudável. (Mojoyinola, 2011; Khorasani et al., 2018; Kohan, Ghasemi & Dodangeh como referido por Ferreira, 2013).

Mojoyinola (2011) considera os profissionais de saúde, nomeadamente os EESMO, como principais recursos para o aumento da literacia em saúde materna, durante todo o processo gravídico. Estes devem contribuir para a LSM, através do uso de informações essenciais e recursos educacionais simples durante a assistência em saúde pré-natal, como por exemplo:

como interpretar as prescrições médicas, como utilizar os medicamentos, compreender instruções dos folhetos médicos, consentimento informado, entre outros, de forma a incentivar as mulheres grávidas com baixo nível de literacia a adotar estilos de vida saudáveis e vivenciar uma gravidez segura.

Da entrevista feita, percebe-se que algumas grávidas têm conhecimento acerca da utilização dos medicamentos prescritos pelos profissionais de saúde e também são capazes de identificar os efeitos dos medicamentos e o porquê do seu uso. A E8, entretanto, recorreu a métodos tradicionais/naturais e E2 evitou o uso de antidepressivos, seguindo orientações médicas de modo a evitar efeitos teratogénicos

> *" (...) A Médica receitou-me medicamentos para vómitos e dores abdominais (buscopan e nausef) (...)" (E1).*
>
> *"Fui medicada com "aldomet", 1cop duas vezes ao dia e fazer refeições pobres em sal (...)" (E3).*
>
> *"Durante a gravidez devo tomar ferro, 1 comp duas vezes ao dia para evitar doenças. Fiz as análises de urina e sangue, detetaram uma infeção urinária. Fui medicada com óvulos vaginais cuja posologia foi de um óvulo à noite" (E7).*
>
> *"Fiz todos os exames. Detetaram-me infeção urinária e medicaram-me com Amoxicilina, 1 comp. de 8/8 durante 7 dias" (E10).*
>
> *"Obstipação mas, não tomei nenhum medicamento. Comi somente papaia" (E8).*
>
> *" (...) Antes da gravidez tomava medicamentos para a depressão, mas tive que suspender por sugestão médica. (...) Comia alimentos ricos em ferro e com pouco sal, evitava também consumir guloseimas" (E2).*

De igual forma, pode-se verificar que outras grávidas não seguiram as orientações dos profissionais que lhes foram indicadas, umas por desconfiança e/ou insegurança e outras por desconhecimento, e em muitos casos desconheciam os nomes e os efeitos do mesmo, como expomos abaixo:

> *" (...) Tive infeções urinárias, fiz tratamentos com óvulos e cremes que colocava à noite antes de me deitar. No meu ponto de vista esses medicamentos não são para infeções urinárias! ... (Risos) ... não sei, a médica disse-me que estava com infeção, pensei que fosse infeção urinária" (E4).*

“ (...) nas últimas duas descobriram que estava com tensão alta e avisaram-me que se ela não voltasse a normalidade teria que ser internada. A partir daí não mais fui às consultas (...) estou a ingerir “Aldomet”, 1 comprimido de 8/8 horas, mas às vezes esqueço de as ingerir” (E5).

“Tive infeções vaginais (cândida), fui medicada mas não usei o medicamento prescrito. Lavei somente com chá de camomila e deu resultados (...) ” (E6).

“Tomar ferro duas vezes ao dia para evitar doenças. Que doenças? ... (Risos), não me lembro” (E8).

“Tive muitos enjoos, vómitos e dores de cabeça. Fiz automedicação. Tomei paracetamol” (E9).

“Tenho problemas de prisão de ventre antes de engravidar, com a gravidez agravou. A Médica receitou-me comprimidos para tomar para minimizar. Podes dizer-me o nome do comprimido? (...Risos) não sei, na verdade não cheguei a comprar porque não tinha dinheiro, estou a tomar remédios caseiros que a minha sogra faz, a comer papaia; tem ajudado muito. Quando fui entregar os resultados dos exames complementares a Médica disse-me que estou com infeção urinária e vaginal. Estou a fazer tratamento. Sabes os nomes dos medicamentos? (Risos), não lembro-me do nome” (E11).

Subcategoria: *Adesão a consultas de assistência em saúde pré-natal*

A vigilância pré-natal tem como principal objetivo a promoção da saúde e do bem-estar da grávida, do feto, do recém-nascido e da família, e melhoria a nível dos cuidados prestados durante a gravidez. A finalidade dos cuidados pré-natais é identificar fatores de risco e outros desvios à normalidade.

Para a concretização desse objetivo, Graça (2018, p. 100) realça que é necessário aconselhar, informar e apoiar a grávida e os familiares mais próximos; minimizar os sintomas fisiológicos normais e comuns da gravidez e ajudar a gestante a adotar estratégias para o alívio a fim de proporcionar uma gravidez normal, procurar assegurar programas de rastreio e vigilância clínica e laboratorial; atentar para eventuais desvios da anormalidade, fornecer acessibilidade aos cuidados especializados na gravidez, com vista a diminuir a morbilidade e a mortalidade maternas, fetais e infantis.

Os **locais da vigilância** e atendimento adotados pelas grávidas deste estudo oscilam entre o setor público e o setor privado. Segundo as nossas entrevistadas (E4, E5, E7, E8, E9, E10, E11) o primeiro contacto com o sistema de saúde perante sua gravidez aconteceu a nível do centro de saúde sexual e reprodutiva. Pode-se observar que a maioria optou por realizar a sua consulta pré-natal no setor público, muitas delas por não ter condições socioeconómicas. Enquanto outras (E1, E2, E3, E6), apesar de ter tido seu primeiro contacto a nível do setor público, decidiram alternar entre o setor privado como o setor público por conseguirem suportar o custo das consultas privadas como é o caso da E1 e E2, para terem acesso a acompanhamento fixo do médico gineco-obstétrico, assegurando-lhes maior confiança, segurança e facilidade nos cuidados prestados. Nessas entrevistadas apercebe-se uma adequada literacia em saúde materna. Como se pode observar abaixo:

> *"Fui ao centro saúde sexual reprodutiva de Assomada (CSSRA) uma única vez, onde obtive o caderno de atenção integral à SSR da mulher e da adolescente (...). As restantes consultas foram feitas numa clínica privada com o acompanhamento da minha médica ginecologista" (E1).*
>
> "*A minha primeira consulta foi no CSSRA, onde adquiri o caderno da mulher fiz (...). Posteriormente dirigi-me para o privado, mas, não me senti satisfeita com o atendimento médico, e resolvi regressar novamente para o centro de saúde onde recebi as minhas primeiras informações. Depois fui à Praia consultar com uma outra obstetra, e fiquei com consultas alternadas entre o centro de saúde e o privado. Tendo em consideração que no centro as consultas eram seguidas pelo clínico geral, e nem todas as grávidas passaram por esta consulta, e como economicamente consigo suportar tanto o público como o privado, decidi optar pelos dois" (E2).*
>
> *"Fiz as primeiras consultas no centro de saúde, mas depois decidi ir para o privado por causa da minha hipertensão arterial. Quero acrescentar, que tomei essa decisão de ir para o privado por ter um obstetra fixo, enquanto que no centro de saúde era seguido um dia pelo clínico geral, noutro dia por um outro médico, noutro dia pela enfermeira, enfim, a cada consulta tinha uma pessoa diferente" (E3).*
>
> *"Fiz as minhas consultas no CSSRA, a primeira foi com 20 semanas. Porquê? Estava a esconder a gravidez da minha mãe (...)" (E4).*

A literacia em saúde é também um pré-requisito importante para fazer escolhas apropriadas nos sistemas de segurança social ou num sistema privado de saúde.

Khorasani et al., (2018) relatam que para muitas mulheres a assistência em saúde pré-natal, constitui o primeiro contato com o sistema de saúde. Por vezes, apesar de a mulher possuir um nível adequado de literacia em saúde, este primeiro contacto, e devido à complexidade do serviço e do sistema pode tornar-se assustador. Já para as mulheres com baixos níveis de literacia em saúde encontram-se menos preparadas para aprender novas informações e seguir as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde.

Kilfoyle et al. (2016) referem que mulheres com pouca literacia em saúde têm maior probabilidade de iniciar ou faltar a assistência em saúde pré-natal após o primeiro trimestre do que quando comparadas com outras com adequada literacia.

Tendo em conta o número de consultas na qual as grávidas desta pesquisa compareceram até o momento, a avaliação é positiva, isto porque, pela quantidade de consultas pré-natais por elas realizadas, essas grávidas vão de encontro às recomendações da OMS (2016), que indica que o número de consultas pré-natais pode oscilar entre 4 e 12 consultas no período da gravidez. Decididamente pode-se afirmar que isto favorece melhor a literacia em saúde materna por ter maior acesso a informações pelo múltiplo contato com os profissionais de saúde.

> *"Até agora fiz 10 consultas" (E1).*
>
> *"Compareci todos os meses, e neste momento já ultrapassei a 10ª consulta. Agora faço-as semanalmente no privado, porque no centro de saúde às vezes não há médico" (E2).*
>
> *"Até este momento, 12 consultas" (E3).*
>
> *"Até agora, 6" (E5).*
>
> *"Já fiz 12 consultas até este momento" (E6).*
>
> *"Já fiz 10 consultas até este momento. A minha primeira consulta foi após 3 meses Na Ilha de Boa Vista" (E7).*
>
> *"Até agora 7 consultas" (E9).*
>
> *"Até agora 9 consultas" (E10).*
>
> *"8 Consultas" (E11).*

A OMS (2016) recomenda um mínimo de oito consultas: cinco contactos no terceiro trimestre, um no primeiro trimestre e dois no segundo trimestre. A OMS pressupõe que

cada país vai adaptar o novo modelo ao seu contexto, com base no pacote de serviços de atenção pré-natal essenciais definidos para o país.

A **educação pré-natal** permite aumentar o conhecimento da grávida (literacia em saúde materna), possibilitando aquisição de novos conhecimentos e competências durante o período gestacional, diminuindo o medo, as preocupações e as complicações que possam aparecer durante a gravidez, essencial para a transição da maternidade segura.

Pode-se observar que nas entrevistas dadas pelas grávidas, os enfermeiros alertaram quanto aos cuidados que devem ter durante a gravidez. Foram-lhes transmitido o seguinte:

> *"A gravidez acontece do relacionamento entre um homem e uma mulher e o resultado está à vista… (risos). Continuando, pode ir até à 40ª semana, havendo probabilidade de a criança nascer antes ou depois dessa data, e a enfermeira me alertou, que é uma fase em que devo ter muito cuidado (…)" (E2).*
>
> *" (…) Vestir roupas interiores de algodão para evitar infeções, evitar vestir calças de ganga para não prejudicar o bebé, vestir roupas largas e usar sapatos confortáveis para melhorar a circulação (…) " (E3).*
>
> *"Não fazer muito esforço em casa…evitar roupas apertadas para não prejudicar o bebé" (E10).*
>
> "*Que devo fazer as consultas todos os meses, avaliar a minha tensão arterial, o peso, fazer a medição da barriga, alimentar-me bem, evitar doenças como HIV (…)" (E4).*

Para Silva, Ferreira, e Duarte (2015), um enfermeiro especialista deve ser um profissional de referência no ciclo gravídico da mulher. Através da promoção do cuidado humanizado, é possível uma relação terapêutica que permita o desenvolvimento de ações educativas que respeitem a individualidade de cada mulher, incentivando-a e aos familiares a aumentarem o seu conhecimento, conferindo-lhes a capacidade de exercer mudanças no seu comportamento e no meio que as rodeia, em prol da melhoria de sua saúde. O papel do EESMO não se limita, portanto, só a transmitir informações, mas também, serve de vínculo de confiança e autonomia para a tomada de decisão.

A preparação para o parto consiste num programa de sessões educacionais para mulheres grávidas e seus companheiros, encorajando-os a participarem ativamente no processo de parto (Couto, 2003). Acrescenta que o momento da educação, deve ser entendido como

algo que permita encarar e perceber a gravidez e o parto, como atos fisiológicos, mas, mais ainda, como momentos de partilha e alegria.

De forma geral as grávidas entrevistadas na nossa investigação (E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11) afirmaram categoricamente a inexistência e o desconhecimento acerca de aulas de preparação para o parto e parentalidade. Caso alarmante e incompreensível, devido à inexistência de uma consulta considerada de extrema relevância e importância na atenção pré-natal. Trata-se de um espaço de confiança e seguridade onde expõem as suas dúvidas, medos, ansiedades, os quais podem ser superados através da informação e preparação que recebem, para melhor tomada de decisões e, consequentemente, o bem-estar materno-fetal.

Um dos aspetos considerados negativos durante essa investigação foi a inexistência de literacia neste campo, não por escolhas, mas sim pela ausência desta atividade a nível de CSSR de Assomada, Santa Catarina, Cabo Verde. Expomos algumas das suas opiniões. *Entenda-se antes, porém, "impu", expressão genuinamente cabo-verdiana, como sendo o esforço expulsivo voluntário da mãe para expulsar o bebé*:

> *"Kkkkkkkkkkk……nunca me falaram dessas aulas de preparação para o parto. Das poucas informações que eu tenho foi através da pesquisa que fiz na internet" (E1).*
>
> *"Não, nunca me falaram disso, a única instrução que me deram é na altura do período expulsivo devo fazer "impú" (… riso) não sei o que é isso nem o nome técnico" (E2).*
>
> "*Não. Como referi anteriormente não tenho conhecimento que exista. Foi por mera curiosidade que fiquei a saber mais sobre esse tema, graças à internet. As informações dadas no CSSRA e na Clínica privada são as básicas" (E6).*
>
> *" (…Risos). Nunca ouvi falar" (E7).*
>
> *"Não. Nunca ouvi falar no assunto no CSSRA. Pesquisei na Internet, quais os exercícios que devo usar durante o trabalho de parto. A única orientação que me deram é, quando chegar o momento de expulsar o bebé, devo fazer "impú" (…risos), não gritar, suportar as contrações" (E10).*
>
> "*Nunca assisti e nem sabia da existência. Durante as minhas consultas nunca ouvi falar. Estou a ouvir agora" (E11).*

Segundo a DGS (2015 b, p.64), o principal objetivo da educação pré-natal é preparar os futuros pais para os cuidados pré-natais, o parto e parentalidade através de pequenos cursos de preparação para a maternidade e nascimento. A educação pré-natal constitui uma

oportunidade para receber informação sobre a tomada de decisão no trabalho de parto, alívio da dor, cuidados com o recém-nascido, competências parentais. Tem como objetivo também desenvolver e promover confiança e competências à grávida/casal/família, informá-las acerca das principais alterações físicas durante todo o ciclo gravídico, promover autocuidado, a tranquilidade e educação para saúde no pré-natal, estimular a grávida na adoção de hábitos e atitudes de vida saudável para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade.

No que concerne a uma das estratégias, ***aquisição do caderno da mulher***, a totalidade das mulheres referiram ter tido acesso ao caderno de saúde da mulher que lhes foi entregue no início das consultas. Portanto, todas sabiam da sua existência e pertinência.

O caderno da mulher constitui um documento essencial no controle e seguimento da mulher durante toda a sua gravidez, pois é onde ficam registados todos os eventos e respostas de análises complementares laboratoriais e ecográficas da mesma; ademais permite que a equipa de saúde tenha uma referência das intercorrências que podem ter acontecido durante a gravidez.

> *" (...) Tenho o caderno da saúde da mulher, onde a médica anota as minhas consultas, os exames complementares, as ecografias, a idade gestacional, a altura uterina, o batimento cardíaco fetal, a posição do bebé, o peso, e outras informações que me possibilita seguir uma estratégia para futuras tomadas de decisões, e também acompanhar o meu estado gestacional e do meu bebé" (E1).*
>
> *"Sim tenho o caderno onde as enfermeiras anotam as minhas consultas, o peso, a altura uterina, o batimento cardíaco fetal, as ecografias, os exames complementares, e as vacinas" (E2).*
>
> *"Tenho o caderno da mulher onde a médica anota as minhas consultas, o peso, altura uterina, a posição do bebé, o batimento cardíaco fetal, a tensão arterial, os exames complementares e os resultados das ecografias, as vacinas de tétano e a data da próxima consulta." (E6)*
>
> *"Tenho caderno da mulher, onde a enfermeira anota as minhas consultas, o peso, altura uterina, a posição do bebé, o batimento cardíaco fetal, a tensão arterial, os exames complementares e os resultados das ecografias." (E7).*
>
> *"Tenho CAISSRMA onde os/as enfermeiros/as anotam as minhas consultas em relação ao peso, altura uterina a posição do bebé, o batimento cardíaco fetal, a tensão arterial, os exames complementares e os resultados das ecografias. Mas eu não consigo perceber todas essas informações" (E9).*

Estudos realizados por diferentes autores fazem referência sobre a importância do caderno da mulher. De acordo com as recomendações da OMS (2016) toda a mulher grávida deve ter um caderno de anotações própria durante a gravidez para assegurar e melhorar a continuidade dos cuidados, permitir a circulação da informação clínica que permita uma articulação entre o atendimento primário e secundário.

As mulheres grávidas deste estudo consideram a existência do caderno da mulher como uma estratégia positiva para o seguimento e evolução de sua gestação. Afirmam também que consiste num meio onde os profissionais de saúde apontam e anotam todas as informações que reúnem ao longo das consultas.

Em Portugal, o Despacho 1/91 institucionaliza a nível nacional o Boletim de Saúde da Grávida, considerando-o como um instrumento fundamental na recolha, normalização e transmissão de dados relativos à saúde da grávida e do bebé.

Já no Brasil foi criado o Caderno da Gestante (Ministério da Saúde do Brasil, 2014), onde as mulheres podem encontrar os seus direitos antes e depois do parto, cartão de consultas e exames, dicas para uma gravidez saudável e sinais de alerta, informações e orientações sobre a gestação e o desenvolvimento do bebé, alguns cuidados de saúde, o parto e o pós-parto.

Tal como no Caderno referido pelas mulheres grávidas da nossa amostra, estes documentos servem, também, para que o profissional de saúde anote todos os dados do pré-natal e escreva o resultado das consultas, dos exames, das vacinas e o que for importante para um bom acompanhamento do pré-natal

Outra das estratégias mencionadas e adotadas por essas mulheres grávida foi, ***a troca de informações e partilha de experiências vividas*** por outras grávidas que não fazem parte do referido estudo, mas que partilhavam suas experiências, medos, anseios, insegurança, expetativas e as diferentes atitudes assumidas por profissionais de saúde no decorrer do trabalho de parto. Essa partilha acontecia na sala de espera enquanto as grávidas aguardavam pela consulta.

> *“ (…) Enquanto esperava a minha vez, aquelas que apresentavam mais semanas gestacionais partilhavam as informações sobre os sintomas, o medo e a ansiedade*

com o aproximar do dia do parto. As mães que estavam à espera da consulta pós-parto, contavam-nos como foram as suas experiências durante o trabalho de parto e os cuidados a ter com o bebé" (E2).

"Enquanto estou à espera da consulta, falo com grávidas que já passaram por essa experiência, e algumas vezes com pessoas com quem simpatizo na rua" (E3).

"Enquanto aguardo a consulta, oiço as senhoras que já tiveram bebés partilharem das suas experiências, de como foi o parto, e a atitude dos profissionais de saúde durante o ato. (...) Se tiver dificuldades, converso com a minha mãe e minhas amigas peixeiras que já tiveram bebé" (E5).

" (...), nas salas de espera enquanto estou à espera para as consultas, com outras grávidas que foram mães, fazendo-lhes perguntas sobre o trabalho do parto, qual é o melhor hospital, os melhores profissionais e principalmente como foi o acompanhamento durante a fase do trabalho de parto" (E1).

"Durante o período que aguardo consultas no CSSR, aproveito para falar com as grávidas que já tiveram experiência de partos anteriores" (E7).

Do estudo feito por Silva (2014) constata-se realmente que durante a gravidez as mulheres ouvem histórias e relatos relacionados à gravidez e partos e que muitas vezes provocam medos, tornando traumático o momento do parto. Por outro lado, Couto (2003) expressa em seu estudo que a aprendizagem sobre o processo de gravidez e trabalho de parto é realizada inúmeras vezes de forma incorreta e empírica, passando de mães para filhas através da tradição oral e muitas vezes é influenciada por histórias relatadas por outras mulheres que tiveram experiências negativas como partos complicados, e distorcem as expetativas das grávidas.

Em contraposição a esta tendência populista, verifica-se que quando as grávidas recebem informações corretas do seu estado gravídico e futuro parto, poderão sentir mais autoconfiança, vivenciando sentimentos positivos em relação ao seu estado. É de realçar que o medo, anseios e dúvidas muitas vezes sentidos pelas mulheres em relação à gravidez e suas consequências, podem estar relacionados com a falta de informação e diálogo entre o EESMO e a grávida. Quando ocorre diálogo entre eles, isto permite-lhes viver intensamente e de forma gratificante a gravidez.

Durante a consulta de enfermagem da saúde materna é crucial a realização de sessões para educação em saúde, informando verbalmente a grávida, sobre aspetos que suscitam dúvidas e com as quais deparam no dia-a-dia, de modo a promover o bem-estar materno-fetal.

A *participação em sessão de grupo* é referida pelas grávidas como outra das estratégias, reconhecendo a importância da participação em sessões em grupos. Constata-se a inexistência deste programa a nível de CSSRA em Cabo Verde, o que é justificado pelo número insuficiente de profissionais de saúde para assumir este programa, pois a demanda ultrapassa a capacidade de resolução deste serviço de saúde primária. Duas das grávidas (E2, E11) deste estudo referem ter recebido de forma irregular esta sessão. Neste sentido seguem as afirmações das grávidas:

> *"Fui uma única vez [a sessão de grupo], no início da gravidez onde a enfermeira do centro de saúde reuniu as grávidas em grupo (...)" (E2).*
>
> *"Assisti uma vez onde a enfermeira orientou-nos sobre os cuidados que devemos ter com a alimentação, higiene pessoal" (E11).*
>
> *"Não, os cuidados são prestados individualmente, de acordo com as dúvidas que vão aparecendo durante as consultas" (E1).*
>
> *"Não, nunca assisti. Enquanto estou à espera da consulta, falo com grávidas que já passaram por essa experiência, e algumas vezes com pessoas com quem simpatizo na rua" (E3).*
>
> *"Nunca participei nessas sessões no CSSR nem na clínica privada" (E6).*
>
> *"Nunca participei nessas sessões no CSSR. Eu pesquisei sobre este tema na internet" (E8).*
>
> *"Nunca participei nessas sessões no CSSR, não há" (E10).*

Segundo o Plano Nacional de Saúde em Cabo Verde, a nível dos recursos humanos verifica-se a inexistência de um sistema de gestão integrada, défice de pessoal técnico em determinadas áreas, estruturas e serviços, articulação deficiente para a definição de estratégias de formação de recursos humanos. A fragilidade das Delegacias de Saúde em termos de recursos humanos constitui um constrangimento à satisfação das necessidades das populações.

Alfing, Stumm, e Boff (2016), na sua revisão integrativa sobre o papel do enfermeiro no pré-natal, concluíram que para as grávidas, estas ações são importantes por contribuírem para a aprendizagem. Destacaram ainda as atividades em grupo como sendo momentos importantes de troca de experiências, de crescimento e de qualificação dos cuidados prestados. No entanto esta pesquisa evidenciou algumas lacunas na consulta de

enfermagem, tais como: falta de preparação do enfermeiro, dificuldades de acesso à consulta, falta de continuidade de cuidados e de ações de educação em saúde.

Subcategoria: *Atuação e papel do enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia*

A consulta de vigilância pré-natal é um componente imprescindível para a atuação do ESSMO, na medida em que não serve só para minorar a incidência e prevalência de complicações gravídicas, mas também para comunicar, motivar, orientar, ensinar e, consequentemente, possibilitar uma participação mais ativa e consciente da grávida/família na tomada de decisão relativa à sua assistência pré-natal.

Neste sentido, compreendemos e ressaltamos que apesar de as grávidas deste estudo não terem tido acesso ao EESMO, foram orientadas por enfermeiros gerais que, de alguma forma, transmitiram-lhes seus conhecimentos e experiências para enfrentar sua gravidez. Perante o exposto, e de forma geral, apresentamos algumas opiniões:

> *"Informaram-me que, durante o período expulsivo, devo inspirar e expirar para facilitar a expulsão do bebé. Aprendi na internet, no aplicativo que baixei, que por exemplo: durante o período expulsivo devo encher o peito de ar, bloquear a respiração, levantar a cabeça, colocar o queixo junto do peito para ganhar força e empurrar para baixo no períneo para ajudar o bebé a sair. Tive outras aprendizagens que vou colocar em prática quando chegar a maternidade" (E6).*

> *"Falaram-nos sobre: a higiene pessoal, alimentação indicando-nos os alimentos que devemos consumir e os que devemos evitar, o estado de ânimo, isto é, evitar stress, (...), fazer caminhada" (E8).*

> *" (...) Higiene pessoal. Evitar o banho íntimo com água parada e usar cuecas de algodão" (E9).*

Os efeitos das ações educativas durante a gravidez, e, por conseguinte, o aumento do nível da Literacia em saúde materna, tem sido avaliado com resultados favoráveis para os ganhos em saúde e produzindo o aumento da satisfação materna (Couto, 2006).

Para além das competências do enfermeiro de cuidados gerais, o EESMO detém uma responsabilidade na prestação de cuidados especializados à mulher inserida na família e comunidade durante todo o ciclo de vida. Para uma inequívoca prestação de cuidados

especializada, este profissional deve dotar-se de competências técnicas, científicas e humanas (relacionais, éticas, comunicacionais) aprimoradas que o auxiliem nos processos de tomada de decisão, nas diferentes conjunturas da prática clínica.

Referido pela maioria das grávidas, a maior parte das informações transmitidas pelos profissionais durante as consultas pré-natais não foi possível pô-las em prática, como se pode observar:

> *"Acho que não, saio de casa de manhã e só regresso á noite. A maior parte do tempo estou na rua vendendo o meu peixe" (E5).*
>
> "Mais ou menos" (E7).
>
> *"Algumas sim. A maioria tive dificuldades" (E8).*
>
> *"Algumas sim, outras não. Dependia das condições financeiras do meu companheiro" (E10).*
>
> *"Algumas, a maioria não consegui por falta de experiência" (E11).*

Jardim, Silva, e Fonseca (2017) garantem que quando a mulher grávida é capacitada, torna-se mais fácil a sua participação, defesa dos seus direitos, e desenvolvimento de seus conhecimentos a respeito das decisões relativas à gravidez. Para este desenvolvimento são necessárias ações estratégicas e ações educativas por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos EESMO, promovendo assim o protagonismo das mulheres nas suas decisões.

As informações enunciadas pelas grávidas durante a entrevista demonstraram de forma clara e convincente a inexistência de EESMO e seu papel preponderante no ensino, orientação, comunicação e motivação no período gravídico, a nível dos cuidados primários. Percebeu-se que a informação prestada pelos profissionais de saúde foi insuficiente, incompleta e sem elementos baseados na evidência científica em gineco-obstétrica, área em que um enfermeiro especializado em saúde materna e obstétrica se encontra bem preparado. Em continuação expomos alguns testemunhos:

> *"Não, nunca falaram-me disso, a única instrução que me deram é que na altura do período expulsivo devo fazer "impú" (... riso) não sei o que é isso nem o nome técnico" (E2).*
>
> *"Disseram-me que quando chegar a altura de ter o bebé para fazer "pupú", não gritar, para controlar a dor do parto" (E5).*

> *"A única orientação que me deram é quando chegar o momento de expulsar o bebé que devo fazer "impú" (...risos) não gritar, suportar as contrações, evitar o nervosismo, não gritar porque se não ia ser penalizada pelos profissionais de saúde. Pesquisei na internet, como controlar a respiração, quando há contrações e que tipo de contração é indicado no período expulsivo" (E9).*
>
> *"A única recomendação foi para não gritar quando entrar no trabalho de parto, porque caso o faça as enfermeiras iriam deixar-me sozinha a ter o bebé. Por isso, estou com muito medo e apreensão, mas a minha mãe tranquilizou-me que vai decorrer tudo bem" (E2).*
>
> *"Disseram-me para não gritar e quando chegar o momento devo fazer "impú" para expulsar o bebé. A minha mãe disse-me que quem faz trabalho de campo, vai ter um parto leve, por isso espero tê-lo, uma vez que, fiz sementeira, monda e colheita no campo da minha mãe. Carreguei água, para os afazeres em casa" (E4).*
>
> *"Não ninguém falou-me dos exercícios, a única coisa que disseram-me foi quando chegar o momento do período expulsivo, devo fazer "impú"(gargalhada)" (E11).*
>
> *"Nunca assisti e nem sabia da existência. Durante as minhas consultas nunca ouvi falar. Estou a ouvir agora" (E11). Estou com muito medo, é a primeira vez, ouvi dizer que os Enfermeiros da sala de parto zangam quando a pessoa começa a gritar por causa da dor. Tenho amigas minha que dizem que passaram mal na sala de parto. Mas fé em Deus, espero que tudo corra bem" (E11).*

O papel do EESMO é fundamental no acompanhamento das mulheres/casais que recorrem a estas consultas, de forma a poderem desfrutar de uma vida sexual segura, plena e livre de medos e preconceitos. Realçamos, assim, a intervenção especializada na promoção da saúde sexual na população em idade reprodutiva, contribuindo para uma vivência saudável e responsável.

Observa-se a insatisfação com os cuidados prestados a nível do centro de saúde sexual e reprodutiva, conforme manifestado por uma grávida entrevistada:

> *"Não estou muito satisfeita porque no CSSRA, as informações são as básicas, limitadas e rápidas. Aprendi muito mais na internet através dum aplicativo que baixei e sigo com rigor, passo a passo todas as semanas. (...) Pesquisei muito sobre esse tema na internet, aprendi muito sobre os exercícios a fazer, as massagens que devem ser realizadas na altura do parto, exercícios de ioga, exercícios respiratórios; estou a tentar fazer para que, eu tenha um parto suave" (E6).*

Segundo Couto (2003), para evitar que a mulher vivencie uma gravidez sem nenhum conhecimento do seu corpo e da gravidez é necessário educar e orientar para todo o processo gravídico através do apoio, informação e conhecimento essenciais de modo a

aumentar a sua autoconfiança, diminuir a insegurança, a ansiedade, para que o período pré-natal transcorra com tranquilidade.

Para Lopes et al., (2009) a preparação e a segurança da grávida estão relacionadas ao seu grau de conhecimento adquirido ao longo da gravidez, sobretudo pela orientação recebida pelos profissionais de saúde durante este período. Ou seja, quando o profissional de saúde, EESMO, acompanha regularmente a mulher grávida no período pré-natal, isso origina comportamentos positivos como sentimentos de confiança e segurança, e descarta sensações de medo, dor, angústia e pânico. O ato de preparar e consciencializar a mulher durante a gravidez permite que esta vivencie uma fase livre de complicações, obtendo, assim, resultados satisfatórios durante a gravidez e maternidade.

Tendo como referência os diferentes testemunhos das grávidas entrevistadas deste estudo, podemos ressaltar de alguma forma a pertinência da existência e da atuação do EESMO durante a gravidez a nível dos cuidados primários em Cabo Verde, visto que, as unidades de cuidados de saúde primários constituem locais por excelência para a intervenção do EESMO junto de toda a comunidade na evolução de uma gravidez saudável. Seguem algumas afirmações que poderiam ser corrigidas, caso existisse o EESMO:

> *"Fizeste a ecografia morfológica? (Risos), o quê é isto? Nunca ouvi falar" (E5).*
>
> *"Nunca participei nessas sessões no CSSR nem na clínica privada (…)" (E6).*
>
> *"Não nunca assisti. Enquanto aguardo a consulta, oiço as senhoras que já tiveram bebés partilharem as suas experiências, de como foi o parto, e a atitude dos profissionais de saúde durante o ato" (E5).*
>
> *"Tenho varizes na barriga, na coxa e nos braços (…) "(E7).*
>
> *"Já fui duas vezes ao Hospital porque tinha a cueca molhada pensei que era perda de líquido. Quando cheguei fiz a ficha fui avaliada pela médica de serviço, ela disse-me que era leucorreia. Eu como não sabia, lá fui" (E11).*
>
> *"Não, sempre recorro aos meus familiares, amigas, à minha sogra. Como é a primeira gravidez ainda não me sinto preparada para tomar decisões sozinha" (E11).*

Conforme referido pela Direção-Geral de Saúde de Portugal (DGS, 2015 a), um dos objetivos do EESMO é informar e orientar as mulheres grávidas na identificação de fatores de risco, comportamentos e estilos saudáveis a adotar durante a gravidez, visto que é pertinente na manutenção da saúde materna e desenvolvimento fetal.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) de Portugal, numa das suas diretrizes, garante que a missão do enfermeiro especialista é assegurar cuidados especializados nos contextos em que a mulher se encontra, produzindo ganhos em saúde, pela promoção da autonomia da saúde nas decisões, pela capacitação para o autocuidado e autovigilância, promovendo, desta forma, a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com a gravidez (OE, 2011a).

Evidenciou-se, por um lado, a ausência *física do enfermeiro especialista em Saúde Materna e Obstetrícia*, na realidade do CSSRA, Santa Catarina, Cabo Verde. Por outro lado, esta temática constitui um desafio desta investigação, por ser considerada um dos elementos importantes na adoção de estratégias que contribuem para a literacia em saúde materna. E o EESMO tem um papel primordial na prestação de cuidados de saúde de alta qualidade, na segurança e na transmissão de conhecimentos, valores que permitem o empoderamento dessas grávidas e que contribuem positivamente nas tomadas de decisões favoráveis à sua gravidez.

Subcategoria: *Tomada de decisão*

Para que a grávida seja autónoma e adquira o poder de decisão e autocuidado em relação à gravidez é necessário obter informações ao longo do ciclo gravídico puerperal. Durante a fase gravídica, a grávida deve possuir informações e conhecimentos que lhe confiram autonomia, competência e poder de efetuar escolhas que beneficiem a sua gravidez e, consequentemente, a sua saúde. É de realçar que devem ser empoderadas durante todo o ciclo gravídico puerperal, tomando decisões pensadas e assertivas relativamente à sua saúde e à saúde do feto.

A gravidez é até hoje considerada um processo fisiológico da mulher e um dos aspetos mais relevantes a ter em consideração para o desenvolvimento de uma gravidez livre de riscos e complicações na tomada de decisão durante a mesma. Isto acontece quando a mulher grávida é empoderada através de um nível adequado em literacia em saúde materna, o que lhe permitirá atuar em consequência com os conhecimentos adquiridos.

De acordo com o testemunho das diferentes grávidas nesta investigação, muitas delas não chegam a tomar decisões de forma racional e unilateral; recorrem à ajuda, suporte e reconforto familiar e profissionais para a tomada de decisões que lhe permitam de forma correta e em parceria com os demais membros familiares e profissionais de saúde chegar a um término feliz do seu estado gravídico. Excetua-se a E6, que, de forma radical, expressou ser autossuficiente para a tomada de decisões com respeito a seu estado gravídico. De forma geral, pode-se afirmar que não se encontram preparadas/empoderadas com relação ao conhecimento da sua condição. Seguem algumas opiniões mencionadas pelas mesmas:

> *"Algumas sim, outras peço conselhos à minha mãe, minha tia, à médica que me acompanha, e muitas vezes recorro à Internet. (…) e outras informações que me possibilitam seguir uma estratégia para futuras tomadas de decisões (…)" (E1).*
>
> "*Falo sempre com a minha mãe para me esclarecer, tendo em conta que meu marido se encontra ausente do País. Também falo com as minhas amigas que passaram por esta experiência e tiro dúvidas com as enfermeiras e a minha médica" (E2).*
>
> *"Não. Sempre procuro ajuda dum profissional de saúde, do meu marido e de amigos" (E3).*
>
> *"Normalmente sempre tomei as minhas decisões sozinha. Às vezes partilho-as com meu companheiro e a minha mãe" (E6).*
>
> *"Não. Peço ajuda da minha mãe e da minha Avó" (E8)*
>
> *"Sempre esclareci as minhas dúvidas, com a minha mãe, meu marido e minhas amigas que já tiveram bebé" (E10).*
>
> *"Não, sempre recorro aos meus familiares, amigas, à minha sogra. Como é a primeira gravidez, ainda não sinto preparada para tomar decisões sozinha" (E11).*

Para American College of Obstetricians and Gynecologists (2016) os profissionais de saúde, nomeadamente na área de obstetrícia, devem garantir uma comunicação compreensível através de medidas apropriadas, de modo que possibilite o indivíduo a tomar decisões assertivas relativas a si, à sua saúde e à procura de cuidados de saúde.

Ordem dos Enfermeiros de Portugal (2015, p. 7) preconiza que a filosofia dos cuidados, no âmbito da saúde materna obstetrícia, seja "enraizada num modelo de assistência em que o EEESMO" trabalhe em parceria com a mulher, promovendo o seu empoderamento, permitindo-lhe tomar as próprias decisões.

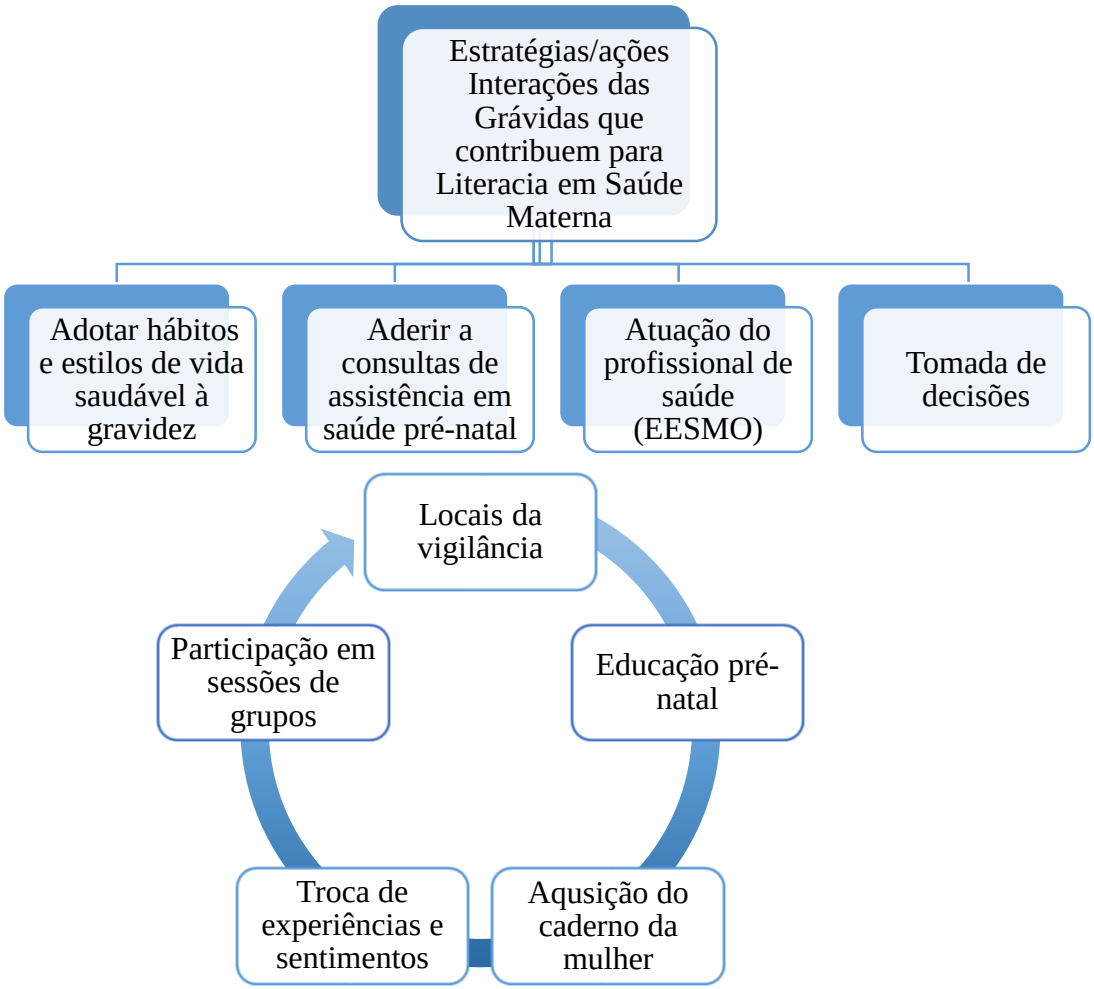


Figura 7 - Categoria: Estratégias/ações Interações das Grávidas que contribuem para Literacia em Saúde Materna

9.2.3 Categoria: Redes de apoio da grávida que contribuem para a literacia em saúde materna

Da análise feita, percebe-se que as redes de apoio da grávida que contribuem para a Literacia em Saúde Materna, poderiam ser agrupadas em quatro subcategorias: ajuda na resolução de problemas, ambiente em casa, papel do marido/companheiro e profissionais de saúde.

Subcategoria: *Ajuda na resolução de problemas*

No que concerne à **primeira subcategoria**, *ajuda na resolução de problemas*, verifica-se que as mulheres grávidas recorrem sobretudo a familiares, a amigos, ou ao marido/companheiro. Sobre a ajuda na resolução de problemas, constata-se, tal como foi analisado, que as mulheres grávidas apontam e procuram conforto e apoio nas figuras mais importantes e nas mais próximas como membros da família, companheiros/maridos, amigas e em último caso nos profissionais de saúde, constituindo também uma fonte para a aquisição de informações e conhecimentos.

> *" (...) peço conselhos à minha mãe, minha tia, à médica que me acompanha (...). (...) os que não conseguir peço apoio aos familiares e ao meu marido que estão sempre presentes" (E1).*
>
> *"Falo sempre com a minha mãe para me esclarecer, tendo em conta que meu marido se encontra ausente do País. Também falo com as minhas amigas que passaram por esta experiência e tiro dúvidas com as enfermeiras e a minha médica" (E2).*
>
> *"Não tendo mãe, falo com as minhas irmãs, e amigas que já tiveram bebé. Peço ajuda ao meu marido, vizinhos e familiares" (E3).*
>
> *"Falo com a minha mãe, com as minhas amigas peixeiras que já tiveram bebé e que trabalhamos todos os dias juntas" (E5).*
>
> *"Tenho ajuda da minha mãe que está sempre por perto, e do meu companheiro que, apesar da distância, estamos sempre sintonizados através das redes sociais. (...). Familiares e amigos. Primeiro procuro a minha mãe, depois profissionais de saúde" (E6).*
>
> *" (...) peço ajuda da minha mãe e da Avó. Dos meus familiares e da minha sogra (...)" (E8).*
>
> *"Sempre esclareci as minhas dúvidas, com a minha mãe, meu marido e minhas amigas que já tiveram bebé. (...) Vizinhos" (E10).*
>
> *" (...) Sempre recorro aos meus familiares, amigas, à minha sogra. Como é a primeira gravidez, ainda não me sinto preparada para tomar decisões sozinha" (E11).*

Cardoso (2011) considera que a família tem um papel central na sociedade, na medida em que, a partir dela as sociedades se constituem, organizam, funcionam e aprendem a viver

em comum. Através do crescimento e desenvolvimento dos seus membros adquirem cultura, princípios e valores.

Sendo a família um dos pilares fundamentais da sociedade, é imprescindível que o Estado contribua de forma efetiva na criação de condições para que exerçam da melhor maneira possível a função parental.

Subcategoria: *Ambiente em casa*

Relativamente à **segunda subcategoria** *Ambiente em casa*, todas elas reforçaram a existência de um ambiente tranquilo e saudável em casa. A maioria manifestou ter apoio e um bom relacionamento familiar.

> *"Tenho bom ambiente, tenho ajuda de familiares, tanto económica como espiritualmente, e já está tudo preparado para o dia do parto" (E1).*
>
> *"Tenho bom ambiente em casa, tanto da parte dos meus pais, da minha irmã mais velha, como do meu marido" (E2).*
>
> *"Tenho ajuda da minha mãe e às vezes do meu companheiro. Faço todos os meus afazeres de casa, e ajudo o meu companheiro nas atividades do campo, quando não vou vender peixe" (E5).*
>
> *"Tenho ajuda da minha mãe que está sempre por perto, e do meu companheiro que, apesar da distância, estamos sempre sintonizados através das redes sociais.*
>
> *Já tenho tudo preparado, o quarto do meu bebé" (E6).*
>
> *"Ambiente tranquilo, tenho ajuda da minha mãe e do meu marido" (E9).*
>
> *"Ambiente normal, tenho ajuda da minha mãe e do meu companheiro (E10).*
>
> *"Tenho um ambiente saudável, tranquilo" (E11).*

Sobre o ambiente, todos as mulheres grávidas referiram viver num bom ambiente. Mas não é só o ambiente de casa que pesa, nesta fase da vida para as mulheres.

Subcategoria: *Papel do marido/companheiro*

Nesta **terceira subcategoria,** *Papel do marido/companheiro*, enquanto parentalidade, houve uma divisão de critérios, pois, enquanto algumas referiram obter apoio do

marido/companheiro, outras alegam falta de apoio, insensibilidade, ausência e falta de envolvimento ou construção da parentalidade. No caso da nossa amostra a maioria (9) referiu contar com o apoio desta figura, e referem ter um bom relacionamento, apenas duas delas (E4 e E5) referem o contrário. E2 e E6 afirmam que, apesar da distância do marido/companheiro, encontram-se em sintonia, partilhando informações, momentos e sentimentos relativamente à gravidez.

> *"Sim ele é impecável comigo, está sempre presente ajudando-me nas tarefas domiciliares, até este momento não tenho razões de queixas" (E1).*
>
> *"Apesar de distante, ele está a par de todas as minhas consultas, trocamos informações através das redes sociais, envio as fotografias de cada consulta, estamos em sintonia, espero que esteja presente na altura do parto. É uma pena não deixarem os pais assistirem o parto, mas pronto é a realidade que temos" (E2).*
>
> *"Marido? (...Risos), é o pai do meu filho, nada mais. Depois de aparecer grávida ele abandonou-me, não me apoia em nada. O meu suporte é minha mãe que me ampara em todos os momentos" (E4).*
>
> *"Ele não compreende nada da minha gravidez. Eu chego a casa no fim do dia, cansada da lida, ainda tenho que fazer o jantar, vou para cama exausta e às vezes não consigo dormir, mas, já estou habituada, é a minha rotina todos os dias" (E5).*
>
> *"Ele está ausente do país, mas está a par de tudo que esteja relacionado comigo e com o nosso bebé" (E6).*
>
> *"Tenho ajuda do meu companheiro e familiares. Sim, o meu companheiro me apoia. Ele ajuda-me nas tarefas domésticas. (...) o meu companheiro é que me acompanha à consulta" (E7).*
>
> *"O meu marido ajuda-me muito em casa, nas tarefas domésticas, mas nunca me acompanhou às consultas de pré-parto" (E9).*
>
> *"Ele ajuda-me de acordo com a sua disponibilidade. Passa muito tempo fora casa. Mas sempre que puder, ajuda-me nas tarefas domésticas" (E10).*
>
> *"Ele ajuda-me sempre que eu precisar, está sempre presente depois do horário do trabalho, quando não estiver em casa tenho ajuda da minha sogra" (E11).*

Knauth (2001) afirma que o matrimónio, no momento da transição, influência na relação entre os membros da família e o funcionamento do futuro da mesma.

São fatores promotores da aquisição da identidade parental ajustada e da conjugalidade satisfatória: o conhecimento prévio sobre transição associada à gravidez e a positiva

comunicação entre o casal, dado que a gravidez constitui um período de mudança, tanto para os casais como para o próprio sistema familiar onde a criança vai integrar-se.

A parentalidade engloba ações e interações que ajudam na aquisição da identidade parental. Estas ações, na sua globalidade, incluem tanto os cuidados físicos como afetivos, e comportamentos parentais.

Quando nasce o primeiro filho, a tendência é que a função conjugal se mova para a função parental, daí que há necessidade da adaptação a mudanças físicas e ao desafio de redefinição dos papéis na estrutura familiar.

Subcategoria: *Profissionais de saúde*

Por último, *profissionais de saúde* - 9 das entrevistadas (E1, E2, E3, E5, E6, E7, E8, E9, E10) fazem referência aos profissionais de saúde como sendo uma figura de apoio a quem recorrem quando têm problemas.

> *"Não. Sempre procuro ajuda dum profissional de saúde (...)" (E3).*
>
> *"Dirijo-me ao hospital" (E5).*
>
> *"Procuro centro hospitalar" (E7).*
>
> *"Profissionais de saúde" (E8).*
>
> *"Primeiro procuro a minha mãe, depois os profissionais de saúde" (E9).*
>
> *"Primeiro procuro a minha mãe, depois o meu companheiro e por último, os profissionais de saúde" (E10).*

Segundo Kim e Grunig (2011), ter acesso à informação acerca de saúde na internet acarreta riscos fundamentalmente em pacientes com escassez ou nenhuma literacia em saúde, precisando dum elemento regulador nessa balança informativa baseado em critérios confiáveis, daí que o profissional de saúde tem um papel importante na orientação com vista a solucionar os problemas.

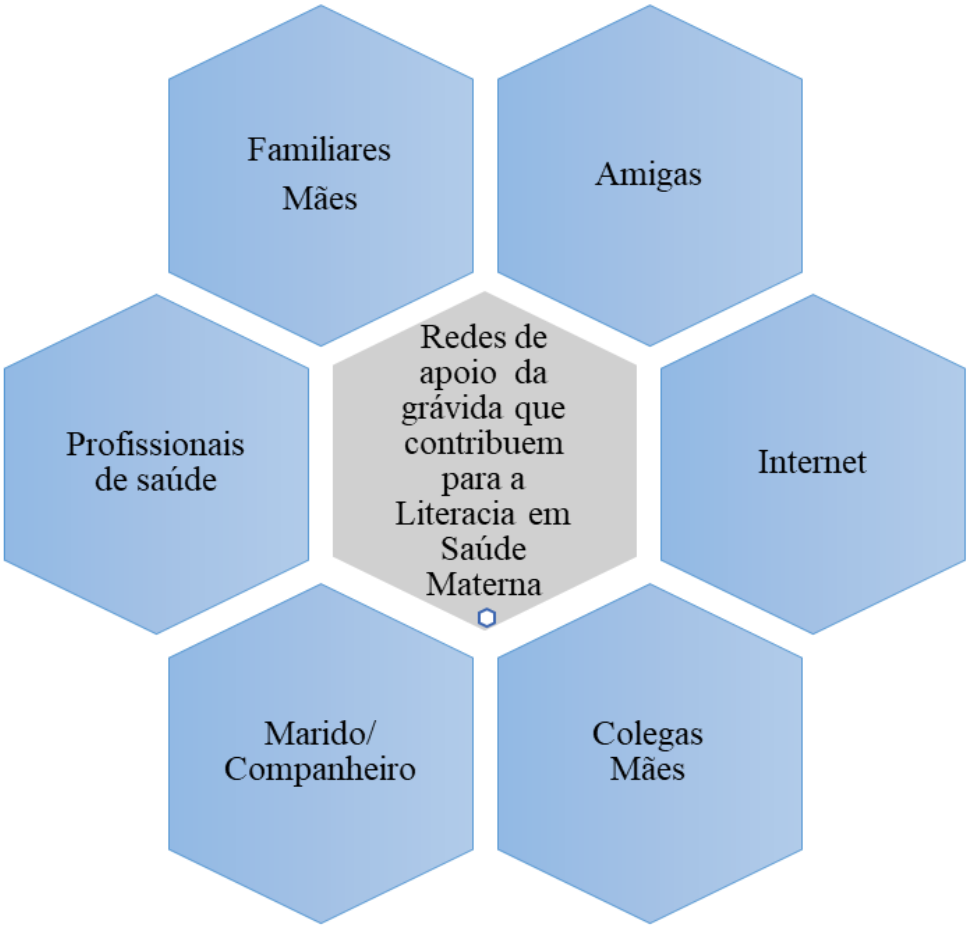


Figura 8 - Categoria: Redes de apoio da grávida que contribuem para a Literacia em Saúde Materna

CONCLUSÃO

A realização desta pesquisa foi um momento de muita aprendizagem, descoberta, um desafio gratificante, que ocorreu durante esta etapa académica que agora finalizo, mas também por permitir a realização dum estudo ainda pouco abordado na área da saúde materna em Cabo Verde.

O desafio proposto teve a sua origem na constatação da falta de estudos relacionados com a literacia em saúde materna. Da consulta de documentos estratégicos existentes em Cabo Verde, confirmou-se a inexistência de qualquer estudo nesta área da promoção da saúde focando a literacia em saúde materna nas mulheres grávidas. A investigadora no decorrer da realização da presente investigação, de natureza qualitativa, deparou com algumas dificuldades que, no entanto, não impediram a sua concretização para perceber os conhecimentos, as estratégias utilizadas pelas grávidas na obtenção de literacia em saúde materna com vista a promoção de uma experiência positiva durante a gravidez.

Esta pesquisa foi realizada com o intuito de conhecer a literacia de saúde materna das grávidas que frequentam o Centro Saúde Sexual Reprodutiva Assomada, Santa Catarina, Cabo Verde. Após a análise e discussão dos resultados extraídos, e a finalização da presente investigação retomamos às inquietações iniciais que nos levaram à realização deste estudo.

No decurso da análise de conteúdo das 11 entrevistas, salientaram-se três objetivos: "Identificar os conhecimentos das mulheres grávidas sobre a promoção da saúde pré natal com vista a perceberem os cuidados de saúde que lhe são prestados durante a gravidez", "Conhecer as estratégias das mulheres grávidas na tomada de decisões promotoras de uma gravidez saudável" e "Identificar redes de apoio à grávida que contribuam para a literacia em saúde destas mulheres". Emergiram daqui três categorias com as respetivas subcategorias: "Conhecimento das grávidas com relação à sua gravidez", "Estratégias/ações interações das grávidas que contribuem para literacia em saúde materna", "Redes de apoio da grávida que contribuem para a Literacia em Saúde Materna".

Com respeito ao conhecimento das grávidas em relação ao seu estado gravídico, nesta primeira categoria verificou-se que, de forma geral, as grávidas têm certas informações sobre seu estado da gravidez, mas nem todas as grávidas possuem literacia em saúde

materna. A informação por si só é insuficiente, isto porque muitas vezes depende da atitude dos profissionais de saúde que funcionam como barreiras para os pacientes obterem informação. Verifica-se que os conhecimentos básicos foram adquiridos primeiramente através dos profissionais de saúde, durante as consultas pré-natais, não obstante haver défice de informações e dificuldade na assimilação das mesmas. Outras fontes utilizadas foram os familiares e amigos, bem como pesquisa na Internet.

No âmbito da primeira categoria, conhecimentos das grávidas em relação à gravidez, surgiu a primeira subcategoria, conhecimentos adquiridos através dos familiares/amigos. A maioria das grávidas afirma recorrer e ter recebido apoio e suporte nos seus familiares, principalmente mãe e amigas. Reconhecem a importância delas na partilha de informações as quais lhes permitem um desenvolvimento saudável da gravidez. Esses conhecimentos partilhados por familiares e amigos são baseados e extraídos em experiências vividas.

O baixo nível de literacia em saúde da mulher grávida tem um efeito negativo sobre seu conhecimento em saúde, sobre os comportamentos preventivos que adota, sobre a capacidade de procurar e aceder ao sistema de saúde, utilizar serviços preventivos e cuidar de seus filhos e muitas vezes está relacionado com a pobreza.

Constatámos nos depoimentos das mulheres grávidas que, no que diz respeito aos conhecimentos adquiridos através dos profissionais de saúde, foram abordados vários assuntos. No que tange a alimentação, puderam identificar alguns hábitos alimentares como sendo saudáveis, equilibrados e variados; infelizmente algumas referiram ter infringido as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, e outras não se encontram economicamente preparadas para adquirir os alimentos recomendados (inseguridade alimentar). Observa-se que as entrevistadas têm conhecimentos e estão consciencializadas quanto ao tipo de alimentação saudável durante a gravidez.

A maioria das grávidas entrevistadas não tem literacia em saúde materna com respeito à suplementação de ferro e ácido fólico, visto que, muitas delas fazem uso do mesmo sem saber o real motivo dessa utilização. Fazem simplesmente por ser recomendação médica, da mesma forma que outras não fizeram o uso de ácido fólico como medida preventiva de malformações congénitas no feto no período pré-natal.

Nos dias de hoje, torna-se imperativo na assistência pré-concecional, as ações promotoras de prevenção primária dos defeitos congénitos do sistema nervoso central através do consumo do ácido fólico. Quanto menor o grau de literacia de um doente, mais difícil será para ele compreender os tratamentos a que é sujeito.

Ao nível da realização dos exames laboratoriais e ecográficos, a maioria refere ter feito, uma ou mais ecografias, porém, desconhecem o real objetivo e a pertinência da realização da ecografia durante a gravidez, ressaltando inclusive que outras não fazem por pertencerem a um grupo economicamente desfavorável. Isso leva-nos a concluir que somente algumas das entrevistadas tinham um nível adequado de Literacia em saúde materna que lhes permitiam decidir pelo uso oportuno do estudo ecográfico.

Constatámos também que as grávidas demonstraram mobilização de saberes e aquisição de conhecimentos face aos sintomas fisiológicos e comuns da gravidez. De forma geral neste aspeto houve literacia em saúde materna, pois souberam adotar estratégias que iam de encontro com as recomendações da OMS.

Das entrevistas realizadas e da análise do discurso das mulheres grávidas pode-se constatar que as grávidas deste estudo estão em posição de literacia em saúde materna no que concerne à gravidez normal/risco, enfermidades ocorridas na gravidez e identificação sinais de alerta que surge na gravidez. De notar que a maioria das grávidas entrevistadas soube reconhecer quando é ou não uma gravidez normal e de risco, a que tipos de enfermidades estariam expostas e os sinais que as alertam perante possíveis complicações, o que denota um nível em literacia de saúde materna que lhes permitiram atuar em diferentes situações.

Dos conhecimentos e das informações adquiridas observa-se o domínio da pesquisa e consultas em sites de Internet. A internet teve um papel significativo na procura de informações para mais da metade das grávidas do estudo. A maioria dessas mulheres grávidas preferiram recorrer à internet como forma de complementar os conhecimentos adquiridos no Centro de Saúde. Assim podemos afirmar que, as grávidas que fizeram essa procura de informações extras relacionadas à gravidez, têm algum nível de literacia em saúde materna.

Do estudo feito, apercebe-se um conjunto de estratégias, ações e interações que contribuem para a literacia em saúde materna, das quais destaca-se como uma das principais estratégias, a aderência a consultas de assistência em saúde pré-natal. Na mesma ótica, apercebe-se da importância da aderência das grávidas a consultas pré-natais como meio de aquisição de novos conhecimentos e competências durante o período gravídico, que lhes permitam um nível de literacia em saúde materna, tendo como resultado a transição a uma maternidade segura.

Não obstante, as mulheres grávidas desta investigação frisaram a ausência de aulas de preparação pré-natal a nível do CSSRA, alegaram a inexistência e o desconhecimento acerca das aulas de preparação para o parto e parentalidade, uma das ações pré-natais consideradas de extrema relevância na educação e atenção pré-natal. Algumas das nossas entrevistadas optaram por eleger o setor privado como forma de complementar a atenção recebida no sector público, argumentando que tiveram atendimento personalizado e maior acesso aos estudos ecográficos, que são considerados estratégias e ações que auxiliam na tomada de decisões saudáveis à gravidez. A existência do caderno da mulher surge no discurso das grávidas como outra das estratégias. Todas sabem da sua pertinência, considerando este documento como essencial no controle da mulher durante toda a sua gravidez.

Outra estratégia, mencionada pelas grávidas foi a troca e partilha de experiências, sentimentos e medos entre elas, onde ficou claro que as entrevistadas consideraram positiva esta prática com vista a adquirir novos conhecimentos e experiências, por serem nulíparas, tornando a mulher autónoma e segura e constituindo um veículo promotor da literacia em saúde.

A participação em sessão de grupo, é referida pelas grávidas como outra estratégia falhada a nível de CSSSRA, justificada pelo número insuficiente de profissionais de saúde para assumir este programa, pois a demanda ultrapassa a capacidade de resolução deste serviço de saúde primária. A este respeito, a autora considera ser este um espaço idóneo para a atuação do EESMO, no momento de transmitir informações, eliminar ansiedade, medos e evacuar dúvidas com respeito ao seu estado gravídico. Perante a situação exposta, torna-se importante avaliar, promover e melhorar a literacia em saúde materna, pois só assim a

mulher grávida poderá tomar consciência dos processos fisiológicos da gravidez, da importância de conhecer os sinais de alerta e de aderir à assistência em saúde pré-natal.

É essencial para uma maternidade e gravidez saudável e segura uma adequada literacia em saúde materna que inclua o desenvolvimento de competências comportamentais, cognitivas, emocionais e sociais, e poder de decisão e autonomia para tomar decisões livres, esclarecidas e aquisição de conhecimentos em saúde na identificação de sintomas que possam surgir durante o período da gravidez, assim como proporcionar à grávida hábitos e estilos de vida saudável e sem complicações.

Se a mulher grávida for empoderada através de um nível adequado em literacia em saúde materna, isso lhe permitirá atuar em consequência com os conhecimentos adquiridos durante toda sua atenção pré-natal. No entanto, como referido pelas diferentes grávidas nesta investigação, muitas delas não chegam a tomar decisões por si mesmas, recorrendo à ajuda familiar e profissional para o efeito, pelo que se pode afirmar que não há literacia e não se encontram preparadas em relação ao conhecimento da sua condição.

Por último, referiu-se no presente estudo às redes de apoio da grávida que contribuem para a Literacia em Saúde Materna, sendo que as mulheres grávidas apontaram as figuras importantes que as ajudam na resolução de problemas, o ambiente em casa, o papel do marido/companheiros e profissionais de saúde. Sobre a ajuda na resolução de problemas, tal como foi analisado no primeiro objetivo, as grávidas adquiriram conhecimentos através de familiares, amigas e profissionais de saúde. Sobre o ambiente em casa, todas as mulheres grávidas referiram existência de um ambiente tranquilo e saudável em casa. No caso da nossa amostra, a maioria referiu contar com o apoio da figura paterna. Apenas duas referiram o contrário.

Entrando no contexto e realidade dos serviços de saúde em Cabo Verde, nas consultas de saúde sexual e reprodutiva não são prestadas às grávidas as aulas de preparação para o nascimento e parentalidade (PPNP), no qual se observa o despreparo, a falta de autonomia das mulheres grávidas deste estudo, pelo que se considera muito importante a existência do ESSMO nos Centros de Saúde Sexual e Reprodutiva para a obtenção de uma maior literacia em saúde das grávidas e, por conseguinte, melhor tomada de decisões para o bem-estar materno-fetal.

Da investigação realizada podemos extrair que, perante a realidade do país, Cabo Verde, existe uma fragilidade no modelo de atenção no CSSR, por existir carência de médicos e enfermeiros especializados em atenção gineco-obstétrica, o qual conduz a défice de ações, promoção, prevenção em saúde materna no qual incrementaria o nível de literacia em saúde numa população fértil e sexualmente ativa.

Ficou claro que a falta de conhecimentos por parte das mulheres grávidas entrevistadas é devido ao alto nível da demanda nos cuidados no Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva, associado ao défice de EESMO e sobrecarga do trabalho dos recursos humanos, o que dificulta a transmissão de informações que contribuem para literacia em saúde materna. Este é um dos elementos da Saúde Materna e Obstétrica que merece um grande investimento por parte do Ministério de Saúde e da Segurança Social e por sua vez é uma das áreas onde o EESMO poderá desempenhar um papel primordial e único no desenvolvimento da literacia em saúde materna.

Desta forma, consideramos que aprofundar o conhecimento sobre a temática em estudo nos conduzirá, enquanto papel do EESMO, a incentivar formações e estimular a presença do mesmo a nível primário, indo ao encontro das reais necessidades da pessoa, elevando conhecimentos em literacia em saúde materna. Servindo de igual forma para o despertar profissional no sentido de uma assistência humanizada, que permita dar visibilidade às competências específicas do EESMO.

Assim, os resultados levam-nos a concluir que a maioria das grávidas entrevistadas não tem um conhecimento desejável a nível da literacia em saúde materna, apenas o minimamente adequado, pelo que inferimos que não estão totalmente preparadas para poder interagir com informações recebidas sobre a saúde durante as consultas pré-natais. Ficou evidenciada uma fraca literacia em saúde materna.

A investigadora considera que esta investigação teve suas limitações pelo número de entrevistadas e por ser um estudo de caráter qualitativo, não podendo generalizar ou extrapolar os resultados encontrados. Ainda assim, considera ter atingido os objetivos preconizados.

O presente trabalho, não foi, como se podia esperar, um exercício fácil, contudo reconhecemos que este caminho ofereceu o desenvolvimento do espírito reflexivo, criativo, expressivo e comunicativo, cada vez mais importantes na sociedade que todos nós estamos a construir. Considera-se que, se houvesse um maior espaço temporal, poder-se-ia ter contactado um maior número de grávidas, tornando ainda mais rico o presente estudo. Espera-se que estudos futuros sejam desenvolvidos em Cabo Verde, dada a diminuta investigação desenvolvida nesta área. O caminho é árduo e longo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbyad, C., & Robertson, T. R. (2011). *African American Women's Preparation for Childbirth From the Perspective of African American Health-Care Providers***.** The Jornal of perinatal education, 20(1), 45-53. doi:10.1891/1058-1243.20.1.45

ACOG (2016). Practice Bulletin No. 165: *Prevention and Management of Obstetric Lacerations at Vaginal Delivery*. Obstetrics & Gynecology, *128*(1), 1-15.

Agência Lusa (2019). *Cabo Verde tem boas condições para chegar a zero de mortalidade materno-infantil.* Acessado em https://observador.pt/2019/11/20/cabo-verde-tem-boas-condicoes-para-chegar-a-zero-de-mortalidade-materno-infantil/

Almeida, I. (2015). *Hábito alimentar gestacional e intercorrências obstétricas: uma revisão de literatura.* Universidade Federal da Paraíba Centro de Ciências da Saúde.

American College of Obstetricians and Gynecologists (2016). *Health Literacy to Promote Quality of Care: Committee* Opinion *Obstetrics & Gynecology* (676). Disponivel em: https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-PublicationsAcedido

American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association*. Washington: APA.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2008). *ACOG Practice Bulletin No. 95: anemia in pregnancy*. *Obstet Gynecol,* 112(1), 201-7. doi: 10.1097/AOG.0b013e3181809c0d

Akinlaja, O. (2016). *Hematological Changes in Pregnancy - The Preparation for Intrapartum Blood Loss*. Obstet Gynecol Int J, 4(3),00109.

Associação Portuguesa Enfermeiros Obstetras (2009). *Iniciativa Parto Normal:* Loures: Lusociência.

Barradas, A., Torgal, A., Gaudêncio, A., Prates, A., Madruga, C., Clara, E., … Varela, V. (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras*. Acessado: 06-11-2019. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pf

Beckmann, M., & Stock, O. (2013). *Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma.* The Cochrane Database Of Systematic Reviews, 30(4). doi:10.1002/14651858.CD005123.pub3

Bogdan, R., y Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação - uma introdução à teoria e aos métodos.* Porto: Porto Editora.

Boyd, C. (1993). *Philosophical foundations of qualitative research*. In Munhal, P., L. Boyd, C., Oiler. *Nursing Research: a qualitative perspective.* New York:National League for Nursing.

Breymann, C., Honegger C., Hösli ,I., & Surbek, D. (2017) *Diagnosis and treatment of irondeficiency anaemia in pregnancy and postpartum. Arch Gynecol Obstet*, 296(6), 1229-1234. doi: 10.1007/s00404-017-4526-2.

Brüggmann, O., Knobel, R., Siebert E., Boing, A. & Andrezzo, H. (2009). Parto vertical em hospital universitário: série histórica, 1996 a 2005. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9 (2), 189-196.

Bramham, K., Briley, A., Seed, P., Poston, L., Shennan, A. & Chappell L. (2011) *Adverse maternal and perinatal outcomes in women with previous preeclampsia: a prospective* study. *Am J Obstet Gynecol*, 204(6):512.e1-9. Acessado: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21457915

Canavarro, M. (2001). *Gravidez e Maternidade: Representações e Tarefas de Desenvolvimento*. In Canavarro, M.C. *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.

Cardoso, A. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai - estudo sobre a avaliação das competências parentais* (Tese doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Carvalho, C. (2016). *Fitoterapia na gravidez: segurança e eficácia de produtos à base de plantas no alívio de sintomas e desconfortos associados à gravidez (Tesis* do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas*).* Universidade de Coimbra - Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra, Coimbra. Disponivel em.: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/47852/1/M_Claudia%20Carvalho.pf

Catov, R.B., Ness, K.E., Kip, J. (2007). *Olsen Risk of early or severe pre-eclampsia related to preexisting conditions.* Int J Epidemiol, 36, 412-9. Disponivel em: http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyl271

Cavaco, A., & Santos, A. (2012). *Avaliação da legibilidade de folhetos informativos e literacia em saúde.* Rev Saúde Pública, *46*(5), 918-22.

Consenso Latino-American. (2001) sobre *hipertensión arterial. J Hypertension*, 6(2),1-28. Acessado: http://www.sac.org.ar/files/files/cc_latam_hta.pdf

Cegala, D. J., McNeilis, K.S., & McGee, D.S. (1995). *A study of doctors and patients perceptions of information processing and communication competence during the medical interview*. Health Communication, 7(3), 179-203.

Colman, L. & Colman, A. (1994). *Gravidez: a experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.

Correia, T. & Pereira, M. (2015). *Os cuidados de enfermagem e a satisfação dos consumidores no puerpério. Revista Eletrônica de Enfermagem, 17*(1), 21-9.

Coutinho, E., Silva, C., Chaves, C., Nelas, P., Parreira, V., Amaral, M. & Duarte, J. (2014). Gravidez e parto: O que muda no estilo de vida das mulheres que se tornam mães? *Rev Esc Enferm USP, 48* (Esp2), 17-24. DOI: 10.1590/S0080-623420140000800004

Couto, G.R. (2003). Preparação para o Parto: Representações Mentais de um Grupo de Grávidas de uma Área Urbana e de uma Área Rural. Loures: Lusociência. Edições técnicas e científicas.

Couto, G. (2006). Conceitualização pelas Enfermeiras de preparação para o parto. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol.14(no.2), 190-198. Disponivel em: <URL:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a07.pdf.

Creswell, J. (2014). *Investigação qualitativa e projecto de pesquisa, escolhendo entre cinco abordagens*. Porto Alegre: Editora Penso.

Diário da República II (1997, 1 de fevereiro). Disponivel em: https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/normas-e orientacoes/gravidez/boletim-de-saude-da-gravida-boletim-de-saude-infantil-e juvenil-pdf.aspx

DGS.(2015). Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. Lisboa: DGS.

DGS. (2015). *Alimentação e Nutrição na Gravidez*. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa.

DGS. (2015). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco*. Lisboa. Doenges, M. & Moorhouse, M. (2010). *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnostico de Enfermagem.Um texto Interactivo para o Raciocínio Diagnostico*. (5ª. ed.). Loures: Lusociência.

Espitia, F. & Orozco, L .(2013). Anemia en el embarazo, un problema de salud que puede prevenirse. Méd. UIS,26(3),45-50.

Eugenia, M., Enterría, G. & Valladolid, M. (2009). Masaje perineal durante el embarazo. *Revista Enfermería Castilla Y León*, *1*(2), 40–43.

Ferreira, G. (2010). *A escrita escolar no 1º ciclo do ensino básico - da Reflexão Metalinguística às Estratégias Metacognitivas* (Dissertação de Mestrado). Universidade Beira Interior, Covilhã.

Ferreira, M., Nelas, P. & Duarte, J. (2011). Motivação para o aleitamento materno: variáveis intervenientes. *Millenium*, 40, 23- 38.

Ferreira, S. (2013). *Literacia na gravidez: utilização da internet como fonte de informação* (Dissertação de Mestrado) Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Coimbra.

Filho, J. (2011). *Rezende. Obstetrícia Fundamental*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação.* Loures: Luso Didacta.

Gonçalves, A. M. (2015). *Literacia em Saúde e utilização dos serviços de saúde* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico do Porto. Porto

George, F. (2013). *Norma de Direção-Geral de Saúde - Hipertensão Arterial: definição e classificação*. Lisboa: DGS.

George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem* (4ª ed.). Porto Alegre: Artemed.

Graça, L. (2010). *Medicina Materno-fetal*. (4. ed.) Lisboa: Lidel.

Graça, L., Figueiredo, M. & Carreira, M. (2011). Contributo da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade. *Revista de Enfermagem Referência serIII*, (4), 27-35.

Graça, L., M. (2018). *Medicina Materno Fetal*.(5ª ed.). Lisboa: Edições Técnicas.

Guerra, M., Braga, M., Quelhas, I., & Silva, R. (2014). Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Ed. Esp. 1), 117-124. Disponivel em: : http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe1/nspe1a19.pdf

Hom, J., Lee, J., Divaris, K., Baker, D. & Vann Jr. W. (2012). Oral health literacy and knowledge among patients who are pregnant for the first time. *The Journal of the American Dental Association, 143*(9), 972-980.

Horstein, L. (1994). Piera Aulagnier: Sus cuestionesfundamentales. In L. Horstein, *Cuerpo, historia, interpretación: PieraAulagnier - de lo originario al proyecto identificatorio* (pp. 11-116). Buenos Aires: Paidós.

ICN. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.* Ordem dos Enfermeiros.

INE.CV (2010). *Concelho de Santa Catarina de Santiago- RPGH 2010 Cabo Verde.* Disponivel em: http://ine.cv/quadros/concelho-de-santa-catarina-rgph-2010-cabo-verde-em-numeros/

INE.CV (2017). *Anuário estatístico Cabo Verde 2017*.: Disponivel em: http://ine.cv/wp-content/uploads/2017/12/aecv-2017-versao-final-1.pdf

Jardim, M., Silva, A., & Fonseca, L. (2017). Contribuições do enfermeiro para o empoderamento da gestante no processo de parturição natural. VIII Jornada Internacional Políticas Públicas,Universidade Federal do Maranhão, 20-23 agosto 2019.

Kaitz, M. (2007). Maternal concerns during early parenthood. *Child: care, health and development, 33*(6), 720-727.

Knauth, D.,G. (2001). Marital change during the transition to parenthood. *Pediatric Nursing, 27*(2), 169-184.

Khorasani, E., Peyman, N. & Esmaily, H. (2018). Measuring Maternal Health Literacy in Pregnant Women Referred to the Healthcare Centers of Mashhad, Iran, in 2015. *Journal of Midwifery and Reproductive Health, 6*(1), 1157-1162. DOI: 10.22038/JMRH.2017.9613.

Kilfoyle, K.A.; Vitko, M.; O'Conor, R. & Bailey, S. C. (2016). Health Literacy and Women's Reproductive Health: A Systematic Review. *Journal of Women's Health*, 25 (12), 1237–1255. doi:10.1089/jwh.2016.5810

Kim, J.N., & Grunig, J.E. (2011). Problem solving and communicative action: A situational theory of problema solving. *Journal of Communication*, 61, 120-149.

King, T. & Pinger, W. (2014). Evidence-Based Practice for Intrapartum Care: The Pearls of Midwifery. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 59 (6), 572-585.

Kirkman, M., Stubber, C., Rowe, H., Holton, S., Bayly, C., Jordan, L. & Fisher, J. (2016). Subjective meanings of 'unintended' pregnancy: interviews from Understanding fertility management in contemporary Australia. *Cult Health Sex, 19*(2), 179-193. doi: 10.1080/13691058.2016.1214287

Kohan, S.; Ghasemi, S.; Dodangeh, M. (2007). **A**ssociations between maternal health literacy and prenatal care and pregnancy Outcome**.** *Iranian Journal of Nursing and Midwifery*. Vol 12, Nº 4.

Leal, I. (2006). *Perspectivas em Psicologia da Saúde.* Coimbra: Editora Quarteto.

Lei nº 57 de Código Deontológico 4 de setembro 2008. Assembleia da República, Lisboa.

Lei n.º 111. Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros de 16 de setembro 2009.Assembleia da República, Lisboa.

Leite, L. (2012). *Pelo direito ao parto normal. uma visão partilhada. Em O.D. Enfermeiros, Parto Normal.* Portugal: Ordem dos Enfermeiros**.**

Lima, H. (2018). CPLP: *Diagnóstico Situacional da Implementação da Opção B+_Cabo Verde.* Disponivel em:

https://www.cplp.org/Admin/Public/DWSDownload.aspx?File=%2FFiles%2FFiler%2F1_CPLP%2FSaude%2FOPAS2018%2FCPLP_Metodologia_2018_HelenaLima.pf

Lopes, S. (2009). Experiências vivienciadas pela mulher no momento do parto e nascimento do seu filho. *Cogitare Enferm*, vol.14 (nº 3), 484-490.

Lopes, R. (2005). O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: reflexão crítica*, 18(2), pp.247-254.

Lopes, S., Fernandes, P. G. (2005). O Papel parental como foco de atenção para a

prática de enfermagem. *Revista Sinais Vitais*. Coimbra. ISSN 0872-0844. Nº63, (pp.36-

42

Loureiro, I. (2015). A literacia em saúde, as políticas e a participação do cidadão. *Ver Port Saúde Pública, 33*(1), 1. Disponivel em: http://dx.doi.org/10.1019/j.rpsp.

Lowdermilk, D. & Perry, S. (2008). *Enfermagem na Maternidade*.(7ª ed.). Loures: Lusodidacta.

Martínez, S. L. M., Rodríguez, G. M. Á., Ruiz, M.C., (2018). Perfil clínico y epidemiológico de pacientes con trastorno hipertensivo asociado al embarazo en Medellín, Colombia. *Rev Cubana Obstetr Ginecol*, 44(2),1-9.

Martins, C., Abreu, W. & Figueiredo, M. (2017). *Transição para a parentalidade: A Grounded Theory na construção de uma teoria explicativa de Enfermagem* (pp. 40-49). Atas CIAIQ.

Marques dos Santos, J. (2014). *Exercício Físico na Gravidez*.(Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina: Universidade do Porto.

Meighan, M. (2004). Consecução do papel maternal. In Tomey A.M. & Alligood M. R. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. (5ª ed.), 521-541. Loures: Lusociência.

Mendes, I. (2009). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra: Mar da Palavra.

Mendes, R. (2007). A parentalidade experimentada no masculino: as vivências da paternidade. *CIES-ISCTE*, 22, 1-24.

Mercer, N. (1995) *The Guided Construction of Knowledge*. Clevedon: Multilingual Matters.

Mercer, R. (2004). Becoming mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship, 36*(3), 226-232.

Ministério da Saúde do Brasil (2014). *Caderno da gestante*. Brasília. Disponivel em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/caderneta_gestante.pdf

MSSS de Cabo Verde (2010). P.*N. Saúde Reprodutiva*. Disponivel em:: http://www.minsaude.gov.cv/index.php/doencas-nao-transmissiveis/183-pn-saude-reprodutiva

MSSS de Cabo Verde (2015). *Relatório Estatístico Disponivel em:* :https://www.minsaude.gov.cv/index.php/documentosite/-1/428-relatorio-estatistico-2015-versao-final-24-abril-versao-corrigida2/file

Ministério da Saúde e Segurança Social de Cabo Verde (2017). *África do Sul Plano Estratégico Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva 2018-2022*. Cabo Verde: Ministério da Saúde e Segurança Social de Cabo Verde.

Mojoyinola, J. (2011). Influence of Maternal Health Literacy on Healthy Pregnancy and Pregnancy Outcomes of Women Attending Public Hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria. *African Research Review,5*(3), 28-39.

Néné. M., Marques. R., & Batista. M, A., (2016). *Enfermagem de saúde materna e obstétrica*. Lisboa: Lidel-Edição Técnicas.

Neto, S. (2016). *Literacia em saúde e vigilância da gravidez.(* Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico do Viseu**:** Escola Superior de Saúde de Viseu.

Neves, A. L., Guimarães, A. I., & Rolão, C. (2012). Suplementação preventiva com ferro oral em grávidas não anémicas. Acta Obstet Ginecol Port, 6, 16-19. Disponivel em:http://www.fspog.com/fotos/editor2/2012-1artigo_de_revisao.pdf

Nutbeam, D. (2009) Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies?. *International Journal of Public Health*, 54, 303-305.

Nyström, K. & Öhrling, K. (2004). Parenthood experiences during the child's first year: literature review. *J Adv Nurs, 46*(3), 319-30.

Ordem dos Enfermeiros (s/d). *Projeto de MCEESMO-OE: Maternidade com Qualidade*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Conselho de Enfermagem. Disponivel em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20 %20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Divulgar,pp. 1-24.

Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Divulgar - Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Grafinter - Sociedade Gráfica, Lda.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Dia Internacional da Parteira - Texto da Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. Disponivel em: https://www.ordemenfermeiros.pt › dia-internacional-da...

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade Especializados em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica.* Diário da República. 2.ª série — N.º 85 — 3 de maio de 2019.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Parecer n.º 19/2011. Competência para Vigilância da gravidez e Prescrição de Exames Complementares de Diagnóstico*. MCEESMO, Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Pelo direito ao parto normal: uma visão partilhada*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponivel em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro_parto_normal.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa. Ordem Dos Enfermeiros. Disponivel em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8891/livrobolso_eesmo.pdf

OMS (s/d). *Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário validado pelos atores chave.* Disponivel em: https://www.afro.who.int/pt/news/plano-nacional-de-desenvolvimento-sanitario-validado-pelos-atores-chave

OMS (1996). Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, World Health Organization. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 24 (2), 121-123.

OMS (2009). *Mulheres e Saúde, Evidencias de Hoje Agenda de Amanhã*. Disponivel em:: https://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf?ua=1

OMS (2013). *Health literacy, The solid facts.* Copenhagen: WHO Europe.

World Health Organization (2013). *Essential Nutrition Actions: Improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition*. Geneva: World Health Organization.

OMS. (2015). *Orientações estratégicas europeias para o fortalecimento da Enfermagem e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em relação às metas de Saúde 2010.* Copenhaga: OMS.

OMS (2016). *Maternal mortality: factsheet*. Geneva: Organização Mundial de Saúde. Disponivel em:http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html

OMS (2016). *Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez.* Geneva: Organização Mundial de Saúde.

OMS (2017). Primeiro Fórum Africano da Saúde da OMS, *Colocar as pessoas em primeiro lugar: Rumo à CUS (Cobertura Universal de Saúde) em África*. Kigali, República do Ruanda. Disponivel em: https://www.afro.who.int/sites/default/files/201712/Primerio%20F%C3%B3rum%20Africano%20da%20Sa%C3%BAde%20da%20OMS.pdf

OMS (2018). Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência positiva na gravidez: Resumo. USAID. Disponivel em: https://www.mcsprogram.org/wpcontent/uploads/2018/07/ANCOverviewBrieferA4PG.pdf

OMS (2019). *Informed decisions and maternal health literacy could reduce caesarean section numbers Disponivel em*: http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/news/news/2019/01/informed-decisions-and-maternal-health-literacy-could-reduce-caesarean-section-numbers

Papen, U. (2013). Conceptualising information literacy as social practice: a study of pregnant women's information practices. *Information Research, 18*(2), 1-20.

Pedreira, M. & Leal, I. (2015). Terceiro trimestre de gravidez: expectativas e emoções sobre o parto. *Psicologia, Saúde & Doenças, 16*(2), 254-266.

Pereira, I. (2013). *Literacia em Saúde no Doente Coronário.* Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Pedro, A., Amaral. O. & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do *European Health Literacy Survey* em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Publica, 34*(3), *259-275***.** Disponivel em: https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002

Ramos, M. M., Canavarro, M. C., Araújo, A., Oliveira, C. & Monteiro, S. (2005). A adaptação paterna na transição para a parentalidade. *Iberpsicología, 10*(2), 1-13.

Regulamento n.º 127 de 18 de fevereiro 2011. Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, Portugal.

Seely, E.W, & Ecker J. Chronic (2011). hypertension in pregnancy. *N Engl J Med*,365,439-46. Disponivel em: http://www.enotes.tripod.com/Hypertension_pregnancy2011.pdf

Sequeira, D. A. (2015). Vivências de enfermeiras durante a sua gravidez de risco. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponivel em: http://web.esenfc.pt/?url=ntPQIvF3

Relvas, A. P. (2000). *O Ciclo Vital da Família. Perspectiva Sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.

Rodrigues, J. (2015). *Cabo Verde é um exemplo de boas práticas na região africana Disponivel em*: https://www.dw.com/pt-002/cabo-verde-%C3%A9-um-exemplo-de-boas-pr%C3%A1ticas-na-regi%C3%A3o-africana/a-18465328

Rodríguez, R., Peláez, M. & Barakat, R. (2012). Fortalecimiento del suelo pélvico y gestación. *Suelo Pélvico, 8*(2), 39-43.

Saboga-Nunes, L.; Sørensen, K.; Pelikan, J.; Cunha, M.(2014). *Hermenêutica da literacia em saúde e sua avaliação em Portugal (HLS-EU-PT).* VIII Congresso Português de Sociologia 2014, Brasil, 30-01-2014.

Saboga-Nunes, L.; Sørensen, K.; Pelikan, J.; Cunha, M.; Rodrigues, E.;& Paixão, E. (2014). Cross-cultural adaptation and validation to Portuguese of the european health literacy survey (HLS-EU-PT). *Aten Primaria*, 46(13).

Saboga-Nunes, L. 2014. Literacia para a saúde e conscientização da cidadania positiva. *Revista Referência*, III Suplemento, 95-99.

Santos, S. (1999). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa biomédica. *Pediatr, 75*(6), 401-6.

Santos, I. (2012). *Empoderamento da grávida durante a vigilância da gravidez.* Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.

Santos, M. (2018). *Literacia em Saúde Materna: Uma estratégia para a promoção de uma gravidez saudável*. (Dissertação de Mestre). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Sartori, G. & Van der Sand, I. (2004). Grupo de grávidas: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *6*(2), 153-165.

Seely, W.E. & Ecker,.J .(2011). Hipertensão crônica na gravidez.*The New England Journal of Medicine.*; 365: 439-446. doi: 10.1056/NEJMcp0804872. Disponivel em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov › ...

Silva, D. (2014). *Empowerment da grávida: factores de capacitação para a maternidade* (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Viseu.

Silva, D., Ferreira, M., & Duarte, J. (Dezembro de 2015). Empowerment, maternidade e o medo do parto. *Revista APEO*, pp. 13-16.

Silva, S. (2018). *Literacia em Saúde Materna: Uma estratégia para a promoção de uma experiência positiva de trabalho de parto e parto* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Smith, S. & Carroll, L. (2017). Data-driven maternal health literacy promotion and a postscript on its implications. *Information Services & Use, 37*(2), 235-252.

Sørensen, K.; Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z.; Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. ***BMC Public Health***, 12,80. Disponivel em: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/1471-2458-12-80

Sørensen, K.; Van den Broucke, S.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z.; Brand, H.(2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. ***BMC Public Health***, 12,80.

Sørensen, K.; Van den Broucke, S.; Pelikan, J.M.; Fullam, J.; Doyle, G.; Slonska, Z. On behalf of the HLS-EU Consortium. (2013). On behalf of the HLS-EU Consortium. 2013. Measuring health literacy in populations: Iluminating the design and development process of the european health literacy survey questionnaire (HLS-EU-Q). ***BMC Public Health***, 13,948.

Sørensen, K.; Pelikan, J.M.; Röthlin, F.; Ganahl, K.; Slonska, Z.; Doyle, G.; et al.(2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). ***The European Journal of Public Health***, 1-6.

Sousa, A. & Amorim, M. (2008). Avaliação da Vitalidade Fetal Intraparto. *Acta Med Port, 21*(3), 229-240.

Sousa, A., Guedes, M., Monteiro, A., Freitas, M., & Rodrigues, D. P. (2013). *Análise da teoria da consecução do papel materno segundo a proposta de Chinn e Kramer*. 17º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem Natal 2013.

Stake, R. (1995). *The Art of Case Study Research.* USA: Sage, Thousand Oaks.

Suárez González JA, Gutiérrez Machado M.(2011). Predictores de la preeclampsia/eclampsiaen un grupo de gestantes de alto riesgo. Rev Cubana Obstet Ginecol, 37(2),154-61.

Streubert, H. & Carpenter, D. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem-Avançando o Imperativo Humanista* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Tomás, C., Queirós, P. & Rodrigues, T. (2015). Impacto da literacia em saúde nos comportamentos promotores de saúde em gestão de stresse em adolescentes. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental,* (spe2), 101-106.

Teixeira, D., Pestana, D., Calhau, C., Vicente, L., & Graça, P. (2015). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável - Alimentação e Nutrição na Gravidez.* Lisboa.

Tostes, N. & Seidl, E. (2016). Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. *Temas em Psicologia, 24*(2), 681-693. Disponivel em: https://dx.doi.org/10.9788/TP

UNESCO (2009). *Education/Literacy*. Acessado: www.unesco.org/en/literacy.

USAID (2018). *Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva: Resumo Destaques e mensagens principais da Recomendação Global para Atendimento Pré-natal de Rotina de 2016 da Organização Mundial da Saúde*. Disponivel em: https://www.mcsprogram.org/wpcontent/uploads/2018/07/ANCOverviewBrieferA4PG.pdf

Vaz de Almeida, C. (2016). Literacia em Saúde: Os caminhos para uma maior capacitação dos profissionais de saúde. ACE Associação Científica dos Enfermeiros. Congresso Acolher, Capacitar, Encaminhar Lisboa.

Vilelas, J. (2009). *Investigação – O processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

Villela, W., Lima, R. & Brito, C. (2018). O Programa Nacional de Saúde Reprodutiva de Cabo Verde: alcances, limites e desafios. *Ciênc saúde colet, 23*(11), 3631-3636.

Yin, R. (2016). *Pesquisa qualitativa, do início ao fim.* Porto Alegre: Editora Penso.

WHO. (2011). *Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity*. Geneva. Disponivel em: http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin/en/

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

LITERACIA EM SAÚDE MATERNA: DAS GRÁVIDAS QUE FREQUENTAM O CENTRO SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA EM SANTA CATARINA, SANTIAGO, CABO VERDE.

PARTICIPANTES: Mulheres grávidas que cumprem com os Critérios de Inclusão da investigação

Apresentar-se.
Dar a ler a carta informativa.
Solicitar a leitura e assinatura do termo de consentimento informado – após esclarecimento de dúvidas.
Pedir colaboração para responder às questões.
Pedir autorização para gravação áudio.

OBJETIVOS

- Identificar os conhecimentos das mulheres grávidas sobre a promoção da saúde pré-natal.

- Conhecer as estratégias dessas mulheres grávidas na tomada de decisões promotoras de uma gravidez saudável.

- Descrever os fatores que as mulheres grávidas identificam nos cuidados que lhe foram prestados no período de pré-parto.

SOLICITAÇÃO DE DADOS DE CARATERIZAÇÃO

Caraterização sociodemográfica pessoal	**Caraterização sociodemográfica do**

	Companheiro/cônjuge/pai da criança
Nacionalidade	Nacionalidade
Idade	Idade
Estado civil	Estado civil
Local de residência	Local de residência
Habilitações literárias	Habilitações literárias
Profissão atual	Profissão atual

Caraterização da gravidez atual:

- Foi planeada/Desejada?
- Idade gestacional
- Local (ais) da vigilância da gravidez
- Foi considerada grávida normal ou de risco?
- Foi considerada gravidez de risco? Porquê?

QUESTÕES ABERTAS

TEMAS	QUESTÕES DE APROFUNDAMENTO
Conhecimento sobre a saúde materna, para compreender os cuidados de saúde que lhe foram prestados durante a gravidez.	➢ Quer me falar sobre os conhecimentos que tem sobre a sua gravidez? ➢ Onde obteve esses conhecimentos? ➢ Quer me falar se está satisfeita com os cuidados prestados? ➢ Que informações que lhe deram nas consultas para manter a sua saúde e a do bebe? ➢ Falaram-lhe do tipo de refeições ? ➢ Toma algum tipo de suplemento ferro-cálcio, vitaminas, restrições de alimentos? ➢ Sabe se tem ou teve anemia/Diabetes Mellitus? ➢ Fez análises de urina? ➢ Sabe os alimentos que não deve comer? ➢ Fumas, usas bebidas alcoólicas? ➢ Tem alguém próximo com tuberculose? ➢ Já fez exames de ecografia? Se sim, porquê antes das 24 semanas? ➢ Já ouviu coração do bebé?

	➢ Tomou algum medicamento contra vermes (ascaris lumbricoides)? ➢ Toma alguma coisa para a azia, vómitos e enjoos, caibras nas pernas, dor lombar, e dor abdominal? ➢ Tem obstipação? Tem varizes ou pernas inchadas? Quais os sinais de alerta deves dirigir ao hospital? Já assistiu o curso de preparação para o parto?
Fatores que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre os diferentes cuidados de saúde que lhe foram prestados, durante a gravidez.	➢ Quando tem algum problema consegue tomar alguma decisão sozinha? ➢ Fala com os familiares, mãe ou amigos? ➢ Com as informações que as enfermeiras lhe dão durante as consultas pré-natais conseguem colocar em prática no domicílio? ➢ Se não consegue, porquê? ➢ A quem é que pede ajuda? ➢ Em casa tem um ambiente de ajuda ou nem por isso? ➢ Tem marido ou companheiro presente? ➢ Ele ajuda e compreende a sua situação e do bebé? ➢ Que outras pessoas falas sobre a sua gravidez?
Estratégias para decisão.	➢ Tens um caderno de anotações de saúde da gravidez? ➢ Assistiu e assiste a sessões de grupo que falam dos cuidados na gravidez? ➢ Quem faz essas sessões? ➢ Nessas sessões ou quando vai as consultas conversas com outras mulheres grávidas sobre a gravidez? ➢ Já viu algum programa na TV ou leu algum folheto sobre os cuidados a ter durante a gravidez? ➢ Quantas consultas já fez? ➢ Quanto tem algum problema durante a gravidez o que faz?

REGISTO

Contacto _____ Código de Entrevista_____

Local _____ Data __/___/_____ Início ___/___/____ Fim ___/___/_____

APÊNDICE II – Folha de Consentimento Informado

CARTA INFORMATIVA-CONSENTIMENTO INFORMADO

Literacia em Saúde Materna das grávidas no Centro Saúde Sexual e Reprodutiva em Santa Catarina, Cabo Verde

Angélica Norberta varela de Carvalho, enfermeira a frequentar o VII Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem solicitar a sua colaboração no estudo de investigação, subordinado ao tema "Literacia em saúde materna: um estudo com gravidas em Cabo Verde". Este estudo está integrado na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem e tem como orientadoras a Professora Ana Maria Poço dos Santos e a coorientadora Professora Maria Neto Leitão.

Pretende-se com este estudo identificar os conhecimentos da mulher para promoção da saúde materna fetal; compreender como é que a mulher obtém as informações para se capacitarem para uma gravidez saudável; compreender como é que a mulher toma decisões para promoção da saúde materna fetal.

Agradece-se assim o seu contributo e participação que são fundamentais não só para a elaboração do presente estudo, mas também para a promoção da capacitação da mulher na maternidade: gravidez, em Cabo Verde. Os benefícios obtidos relacionam-se com o melhor conhecimento neste domínio, para melhores práticas na área da saúde materna e obstetrícia.

A sua colaboração consiste em responder a algumas questões durante uma entrevista (duração prevista de 45 minutos a 1h) a combinar.

Salienta-se o caráter anónimo e voluntário da sua participação, sublinhando que os dados obtidos na sua entrevista são confidenciais e não serão utilizados para outro fim que não seja o estudo em causa, solicitando o seu consentimento. Pode desistir a qualquer momento. Se pretender colocar alguma questão ou necessitar de algum esclarecimento acerca do estudo não hesite em contactar-me, por telefone ou email.

Obrigada, agradeço desde já a sua colaboração.

Angélica N. Varela de Carvalho

A Investigadora

Angélica Norberta Varela de Carvalho

Contactos das professoras orientadoras:
anapoco@esenfc.pt; mneto@esenfc.pt telef. 239487200

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

-Benefícios: Vai ter a oportunidade de colaborar no desenvolvimento do conhecimento para a melhoria das práticas no cuidar a mulheres grávida.

-Custos: A sua participação no estudo não terá qualquer custo para si.

-Alternativas: A sua participação é voluntária e só deve aceitá-la depois de devidamente esclarecida, podendo para isso colocar quaisquer questões. Se decidir colaborar, pedir-lhe-emos que assine a folha que diz respeito ao consentimento informado, onde confirma o seu acordo em participar. Tem sempre alternativa de não responder na entrevista, recusar responder a qualquer questão, abandonando o estudo, o que não trará quaisquer consequências para si, continuando a receber os cuidados que necessita e a ser acompanhado da mesma forma que tem sido.

Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas: Se tiver qualquer dúvida ou preocupação, agora ou em qualquer altura, sobre o estudo poderá contactar-me através do número de telemóvel: 9929506 ou 2651173

Obrigada, agradeço desde já a sua colaboração.

A Investigadora

Angélica N. V. de Carvalho

Angélica Norberta Varela de Carvalho

Contactos das professoras orientadoras:
anapoco@esenfc.pt; mneto@esenfc.pt telef. 239487200

APÊNDICE III – Termo de Consentimento Informado

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Participação no Estudo

Literacia em Saúde Materna das Grávidas no Centro Saúde Sexual e Reprodutiva em Santa Catarina, Cabo Verde

Eu, abaixo assinada fui informada dos objetivos do estudo que se pretende realizar e para os quais é pedida a minha participação numa entrevista individual.

Tomei conhecimento sobre os objetivos e finalidades do estudo e aceitei que a entrevista fosse gravada em registo audio, sendo o material posteriormente destruido. Após a transcrição da entrevista tenho o direito a ler a entrevista e poder fazer retificações.

Foi-me garantido que tenho o direito de decidir, aceitar ou recusar a qualquer momento a minha participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Em caso de dúvida e/ou necessidade de informação adicional, poderei contactar a investigadora através dos contactos que me são fornecidos.

Compreendi a informação que me foi dada e aceito participar de livre e expontanea vontade. Autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, desde que seja garantido o anonimato.

Assinatura da participante_____

___/____/2019

Muito obrigada pela colaboração

Angélica N. V. de Carvalho

(Assinatura da Investigadora)

Nome: Angélica Norberta Varela de Carvalho

Email: angelicavcenfisio@gmail.com

Telefone:2651173 ou 9929506

ANEXOS

ANEXOS I – Parecer Nº 600/ 06-2019 da Comissão de Ética

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)

da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

Parecer Nº 600/ 06-2019

Título do Projecto: Literacia em Saúde Materna das grávidas no Centro Saúde Sexual e Reprodutiva em Santa Catarina, Cabo Verde

Identificação das Proponentes

Nome(s): Angélica Norberta Varela de Carvalho

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Investigador Responsável/Orientador: Angélica Norberta Varela de Carvalho e Ana Maria Poço dos Santos

Relator: Ana Margarida Abrantes

Parecer

Em Cabo Verde, à data não existem estudos científicos publicados que falam da literacia de saúde materna nas grávidas. Assim, os autores definem como objetivos deste projeto identificar os conhecimentos da mulher grávida sobre a promoção da saúde pré-natal para perceber os cuidados de saúde que lhe são prestados durante a gravidez, e conhecer as estratégias da mulher grávida para tomar decisões promotoras duma gravidez saudável.

Este estudo, definido como uma pesquisa descritiva com uma abordagem qualitativa, decorrerá entre julho e dezembro de 2019, estando prevista a recolha de dados para os meses de agosto e setembro do mesmo ano.

A amostra será constituída por composta por 12 grávidas selecionadas aleatoriamente com mais de 38 semanas que frequentam consultas pré-natais no Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva em Santa Catarina, Região de Santiago Norte, Cabo Verde, estando identificados os critérios de inclusão e exclusão.

Os instrumentos de recolha de dados são apresentados assim como o consentimento informado sendo garantida a confidencialidade, a voluntariedade e a autonomia das participantes, estando identificados também os benefícios para os sujeitos da investigação.

Sendo assim, somos do parecer que para o projeto poder ser aprovado sem restrições de natureza ética. O presente parecer não dispensa a autorização das instituições onde o estudo será desenvolvido.

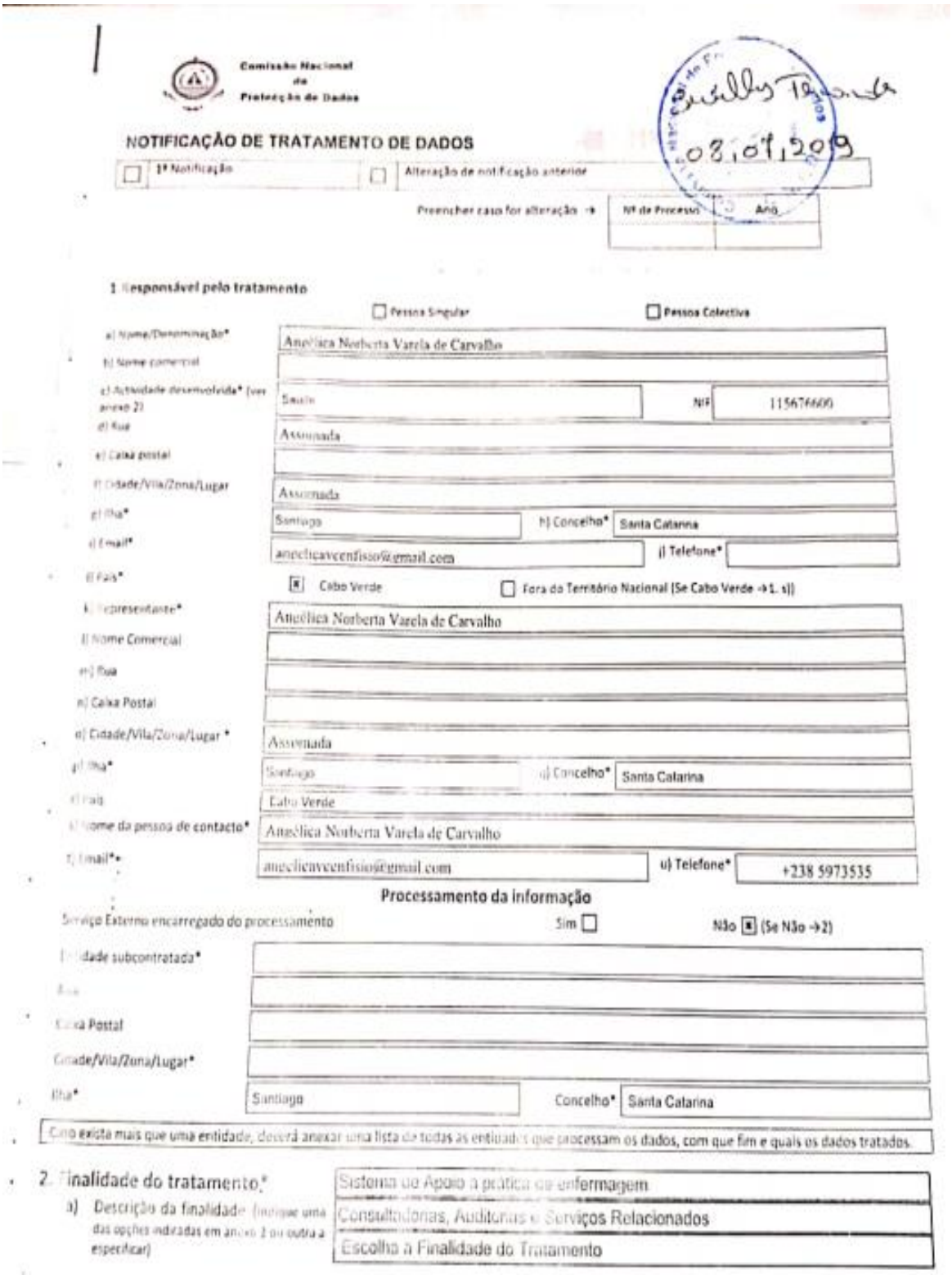
O relator:

Data: 15/07/2019 O Presidente da Comissão de Ética:

Escola Superior de

FCT

ANEXO II – Notificação de Tratamento de Dados



Comissão Nacional de Protecção de Dados

08.01.2019

NOTIFICAÇÃO DE TRATAMENTO DE DADOS

☐ 1ª Notificação ☐ Alteração de notificação anterior

Preencher caso for alteração → Nº de Processo | Ano

1 Responsável pelo tratamento

☐ Pessoa Singular ☐ Pessoa Colectiva

a) Nome/Denominação* Anelica Norberta Varela de Carvalho

b) Nome comercial

c) Actividade desenvolvida* (ver anexo 2) Saude NIF 115674600

d) Rua Assomada

e) Caixa postal

f) Cidade/Vila/Zona/Lugar Assomada

g) Ilha* Santiago h) Concelho* Santa Catarina

i) Email* anecticarvcenfisio@gmail.com j) Telefone*

l) País* ☒ Cabo Verde ☐ Fora do Território Nacional (Se Cabo Verde →1. s))

k) Representante* Anelica Norberta Varela de Carvalho

l) Nome Comercial

m) Rua

n) Caixa Postal

o) Cidade/Vila/Zona/Lugar * Assomada

p) Ilha* Santiago q) Concelho* Santa Catarina

r) País Cabo Verde

s) Nome da pessoa de contacto* Anelica Norberta Varela de Carvalho

t) Email*• anecticarvcenfisio@gmail.com u) Telefone* +238 5973535

Processamento da informação

Serviço Externo encarregado do processamento Sim ☐ Não ☒ (Se Não →2)

Entidade subcontratada*

Rua

Caixa Postal

Cidade/Vila/Zona/Lugar*

Ilha* Santiago Concelho* Santa Catarina

Caso exista mais que uma entidade, deverá anexar uma lista de todas as entidades que processam os dados, com que fim e quais os dados tratados.

2. Finalidade do tratamento:*

a) Descrição da finalidade (Indique uma das opções indicadas em anexo 2 ou outra a especificar) Sistema de Apoio a prática de enfermagem | Consultadorias, Auditorias e Serviços Relacionados | Escolha a Finalidade do Tratamento

ANEXO III – Autorização da Delegacia de Saúde de Santa Catarina (Assomada)

Ministério da Saúde e da Segurança Social

Direção Nacional de Saúde
Região Sanitária Santiago Norte
DELEGACIA DE SAUDE DE SANTA CATARINA
C.P. 142 – Assomada, Rep Cabo Verde Tel (2382651778 Fax: 265 15 16

Exma Senhora
Angélica Norberta Varela de Carvalho

Assomada

Sua Comunicação N/ref BS/DSSC/19 Assomada, 08/Julho/2019

Assunto: ***Autorização para aplicação de Estudo***

Em referencia ao vosso pedido de Autorização para Aplicação do Estudo, cujo o Tema é Literacia em Saúde Materna das Grávidas no Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva em Santa Catarina, informamos que não há inconveniência em fazer o referido estudo desde que seja autorizado pela Comité de Ética.

Melhores Cumprimentos
A Delegada de Saúde

Dra Elisângela Varela Tavares Mendes

Digitalizada com CamScanner

ANEXO IV – Comité Nacional de Ética em Pesquisa para Saúde – Cabo Verde

Ministério da Saúde e da Segurança Social

COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA PARA A SAÚDE

(CNEPS)

Deliberação nº 67/2019

1. Foi submetido, nos termos do artigo 9º do Decreto-Lei nº 26/2007, de 30 de Julho, para apreciação do Comité Nacional de Ética em Pesquisa para a Saúde (CNEPS), o Projeto intitulado "**Literacia de Saúde Materna das Grávidas no Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva de Santa Catarina, Cabo Verde**" pela estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal, **Angélica Norberta Varela de Carvalho** sob a orientação da Mestre em Ciências de Educação/Especialização em Orientação Educativa, Orientação Sexual, **Ana Maria Poço dos Santos** e doutoranda em Enfermagem na Universidade de Lisboa.

2. A pesquisa tem como objetivo, (i) identificar os conhecimentos da mulher grávida que recorre ao Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva de Santa Catarina de Santiago, Região Sanitária de Santiago Norte, sobre a promoção da saúde pré-natal para apurar a adequação dos cuidados de saúde que lhe são prestados durante a gravidez, e conhecer as estratégias da grávida para tomar decisões promotoras de uma gravidez saudável.

3. Como documentos de suporte foram entregues, (i) a carta de submissão ao CNEPS, (ii) o Projeto de pesquisa , conforme o modelo de Formulário para submissão de Pedidos de Apreciação à Comissão de Ética relativos a Estudos de Investigação, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), (iii) a Autorização da Delegacia de Saúde de Santa Catarina, condicionada à aprovação prévia do CNEPS, (iv) o Questionário a ser aplicado, (v) o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, TCLE , com a Declaração de Consentimento, (vi) o Cronograma (vii) e o Curriculum vitae da Orientadora, bem como da pesquisadora principal.

4. O CNEPS fez a análise documental do projeto de pesquisa durante a sua 95ª Reunião Ordinária, realizada no dia 25 de julho de 2019, tendo ficado pendente de informações adicionais (**ver deliberação 50/2019**).

5. Em outubro de 2019, o projeto revisto foi submetido para reapreciação do Comité, tendo-se constatado que as recomendações constantes da deliberação supracitada foram acatadas.

Pelo exposto, o CNEPS, concluiu que o projeto agora reúne os requisitos éticos mínimos exigidos tendo, ao abrigo do Decreto-Lei nº 26/2007, de 30 de julho, deliberado no sentido da sua aprovação.

Praia, 5 de novembro de 2019

A Presidente

Maria de Lourdes da Silva Monteiro

COMITÉ NACIONAL DE ÉTICA PARA PESQUISA EM SAÚDE — CNEPS

ANEXO V – Análise dos dados

OBJETIVOS	CATEGORIAS	UNIDADES DE ANÁLISE	SUBCATEGORIAS DE ANÁLISE
1. Identificar os conhecimentos da mulher grávida sobre a promoção da saúde pré-natal para perceber os cuidados de saúde que lhe são prestados durante a gravidez.	Conhecimento adquirido através da família, amigos	"Também cheguei a falar acerca desse assunto com uma amiga que recentemente foi mãe" (E1). "(…) orientações de familiares, das caminhadas, que faço cerca de 20 minutos diariamente, massagens, e elevava as pernas no fim do dia". (E1) "Procurei muitas informações na internet, falei com a minha mãe e com uma amiga que foi mãe recentemente." (E2)	
	Conhecimento adquirido através de profissionais de saúde	"(…) alguns foram adquiridos nas consultas médicas, (…) e a maior parte com uma prima que é enfermeira, falou-me sobre o aleitamento materno as vantagens de amamentar até os 6 meses" (E1). "(…) pode ir até 40ª semana, há probabilidade de nascer antes ou depois dessa data, e a enfermeira me alertou, que é uma fase em que devo ter muito cuidado: não ficar muito tempo de pé porque pode ocasionar uma diminuição da tensão, o que me deixou mais preocupada porque não quero que aconteça nada de mal com o meu bebé. Amamentar o meu bebé com leite materno até 6 meses, mas eu penso continuar até 2 anos de idade." (E2) "Estou satisfeita com os cuidados prestados pela equipa da enfermagem, elas estão melhor preparadas para receberem as grávidas do que as equipas médicas." (E3) "Que devo fazer as consultas todos os meses, avaliar a minha tensão arterial, o peso, fazer a medição da barriga, alimentar-me bem, evitar doenças como HIV, e que devo amamentar o bebé até pelo menos 6º mês de idade. Eu pretendo continuar até 2 anos, vou comer muita cachupa (…risos)." (E4) "Não tinha nenhum conhecimento sobre a gravidez, adquiri através do CSSRA e através da internet onde fiquei a saber como se calcula a idade gestacional, como se forma o coração, e quando	**Medicação / Vitaminas:** "Fui receitada pela médica ácido fólico e vitamina C no início da gravidez, para prevenir malformações na coluna do bebé. Aconselhou-me também ferro, 1 comprimido duas vezes ao dia para evitar a anemia. Quanto ao cálcio, por consumir grande quantidade de leite, ela achou desnecessário" (E1). "(…) foram as básicas, tomar ácido fólico para prevenir malformação da coluna do bebé, ferro 1comprimido 2x ao dia para prevenção da anemia, mas, o meu organismo não tolerou o ferro, e sempre que tomava fazia-me vómitos. (…) Antes da gravidez tomava medicamentos para a depressão, mas tive que suspender por sugestão médica." (E2) "Explicaram-me também a importância de tomar ferro e ácido

		começa a movimentar, sobre o aleitamento materno exclusivo, as vantagens e desvantagens, higiene do bebé, quando se deve iniciar as relações após o parto." (E6) "Fiz todas as análises (hemograma completo, HIV; Hepatite, urina) e outras que a médica considerou que eram importantes para o meu bem-estar e do bebé. Tive infeções vaginais (cândida), fui medicada, mas não usei o medicamento prescrito. Lavei somente com chá de camomila e deu resultados." (E6) "Os conhecimentos que tenho adquiri, no CSSRB e CSSRA. (…) Disseram-me também que devo cuidar bem do meu bebé, alimentando-o nos primeiros seis meses de vida com o leite materno exclusivo e posteriormente introduzir iogurte, papa de milho, agua e alimentos apropriados para o bebé nos primeiros anos de vida e também que devo cuidar bem da minha pessoa, fazer consulta pós parto, levar o bebé para fazer as primeiras vacinas. " (E7) "Falaram-nos sobre: a higiene pessoal, alimentação indicando-nos os alimentos que devemos consumir e os que devemos evitar, o estado de ânimo, isto é, evitar stress, alimentar o meu bebé com aleitamento materno até 6 meses, fazer caminhada." (E8) "Informaram-me, como agir no momento do parto, evitar o nervosismo." (E9) "Não estou muito satisfeita porque no CSSRA, as informações são muito básicas, aprendi mais na internet através dum aplicativo que baixei, seguia a rigor e passo a passo cada semana." (E9)	fólico, e de não consumir bebidas alcoólicas. Vestir roupas interiores de algodão para evitar infeções, evitar vestir calças de ganga para não prejudicar o bebe, vestir roupas largas e usar sapatos confortáveis para melhorar a circulação. Depois do parto, fazer aleitamento materno exclusivo, até 6 meses, depois introduzir sopas e outros alimentos." (E3) "Durante a gravidez devo tomar o ferro 1comp duas vezes ao dia para evitar doenças." (E7) "Tomar ferro duas vezes ao dia para evitar doenças." (E8) "Foi desejada e planeada. Tomava pilula, suspendi, preparei para engravidar. Comecei a tomar ácido fólico e, no dia meu aniversário, engravidei (…)". (E10) "Fiz todos os exames (sangue, urina). Detetaram-me infeção urinária e medicaram-me com Amoxicilina, 1 comp. de 8/8 horas durante 7 dias." (E10) "Foi desejada e planeada. Tomava pilula, suspendi. Comecei a tomar, ácido fólico." (E11) "Tive obstipação, mas não tomei nenhum comprimido. Comi só papaia. Tive vómitos até 3 meses de gestação, tomei nausefe." (E11) "Não aumentei quase nada nos primeiros 3 meses, a médica

			receitou-me vitera para tomar." (E11) **Alimentação:** "Fiz as indicadas pela médica, e estava tudo bem, com excepção de uma infecção urinária. Fui medicada, aconselhada a beber muita água pelo menos um litro e meio por dia (…Risos), mas nunca o consegui beber porque não tive determinação para tanta água." (E1) "A médica aconselhou-me a comer alimentos com pouco sal. Devo evitar enchidos, embora nunca tenha percebido o porquê dessas restrições. Aconselhou também a comer legumes, frutas, peixe, carne branca, a consumir três refeições diariamente, e nos intervalos comer frutas e beber muita água". (E1) "Devo comer alimentos ricos em ferro como: congo, cavala, beterraba, espinafre, cachupa, ovo de terra, frutas, comidas á base de produtos naturais, fazer 3 refeições principais por dia, e nos intervalos comer frutas e beber muita água". (E2) "Alimentar-me de 3 em 3 horas, com nutrimentos ricos em ferro, frutas, não consumir bebidas alcoólicas, beber muito líquido, elevar as pernas, deitar sempre do lado esquerdo, levantar devagar para evitar movimentos bruscos." (E3)

			"Aconselharam-me a fazer 3 refeições principais com pouco sal, nos intervalos comer muita fruta, beber pelo menos um litro e meio de água por dia, comer muita cavala, beterraba que são nutrientes ricos em ferro. Recomendaram também carne bem passada, evitar comer marisco, queijo branco e iogurte caseiro." (E3) "Comer alimentos com pouco sal, ricos em ferro, beber muita água, muito leite e beber de preferência sumos sem gases." (E4) "Alimentos com pouco sal, muita cavala, congo, alimentos ricos em ferro, e tomar 3 refeições por dia. Mas eu não tenho condições para os fazer. Vai ser de acordo com as possibilidades económicas da minha mãe." (E4) "Estou na consulta de nutricionismo, e a médica facultou-me uma lista de alimentos que devo alimentar-me, mas como disse anteriormente, as condições financeiras da minha mãe, não me permite cumprir com as orientações médicas." (E4) "Comer alimentos com pouco sal, muita cavala, beterraba, sapatinha, congo, cachupa, beber muita água, e sumos sem gazes, fazer aleitamento materno até 6 meses após o parto." (E5) "Fazer as três refeições principais,

			mas no meu caso faço mais que três refeições por dia, porque enquanto estou na minha venda, com a minha banheira de peixe na cabeça, compro o que puder para satisfazer o meu apetite, como de tudo, e com muita fé em Deus." (E5) "Beber muita água, comidas com pouco sal, alimentar-me à base de verduras, e de alimentos ricos em ferro e proteína, evitar carne e derivados do porco por ser prejudicial para minha saúde e a do bebé." (E6) "Informaram-me que devo comer alimentos ricos em ferro, muito peixe, carnes brancas, frutas principalmente papaia e banana, beber muita água, fazer as 3 refeições principais, e nos intervalos comer frutas. Evitar alimentos com repolho, couve, por causa de gases." (E6) "Introduziram-me alimentação saudável. Disseram-me que tenho que ir a uma nutricionista para controlo para baixar de peso. A nutricionista orientou-me a fazer uma alimentação saudável com baixo índice de sal e gordura, baseados em alimentos cozidos, grelhados, frutas, verduras, sumos sem gaz, beber muita água, fazer caminhada pelo menos 30 min por dia. Fazer aleitamento materno exclusivo até 6 meses. Devo confessar que baixei 8 kg." (E7)

			“A nutricionista orientou-me a fazer uma alimentação saudável com baixo índice de sal e gordura, baseados em alimentos cozidos, grelhados, frutas, verduras e beber muita água. Também devo evitar sumos sem gaz e derivados de farinha de trigo. Orientou-me a fazer três refeições principais e um lanche à tarde.” (E7) “Informaram-me que devo comer alimentos ricos em ferro e sem gases.” (E8) **“**Fazer refeições ricos em ferro, com pouco sal, gordura, evitar derivados de farinha, frituras, consumir muita fruta, beber pelo menos um litro e meio de água por dia, muito leite, fazer refeições a base de peixe, evitar consumir carnes vermelhas”. (E9) **“**Evitar bebidas alcoólicas, com gás, enlatados, enchidos (…)”. (E10) “Fazer uma alimentação equilibrada, rico em ferro, consumir de preferência peixe, carne branca, com pouco sal. Evitar consumir carnes vermelhas, repolho, derivados de farinha. Fazer 3 refeições principais, nos intervalos consumir frutas principalmente, banana e papaia. Eu comi de tudo, estava em casa”. (E10) “Alimentar bem, baseado em

			legumes, carne branca, proteínas, água, ovos de terra, alimentar na hora certa, beber pelo menos um litro e meio de água por dia, beber muito leite.” (E11) “Fazer 3 refeições principais, baseada em ferro. Evitar doces, sumo de gazes, carne mal passado, marisco, alimentos crus. Baixei de peso por causa de vómitos.” (E11) **Sinais de alerta para ir de imediato para o hospital** “A médica disse-me para me dirigir ao hospital se sentir ausência de movimento fetal, perda de líquido e de sangue, dores abdominais e de cabeça.” (E1) “Sangramentos vaginais, perdas de líquidos, dores abdominais, ausência de movimentos fetais, dores de cabeça.” (E2) **“**Ausência de movimentos fetais, perdas de líquidos, dores abdominais fortes, e sangramentos vaginais.” (E3) “Dores de cabeça, barriga, costas, perda de sangue e de líquido fetal.” (E4) “Sangramento vaginal, perda de líquido, ausência de movimento fetal, dores abdominais.” (E5) “Perda de líquido, sangramentos

			vaginais, cefaleias intensas, edemas na cara, nas mãos, nos pés, zumbidos nos ouvidos, vómitos persistentes, e ausência de movimentos fetais.” (E6) “Perda de líquido, sangramento vaginal.” (E7) “Perda de líquido e sangramento vaginal.” (E8) “Perda de líquido, sangramento vaginal, dores abdominais intensas, ausência de movimentos fetais, cefaleias intensas, edemas dos membros inferiores, face e mãos.” (E9) “Febre, perda de líquido, sangramento vaginal, dores abdominais intensas.” (E10) “Sangramento vaginal, perda de líquido, dores abdominais, ausência de movimentos fetais, cefaleia intensa, tensão alta, edemas dos membros inferiores, das mãos, (…)” (E11)
	Outras fontes de conhecimento	“Sendo muito curiosa tinha que recorrer evidentemente à internet numa aplicação que se designa por “baby center” para complementar meus conhecimentos”. (E1) “Estou satisfeita, com os serviços prestados pela equipe de enfermagem, mas sinto que falta algo mais. (…) As informações não são “dadas” individualmente, e acho que são muito limitadas e rápidas. Penso que pode ser pela sobrecarga do trabalho das mesmas. Como sou bastante curiosa procurei as minhas informações na internet, aprendi muito, adquiri vários conhecimentos que não foram dados no Centro de Saúde”. (E2)	

		"Evitar bebidas alcoólicas, drogas, não frequentarem lugares onde há fumadores, comer alimentos com pouco sal, ricos em ferro, beber muito leite, água, sumos sem gazes, e fazer caminhadas." (E3) "Não estou muito satisfeita porque no CSSRA, as informações são as básicas, limitadas e rápidas. Aprendi muito mais na internet através dum aplicativo que baixei, e sigo com rigor e passo a passo todas as semanas". (E6) "Pesquisei muito sobre esse tema na internet, aprendi muito sobre os exercícios a fazer, as massagens que devem ser realizadas na altura do parto, exercícios da yoga, exercícios respiratórios, estou a tentar fazer para que, eu tenha um parto suave." (E6) "Eu pesquisei sobre este tema na internet." (E8) "Foi desejada e planeada pormenorizadamente, tomei ácido fólico 6 meses de antecedência e só depois engravidei." (E9) **"**Pesquisei na internet, como controlar a respiração, quando há contrações e que tipo de contração indicado no período expulsivo." (E9) "Pesquisei na Internet, quais os exercícios que devo usar durante o trabalho de parto." (E10) "Pesquisei na internet quais são as fases do trabalho de parto, como eram as contrações, os sinais do trabalho de parto." (E11) "Pesquisei na Internet, quais os exercícios que devo usar durante o trabalho de parto." (E11)	
2. Conhecer as estratégias da mulher grávida para tomar decisões promotoras duma gravidez saudável.	Estratégias positivas	"(…) tenho o caderno da saúde da mulher, onde a médica anota as minhas consultas, os exames complementares, as ecografias, a idade gestacional, a altura uterina, o batimento cardíaco fetal, a posição do bebé, o peso, e outras informações que me possibilita seguir uma estratégia para futuras tomadas de decisões, e também acompanhar o meu estado gestacional e do meu bebé" (E1).	

		"Sim tenho o caderno onde as enfermeiras anotam as minhas consultas, o peso, a altura uterina, o batimento cardíaco fetal, as ecografias, os exames complementares, e as vacinas." (E2) "Fui uma única vez [a sessão de grupo], no início da gravidez onde a enfermeira do centro de saúde reuniu as grávidas em grupo. Enquanto esperava a minha vez, aquelas que apresentavam com mais semanas gestacionais partilhavam as informações sobre os sintomas, o medo e a ansiedade com o aproximar do dia do parto. As mães que estavam a espera da consulta pós parto, contava-nos como foram as suas experiências durante o trabalho de parto e os cuidados a ter com o bebé." (E2) "Peço ajuda a minha mãe, e as minhas amigas que já passaram por esta experiência**."** (E2) **"**Tenho o caderno onde anotam as minhas consultas e a do bebé." (E3) "Enquanto estou a espera da consulta, falo com grávidas que já passaram por essa experiência, e algumas vezes com pessoas que simpatizo na rua." (E3) "Peço ajuda ao meu marido, vizinhos e familiares." (E3) "Tenho o caderno onde anotam as minhas consultas." (E4) "Disseram-me para não gritar e quando chegar o momento devo fazer "impú" para exprimir o bebé." (E4) "Tenho o caderno que do CSSRA da minha primeira consulta, onde anotam as minhas consultas, os meus exames e ecografias." (E5) "Enquanto aguardo a consulta, oiço as senhoras que já tiveram bebés partilharem das suas experiências, de como foi o parto, e a atitude dos profissionais de saúde durante o acto." (E5) "Disseram-me quando chegar a altura de ter o bebé para fazer "pupú", não gritar, para controlar a dor do parto." (E5)	

		"Tenho o caderno da mulher onde a médica anota as minhas consultas, o peso, altura uterina, a posição do bebé, o batimento cardíaco fetal, a tensão arterial, os exames complementares e os resultados das ecografias, as vacinas de tétano e a data da próxima consulta." (E6) "Informaram-me que durante o período expulsivo devo inspirar e expirar para facilitar a expulsão do bebé." (E6) "Tenho caderno da mulher, onde a enfermeira anota as minhas consultas, o peso, altura uterina a posição do bebé, o batimento cardíaco fetal, a tensão arterial, os exames complementares e os resultados das ecografias." (E7) "Tenho o CAISSRMA onde a Médica anota as minhas consultas." (E8) "Tenho CAISSRMA onde os/as enfermeiros/as anotam as minhas consultas em relação ao peso, altura uterina a posição do bebé, o batimento cardíaco fetal, a tensão arterial, os exames complementares e os resultados das ecografias. Mas eu não consigo perceber todas essas informações". (E9) "A única orientação que me deram é quando chegar o momento de expulsar o bebé devo "impú"". (E9) "Tenho o caderno da mulher onde os/as enfermeiros/as anotam as minhas consultas em relação aos resultados dos exames, às ecografias, o batimento cardíaco fetal, o peso, a tensão arterial, altura uterina e…outras coisas." (E10) "Tenho o caderno da mulher onde os profissionais de saúde anotam as minhas consultas em relação aos resultados dos exames, às ecografias, o batimento cardíaco fetal, o peso, a tensão arterial, altura uterina, as minhas vacinas e… outras coisas que acham útil para saúde do meu bebé." (E11)	

	Estratégias negativas	"(…) sumos, refrigerantes, água e **alguma cerveja**, socialmente". (E1) "Aumentei até agora aproximadamente uns 20 kg (…). Mas estou na consulta de nutricionista para baixar o peso, mas está sendo difícil. Tenho um folheto com as recomendações dos horários e a quantidade de alimentos a ingerir, mas não estou conseguindo coloca-lo em prática, tenho cada vez mais apetite principalmente por doces". (E1) "Não [assisti a sessões grupo que falam dos cuidados da gravidez] (…)" (E1). "Nunca falaram-me dessas aulas de preparação para o parto (…)" (E1). "Não fumo nem uso drogas. Bebidas alcoólicas só socialmente, e de vez em quando vai uma cerveja (risos)." (E2) "Não, nunca falaram-me disso (…) [aulas de preparação para o parto]". (E2) "A única recomendação, foi para não gritar quando entrar no trabalho de parto, porque caso o faça as enfermeiras iriam deixar-me sozinha a ter o bebé. Por isso, estou com muito medo e apreensão, (…)". (E2) "Não, nunca assisti [a sessões de grupo]". (E3) "Não, nunca assisti [a sessões de grupo]". (E4) "Não, nem nunca ouvi falar [aulas de preparação para o parto]". (E4) "Fizestes a ecografia morfológica? (Risos), o quê é isto? Nunca ouvi falar". (E5) "Acho que não [não consigo por em prática a informação que as enfermeiras transmitem], saio de casa de manhã e só regresso á noite. A maior parte do tempo estou na rua vendendo o meu	

		peixe.” (E5) “Não [assisti a sessões grupo que falam dos cuidados da gravidez] (…)”. (E5) “Não, nunca participei nessas sessões no CSSR [a sessões de grupo]”. (E6) “Não. Como referi anteriormente não tenho conhecimento que exista [aulas de preparação paras o parto]. Foi por mera curiosidade que fiquei a saber mais sobre esse tema, graças a internet. As informações dadas no CSSRA e na Clínica privada são as básicas.” (E6) “Não [assisti a sessões grupo que falam dos cuidados da gravidez] (…)”. (E7) “Nunca ouvi falar [aulas de preparação para o parto]”. (E7) “Nunca participei nessas sessões no CSSR.” (E8) “Não, nunca [assisti a aulas preparação para o parto]”. (E8) “Não. [não falaram de exercícios para minimizar aa dores durante o trabalho do parto]”. (E8) “Nunca participei nessas sessões no CSSR, não há [sessões de grupo que falam dos cuidados na gravidez]”. (E9) “Não. Nunca ouvi falar no assunto no CSSRA [aulas de preparação para o parto]”. (E9) “A única recomendação, foi evitar o nervosismo, não gritar porque se não ia ser penalizada pelos profissionais de saúde”. (E9) “Nunca participei nessas sessões [de grupo] no CSSR, não há.” (E10) “Não. Nunca ouvi falar no assunto no CSSRA [aulas de preparação para o parto].” (E10)	

		"Não [me falaram de exercícios para minimizar as dores durante o trabalho de parto]. Fiz pesquisa na internet, falei com uma amiga minha que tive bebé recentemente, ela orientou-me como fazer na altura do parto." (E10) "Nunca participei [nas sessões de grupo]. As informações são básicas, individualmente e rápidas. Eu e o meu marido ficamos com a sensação que querem despachar as pessoas rapidamente." (E11) Não. Nunca ouvi falar no assunto no CSSRA [aulas de preparação para o parto]". (E11) "Não [me falaram de exercícios para minimizar as dores durante o trabalho de parto]." (E11)	
3. Descrever os fatores que as mulheres grávidas identificam nos cuidados que lhe foram prestados no período de pré-parto, parto e puerpério.	Ajuda na resolução de problemas	"(…) peço conselhos à minha mãe, minha tia, à médica que me acompanha, e muitas vezes recorro a Internet." (E1) "o programa mais saúde onde falam de vez em quanto sobre a gravidez e do trabalho de parto. Quanto a folheto disponibilizaram-me um que tem informações sobre o que devo levar para maternidade." (E1) "Falo sempre com a minha mãe para me esclarecer, tendo em conta que meu marido se encontra ausente do País. Também falo com as minhas amigas que passaram por esta experiência e tiro dúvidas com as enfermeiras e a minha médica." (E2) "Sempre procuro ajuda dum profissional de saúde, do meu marido e de amigos". (E3) "Não tendo mãe, falo com as minhas irmãs, e amigas que já tiveram bebé." (E3) "Sempre procuro ajuda da minha mãe e das minhas amigas." (E4) "Se tiver dificuldades, converso com a minha mãe e minhas amigas peixeiras que já tiveram o bebé." (E5) "Normalmente sempre tomei as minhas decisões sozinha. As	

		vezes partilho-as com meu companheiro e a minha mãe.” (E6) “Normalmente peço ajuda a minha mãe, o meu companheiro me acompanha.” (E7) “Durante o período que aguardo consultas no CSSR, aproveito para falar com as grávidas que já tiveram experiência de parto anteriores.” (E7) “Peço ajuda da minha mãe e Avó.” (E8) “Oriento-me muito através da internet, falo com o meu marido e a minha mãe.” (E9) “Com a minha mãe, amigos.” (E9) “Sempre esclareci as minhas dúvidas, com a minha mãe, meu marido e minhas amigas que já tiveram bebé.” (E10) “Primeiro procuro a minha mãe, depois o meu companheiro e por último, os profissionais de saúde.” (E10) “Falo com a minha irmã que teve bebé recentemente.” (E11)	
	Ambiente em casa	“Tenho bom ambiente, tenho ajuda de familiares, tanto economicamente como espiritualmente, e já está tudo preparado para o dia do parto”. (E1) “Tenho bom ambiente em casa, tanto da parte dos meus pais, da minha irmã mais velha, e do meu marido.” (E2) “Vivo com a minha mãe e meus irmãos.” (E4) “Tenho ajuda da minha mãe e as vezes do meu companheiro. Faço todos os meus afazeres de casa, e ajudo o meu companheiro nas actividades do campo, quando não vou vender o peixe.” (E5) **“**Tenho ajuda da minha mãe que está sempre por perto, e do meu companheiro que apesar da distância, estamos sempre sintonizados através das redes sociais. Já tenho tudo preparado, o quarto do meu bebé.” (E6)	

		"Tenho ajuda do meu companheiro e familiares." (E7) "[Tenho ajuda] Dos meus familiares e a minha sogra." (E8) "Com a minha tia, colega de trabalho e o meu companheiro." (E8) "Ambiente tranquilo, tenho ajuda da minha mãe e do meu marido." (E9) "Ambiente normal, tenho ajuda da minha mãe e do meu companheiro. Fazia todas as minhas tarefas domiciliares sem problemas". (E10)	
	Papel do marido/companheiro	"(…) ele é impecável comigo, está sempre presente ajudando-me nas tarefas domiciliares, até esse momento não tenho razões de queixas" (E1). "Apesar da distância, ele está a par de todas as minhas consultas, trocamos informações através das redes sociais, envio as fotografias de cada consulta, estamos em sintonia, espero que esteja presente na altura do parto. É uma pena não deixarem os pais assistirem o parto, mas pronto é a realidade que temos. "(E2) "Tenho a ajuda do meu marido. (…) ele está sempre presente, preocupado comigo e com o bebé." (E3) "Marido? (…Risos), é o pai do meu filho, nada mais. Depois de aparecer grávida ele abandonou-me, não me apoia em nada." (E4) "Ele não compreende nada da minha gravidez. Eu chego a casa no fim do dia, cansada da lida, ainda tenho que fazer o jantar, vou para cama estafada e ás vezes não consigo dormir, mas, já estou habituada, é a minha rotina todos os dias." (E5) "Ele está ausente do país, mas está a par de tudo que esteja relacionado comigo e com o nosso bebé." (E6) "Sim, o meu companheiro me apoia. Ele ajuda-me nas tarefas	

		domésticas.” (E7) “O meu companheiro me ajuda.” (E8) “O meu marido ajuda-me muito em casa, nas tarefas domesticas, mas nunca me acompanhou às consultas de pré-parto.” (E9) “Ele ajuda-me de acordo com a sua disponibilidade. Passa muito tempo fora casa. Mas, sempre que poder, ajuda-me nas tarefas domésticas.” (E10) “Ambiente saudável, o meu marido fala muito comigo sobre a minha gravidez, explica-me os cuidados que devo ter durante a gravidez, no parto e no pós-parto, ele é impecável.” (E11) “Ele é um marido sempre presente, acompanhou-me em todas as consultas, fazia muitas questões aos profissionais de saúde relacionados com a minha gravidez. Às vezes notava que os profissionais não ficavam satisfeitos.” (E11)	