

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

**CRENÇAS E REPRESENTAÇÕES DA GRAVIDEZ
NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação/Pedagogia da Saúde

António de Jesus Couto

Lisboa, Julho de 1994

UNIVERSIDADE DE LISBOA

TM-CE
COU&CRE

FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

**CRENÇAS E REPRESENTAÇÕES DA GRAVIDEZ
NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

António de Jesus Couto

Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação / Pedagogia da Saúde

Orientadora:

Professora Doutora Graça Maria Gouveia da Silva Carapinheiro



Lisboa, Julho de 1994

A concretização deste trabalho só foi possível com a colaboração excepcional de um grupo de pessoas, também nele empenhadas:

Prof. Doutor Mário Mendes, Director da Maternidade Dr. Daniel de Matos;
Médicos e enfermeiros do serviço de consultas externas da maternidade;
As grávidas que nos transmitiram tantos saberes;

Prof. Doutora Graça Carapineiro que, com a sua orientação oportuna, e constante "insatisfação científica", nos fez ir mais longe.

A todos, a nossa reconhecida gratidão.

*... eu gosto da minha barriga, gosto de estar de bebé.
Não dá para explicar como é a sensação de ter um ser
cá dentro... quando ele dá pontapés, ou quando ele se
mexe... quando a gente lhe toca ele foge...
Às vezes conto-lhe histórias, falo muitas vezes com ele.
Às vezes até tenho a impressão que ele se mexe só de
eu estar a falar com ele...*

Grávida, 26 anos, 1ª gravidez

SIGLAS

CEE - Comunidade Económica Europeia

DGH - Direcção Geral dos Hospitais

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

INSA - Instituto Nacional de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

UC - Universidade de Coimbra

UEM - Universidade Eduardo Mondlane

RESUMO

O presente trabalho traduz-se num estudo de caso realizado numa maternidade central, em que se procura, fundamentalmente, conhecer até que ponto as crenças e representações sociais da gravidez são integradas na prática da educação para a saúde, pelos médicos e enfermeiros e como essa integração pode determinar uma maior e melhor adequação das práticas destes profissionais na educação para a saúde das grávidas, pelo reconhecimento, integração e compreensão da acção destas crenças e representações sociais nas atitudes e comportamentos das grávidas, face à gravidez.

Para a colheita de informação recorreu-se à entrevista semi-estruturada a uma amostra de grávidas, outra de médicos e outra de enfermeiros, no serviço de consultas externas daquela maternidade.

Foram feitas, ainda, observações de diversas situações inerentes ao circuito da grávida no serviço em causa: entrevista da grávida pelo enfermeiro, consulta médica e sessões de educação para a saúde.

O tratamento dessa informação foi feito através da análise do conteúdo das entrevistas, cruzada com a informação recolhida através de observação participante, privilegiando-se uma perspectiva qualitativa.

Das conclusões, destacamos:

- A representação da gravidez, pelas grávidas, traduz-se, fundamentalmente, em três ideias: a gravidez como um estado de saúde ou como um estado de doença ou, ainda, como, simplesmente, uma transformação do corpo.

- A formação dos técnicos de saúde parece não introduzir diferenciações internas no grupo dos médicos e no grupo dos enfermeiros, relativas ao modelo das práticas de educação para a saúde, mas parece ser determinante e diferenciadora das práticas entre estes dois grupos de profissionais.

- A integração das crenças, pelos enfermeiros, na educação para a saúde é feita ocasionalmente, facto que, relativamente aos médicos, passa despercebido.

- As crenças determinam, nas grávidas, comportamentos e atitudes com vista a preservar o bem estar do filho.

SUMMARY

The present work translates a case study accomplished in a central maternity, through which we basically try to understand how deep the beliefs and social representations of pregnancy are integrated into the practice of an education for health both by doctors and nurses and in what way that integration may determine a higher and better adequacy of the practices of those professionals, in the education for health of the pregnant, by the recognition, integration and understanding of the action of those beliefs and social representations on the attitudes and behaviours of the pregnant towards pregnancy.

To gather the information we applied the half-structured interview to a sample of pregnant women, to doctors and to nurses of the out-patient department of that maternity.

Observations of different situations closely connected to the circuit of a pregnant woman in the referred service were made: the nurse interview to the pregnant, medical appointment and education for health sessions.

The treatment of the information was made through the analysis of the interviews contents, crossed with the information collected through a participant observation, being favoured a perspective of quality.

From the conclusions, we point out:

- The representation of pregnancy in the pregnant women basically involves three ideas: pregnancy as a state of health or as a state of illness or still and simply as a transformation of their bodies;

- The preparation of the health technicians doesn't seem to introduce internal differentiations related to the model for the practices of an education for health either into the doctors group or into the nurses group, but it appears to be determinant and differentiating of the practices between these two groups of professionals.

- The integration of the beliefs in the education for health is done by the nurses occasionally what, as far as the doctors are concerned, is overlooked;

- The beliefs determine, in the pregnant women, behaviours and attitudes in order to preserve their child's wellbeing.

INDICE

INTRODUÇÃO	Pag. 9
-------------------	--------

PARTE I

PROBLEMÁTICA

1 - OBJECTO DE ESTUDO	11
1.1 - A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE - <i>Modelos e Objectivos</i>	14
1.2 - OS SABERES SOCIAIS DA GRAVIDEZ	39
1.2.1 - AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	40
1.2.2 - AS CRENÇAS	56
1.3 - HIPÓTESES DE TRABALHO	74

PARTE II

PERSPECTIVA METODOLÓGICA

1 - MODELO DE ANÁLISE	76
1.1 - RECOLHA E TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO	82
2 - O ESPAÇO DO ESTUDO	86
3 - POPULAÇÃO E AMOSTRAS	88

PARTE III

ANÁLISE DOS DADOS

1 - O CONTACTO DA GRÁVIDA COM A MATERNIDADE	94
2 - DAS CONCEPÇÕES ÀS PRÁTICAS DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	98
2.1 - AS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	106
2.2 - A CONSULTA MÉDICA	109

2.3 - CONHECIMENTO DAS CRENÇAS, PELOS MÉDICOS E ENFERMEIROS	118 ↗
3 - OS SABERES DAS GRÁVIDAS	124
3.1 - OS PRIMEIROS CONHECIMENTOS	124
3.2 - AS REPRESENTAÇÕES DA GRAVIDEZ	129
3.3 - AS CRENÇAS	136
3.3.1 - RELATIVAS À PREDIÇÃO DO SEXO DO BÉBÉ	137
3.3.2 - RELATIVAS A INTERDIÇÕES E PRESCRIÇÕES	141
3.4 - INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS NOS COMPORTAMENTOS E ATITUDES DAS GRÁVIDAS	147
4 - CONCLUSÃO	150

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS:

- ANEXO 1 - Guião de entrevista aos médicos
- ANEXO 2 - Guião de entrevista aos enfermeiros
- ANEXO 3 - Guião de entrevista às grávidas
- ANEXO 4 - Codificação das entrevistas

INTRODUÇÃO

O interesse pela realização de um trabalho sobre *as crenças da gravidez* surge, há alguns anos atrás, a partir de uma experiência profissional de orientação de alunos do Curso de Enfermagem Geral, em estágio no serviço de consultas externas de uma maternidade.

Recordamos o entusiasmo que o enfermeiro chefe desse serviço, nessa altura, punha na realização das sessões de educação para a saúde, levando as grávidas a expressarem as suas preocupações que, muitas vezes, se situavam à volta de crenças sobre a gravidez, principalmente quando eram acompanhadas pelas futuras avós, pela participação que davam.

A vivência destas situações despertou-nos o interesse pelas crenças sobre a gravidez e a reflexão sobre o seu lugar no contexto do processo da gravidez e, afinal, o que elas representam para a grávida.

Ao optar por desenvolver um trabalho sobre este assunto, enquadrado no Mestrado de Ciências da Educação / Pedagogia da Saúde, reconhecemos que entramos num terreno "movediço", principalmente quando pretendemos saber como é que os técnicos de saúde, médicos e enfermeiros, lidam com as crenças, nos momentos de prestação de cuidados.

Inicialmente, a ideia de prosseguir com este trabalho foi quase destruída, deixando-nos à beira da desistência, por virtude de algumas entrevistas exploratórias que fizemos a médicos e enfermeiros, em que nos diziam: *crenças? Isso era dantes. Agora já não aparecem.*

Com um pouco de teimosia, decidimos prosseguir o trabalho, com um primeiro objectivo: confirmar se, actualmente, as grávidas que frequentam os serviços de saúde são ou não portadoras de crenças relativas à gravidez e, em caso afirmativo, identificá-las.

Mas não bastava identificá-las. Seria importante analisar a posição dos técnicos de saúde perante elas. Assim, os médicos, enfermeiros e grávidas formam uma constelação que

tem como núcleo as crenças, à volta do qual se vão desenvolvendo diversas dimensões de análise, constituindo, todo este conjunto, o nosso universo do estudo.

Com base nos dois objectivos definidos, estruturámos este trabalho, constituindo-se, fundamentalmente, de três partes.

Na parte I procuramos definir a nossa problemática, debruçando-nos sobre o objecto de estudo, apresentando modelos e objectivos da educação para a saúde, iniciando a fundamentação teórica que passa, também, pelos saberes sociais da gravidez, nomeadamente as representações e crenças.

É ainda nesta parte I que apresentamos as hipóteses que definimos, baseadas nos dois objectivos já referidos.

Na parte II é descrita a perspectiva metodológica adoptada, definindo-se o modelo de análise perfilhado, dando-se relevância à análise qualitativa dos dados obtidos, a mais utilizada ao longo deste trabalho.

A caracterização do espaço onde decorreu o estudo é feita, ainda, nesta parte II, bem como a descrição da população estudada e a técnica utilizada para a obtenção das amostras.

A parte III é constituída pela apresentação e análise dos dados obtidos, procurando dar respostas às hipóteses levantadas, seguindo-se a conclusão do trabalho em que se procura fazer uma síntese, embora, dadas as suas características, sem a pretensão de apresentar conclusões definitivas.

Apesar do carácter não definitivo das conclusões, consideramos que valeu a pena ter feito este estudo, ficando-nos a certeza de ter sido gratificante, pela relativa "novidade" que descobrimos num assunto ancestral e pela certeza e vontade de prosseguir com um trabalho que tenha este como ponto de partida.

PARTE I

PROBLEMÁTICA.

1 - OBJECTO DE ESTUDO

Num momento da nossa vida profissional, tivemos oportunidade de orientar alunos do Curso de Enfermagem Geral no planeamento, execução e avaliação de sessões de educação para a saúde numa maternidade central, a grupos de grávidas. Foi tarefa aliciante, face ao interesse que estas demonstravam e a participação que proporcionavam, principalmente quando as sessões eram orientadas mais informalmente, onde mais facilmente expunham as suas preocupações, as suas dúvidas.

O nosso interesse por estas situações aumenta à medida que são proporcionados momentos para conversas informais, onde falam das suas convicções, das suas crenças e solicitam esclarecimentos.

Embora consideremos a educação para a saúde fundamental para elevar o nível de saúde da população, esta realidade obrigou-nos a uma reflexão, principalmente no campo da metodologia utilizada nessas sessões, apesar de seguirmos o modelo aprendido nos bancos da formação profissional, fundamentalmente, de transmissão de informação.

De facto, a meta nº 15 da *Saúde para todos no ano 2000* da Organização Mundial de Saúde (1985:72) consigna que, «até 1990, todos os Estados Membros deveriam ter programas de educação para a saúde com a finalidade de dar à população os conhecimentos, as capacidades e as motivações necessárias para a preservação da sua saúde.»

Sugere-se, assim, que a prática da educação para a saúde se traduz no fornecimento de conhecimentos considerados indispensáveis a um estilo de vida saudável. A ideia aqui expressa apresenta-se-nos susceptível de alguma crítica, basicamente em relação a alguns dos seus pressupostos. A primeira crítica ou reflexão, se preferirmos, diz respeito à própria expressão "educação para a saúde". Ela encerra duas dimensões - educação e saúde - que são, em termos pragmáticos, um fenómeno político, pois os seus sistemas são definidos pelo poder instituído, bem como as suas regras dependendo, assim, a educação e a saúde de cada um, de decisões políticas que se tomam em determinado momento. Por vezes confia-se demasiado na lei e menos no estudo das principais linhas de acção desencadeadas pelas forças sociais (Campos, 1983) e culturais que envolvem as concepções quer da saúde, quer da doença.

Justificando esta ideia, consideremos o início da recomendação v da Conferência de Alma Ata em 1978, que diz: *Os governos, no que respeita à saúde das populações, têm uma responsabilidade de que não se podem desobrigar se não assegurando as adequadas prestações sanitárias e sociais* (O.M.S.,1990:10); ou ainda a alínea h) do ponto 1 da Base II da Lei de Bases da Saúde: *É incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual.* (Ministério da Saúde, 1993:14).

Verificamos, assim, que as directrizes de base no campo da saúde são emanadas dos governos, quer nacional quer internacionalmente.

Retomando a meta nº 15 atrás referida, esta sugere-nos uma outra reflexão que tem a ver com a finalidade "dar conhecimentos, capacidades e motivações". Esta perspectiva de educação para a saúde aponta-nos, apenas, uma vertente unidireccional de transmissão dos saberes formais, técnicos, científicos, sem ter em conta outros saberes das populações e os seus correspondentes estilos de vida.

Aqui se situa a nossa terceira reflexão: os sistemas de referência que servem de base a este estilo de vida e quem o define. O esclarecimento destas duas questões só será

possível com a participação efectiva dos indivíduos. Só assim se fornecerão os elementos necessários a uma motivação, tendo em conta que a motivação é um processo dinâmico, intrínseco a cada indivíduo.

Neste contexto, a prática da educação para a saúde parte, nos nossos dias, de um pressuposto que se poderá enunciar nestes termos: é necessário preparar os técnicos de saúde (dos diversos grupos profissionais) com o máximo de informação possível para que, no seu dia a dia, sejam transmissores dessa informação aos utentes dos serviços, procurando abranger o máximo de assuntos, com a finalidade de modificar comportamentos, atitudes, dos utentes dos serviços de saúde e, assim, melhorarem o seu nível de saúde.

Ora, este pressuposto levanta-nos, à partida, algumas novas questões:

- Como é que o técnico de saúde, limitando-se a transmitir informação, vai conseguir modificações de comportamentos ou atitudes?

Temos posto esta questão a nós próprios, ao longo de alguns anos de verificação deste facto, aquando da passagem por diversos serviços de saúde, assistindo a sessões de educação para a saúde. Isto é, na maior parte das situações, os técnicos de saúde limitam-se a dar informação.

- Será legítimo reconhecer como válido, apenas, o saber do técnico sobre determinado assunto e desprezar o saber profano dos utentes?

Se assim for, o processo individual de desenvolvimento do utente, a sua personalidade, a sua expressividade, a sua cultura, os seus valores, as suas crenças, estarão a ser menosprezados ou, até, desprezados.

Parece impôr-se uma lógica de prática de educação para a saúde, utilizando um raciocínio inverso, isto é, construir uma lógica de prática de educação para a saúde a partir dos saberes do utente, seus valores, suas crenças, complementados com os saberes "científicos" dos técnicos. Seria o praticar a descodificação dos saberes dos utentes, sem sobreposição, com utilização do mesmo código linguístico, semântico,

metafórico. Seria, ao fim e ao cabo, valorar e aproveitar, por um lado, as histórias de vida de cada um, por outro, perspectivar um modelo de educação para a saúde participativo, como refere Sigaudès (1989:289) e integrador.

Põe-se, assim, em discussão, os factores que poderão determinar modificações de comportamentos e atitudes, entre os quais, por um lado, os saberes dos utentes, neste caso das grávidas, por outro, a informação prestada pelos técnicos de saúde.

1.1 - A EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE - *Modelos e Objectivos*

Embora a expressão **educação para a saúde** seja de uso corrente entre os técnicos de saúde, parece-nos útil tecer algumas considerações sobre os conceitos que ela abarca, nomeadamente, **educação e saúde**.

Não vamos perder de vista a raiz etimológica que é atribuída ao termo **educação**, com as suas vertentes de sentido oposto, apontadas por alguns autores.

Foulquié, citado por Mialaret (1976:8), atribui duas raízes etimológicas latinas que, embora de significados opostos, elas não se contradizem mas, pelo contrário, complementam-se reciprocamente. Por um lado a *educere* que significa "conduzir para fora", por outro a *educare*, que significa "criar, alimentar."

Verificamos, assim, existirem duas forças de sentido oposto, no processo de educação: uma, apelando à importância do desenvolvimento das capacidades intrínsecas de cada indivíduo, isto é, o desenvolvimento do indivíduo interior, na sua peculiaridade e individualidade. Outra, apelando à importância dos factores extrínsecos para o mesmo desenvolvimento, isto é, ter em conta a situação que o envolve.

Facilmente se entende que, hoje em dia, não se pode compreender **educação** encarando-a, apenas e isoladamente, em cada uma das vertentes apontadas, como o fez Durkheim (1911), citado por Mialaret (1976:8) que definia educação como *a acção exercida pelas gerações adultas sobre as que ainda não estão maduras para a vida social*. Segundo este conceito, seria simplesmente a transmissão, reprodução dos saberes, costumes dos mais velhos sobre os mais novos. Apenas se tinham em conta os factores extrínsecos. Evidentemente que eles são importantes, fundamentais até, para o desenvolvimento do indivíduo, pois os factores intrínsecos, para se desenvolverem, necessitam dessas condições.

A conjugação destes dois grupos de factores, de uma forma equilibrada, é fundamental para um desenvolvimento harmonioso do Homem, como nos sugere a Liga Internacional de Educação Nova (Mialaret, 1976:8): *a educação consiste em favorecer o desenvolvimento tão completo quanto possível das aptidões de cada pessoa, simultaneamente como indivíduo e como membro de uma sociedade regida pela solidariedade*. Nesta perspectiva, dever-se-á entender **educação** como processo de desenvolvimento do indivíduo.

De diferentes concepções de educação poderão resultar diferentes práticas educativas separando-se, arbitrariamente, o acto de aprender e o acto de ensinar, ignorando a sua finalidade comum que é a socialização do indivíduo.

Para que o acto educativo tenha influência sobre o educando, é necessário que encontre uma adesão, uma aceitação temporária da relação e para se prolongar no tempo e atingir a sua finalidade fundamental, deve provocar nele o entusiasmo da pesquisa e da crítica. É através das relações sociais introduzidas pelo acto educativo que o indivíduo evolui, se descobre e se estrutura (Postic, 1984:11).

Como o conceito de educação, também o de saúde evoluiu, apesar de não se despojar de algumas ambiguidades, relatividade e subjectividade.

Recordando a Organização Mundial de Saúde (1947), (Greene e Simons-Morton, 1988:6) que define a saúde como *um completo bem estar físico, mental e social total e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade*; somos colocados perante três dimensões - bem estar físico, mental e social - definidas em termos absolutos e, por conseguinte, traduzindo-se em metas inatingíveis.

Esta relatividade do conceito traduz-se na ausência de critérios ou na dificuldade de os definir, para avaliar quando é que um indivíduo se encontra num estado de bem estar total, evidenciando a subjectividade do mesmo. Daí a dificuldade de a definir, na sua complexidade, pois o seu significado varia de grupo para grupo, enraizando-se na própria cultura, devendo ser encarada mais como um estado de espírito, uma atitude, do que como uma técnica ou uma receita (Pardal, 1990:11), sendo algo que se deve adquirir e que não pode ser imposto (O.M.S.,1983).

Tratando-se de um estado absoluto por definição, todo o indivíduo se encontra numa situação de inatingibilidade, acompanhada de subjectividade porque depende, também, de como cada um se considera saudável ou doente, em função dos seus padrões, sua história de vida, podendo dizer-se que *saúde* acaba por ser um construto cultural.

Se atendermos a outro conceito mais recente da mesma Organização que define a *saúde* como *o pleno desenvolvimento das potencialidades físicas, intelectuais e morais do Homem, tendo em conta como principais factores:*

a) *A carga genética*

b) *O equilíbrio permanentemente instável com o ambiente biofísico e a sociedade* (ENSP,1978:1), facilmente reconhecemos, ainda, os dois aspectos referidos anteriormente - relatividade e subjectividade.

Podemos, assim, considerar que saúde e educação enquanto práticas sociais são fruto de uma longa evolução histórica (Ide e Chaves, 1990:236), caminhando lado a lado com a evolução da própria concepção de Homem e de sociedade.

Tendo em conta os dois conceitos apresentados (educação e saúde), a prática da educação para a saúde não pode traduzir-se, simplesmente, na transmissão de informação, de conhecimentos sobre determinado assunto nem, tão só, deixar que o indivíduo se desenvolva, apenas, em função do meio onde está inserido, com tudo aquilo que lhe é transmitido pelos seus ascendentes.

Definir *educação para a saúde* não é tarefa fácil, uma vez que encontramos quase tantas definições como educadores de saúde e elaborar uma definição compreensiva que satisfaça a todos é quase tão difícil como definir a própria saúde e corre-se o risco de, apenas, se debruçar sobre uma ou várias partes dela (Greene e Simons-Morton, 1988:6).

No entanto, uma breve análise de alguns conceitos de educação para a saúde, propostos por estes autores, ajudam-nos a compreender melhor o nosso objecto de estudo. Consideram que a educação para a saúde é um processo que serve de ponte entre a informação sobre saúde e as práticas de saúde. Embora, à primeira vista, pareça um conceito simplista e pouco explícito, aponta-nos o lugar de charneira que ocupa no campo complexo da saúde, um veículo fundamental para que haja mudança.

Facilmente se encontram outros mais abrangentes, como o do Conselho de Ministros da Educação da CEE em 1988 (citado por Pardal, 1990:11), que a entende como *um processo baseado em regras científicas que utilizam oportunidades educacionais programadas, por forma a capacitar os indivíduos, agindo isoladamente ou em conjunto, para tomarem decisões fundamentais sobre assuntos relacionados com a saúde.*

A adopção voluntária de comportamentos, como objectivo básico da educação para a saúde, é-nos explicitada por Green (1984:189), definindo-a como *toda a combinação de métodos de aprendizagem propostos para facilitar, voluntariamente, adaptações de comportamentos conducentes à saúde.* Contém aspectos de importância

relevante em termos de perspectiva de prática de educação para a saúde, nomeadamente, reconhece a necessidade de uma complexidade de experiências de aprendizagem, quando utiliza o termo "combinação". Ao "propôr" os métodos abdica, à partida, do modelo informativo, para ir ao encontro da estratégia mais conveniente para cada situação. Preconiza "facilitar" adaptações de comportamento, leva a prever a natureza da relação educador-educando de ajuda, de apoio. Define, assim, de uma forma clara, o limite entre a educação e as formas mais manipulativas de influência sobre o comportamento, especificando como condição a participação voluntária da população (Greene e Simons-Morton, 1988).

Apresentamos, por último, outro conceito dos mesmos autores (p.28) que consideramos abrangente de todos os aspectos fundamentais da educação para a saúde, que é descrita como *um processo, cujo objecto de estudo é a saúde, tendo em conta as características da população a que se destina, as estratégias educativas apropriadas, a formação dos educadores e os resultados obtidos.*

A sua abrangência passa pela definição do seu objecto de estudo, alertando para a importância do conhecimento das características da população, conhecimento e selecção das estratégias mais adequadas, a importância da formação adequada dos educadores e a avaliação das situações. Encerra todos os pontos de discussão à volta da educação para a saúde, desde a sua génese, seu planeamento e sua avaliação.

Parece-nos, sem dúvida, um conceito esclarecedor, introduzindo elementos considerados fundamentais para a obtenção de resultados satisfatórios, nomeadamente, o ter em conta as características da população, levando à implicação da comunidade quer no planeamento, quer na concretização de acções conducentes às melhorias esperadas e desenvolver comportamentos saudáveis, como preconiza a OMS (1985:73) na meta nº 16 da Saúde para Todos, entendendo *comportamento saudável* como *um esforço consciente levado a cabo pelos indivíduos com o intuito de preservar, de uma forma activa, a sua própria saúde e a de terceiros.*

Retomando o conceito de educação para a saúde anteriormente apresentado, a chamada de atenção para as características da população é, para nós, também fulcral, pois só assim se pode responder cabalmente às suas necessidades, conhecer e compreender os seus conhecimentos, hábitos, crenças, enfim, a sua cultura. A importância da ligação da cultura à saúde é hoje reconhecida e tende a aumentar cada vez mais, verificando-se que, nalguns países europeus, os programas de educação sanitária promovem a saúde como valor cultural importante (OMS, 1985:76). Assim, verifica-se um crescente interesse pela saúde na opinião pública, pois começa a fazer parte, de uma forma mais ou menos consciente, do processo de socialização relativamente ao contexto onde está inserido.

Com esta perspectiva procura-se que cada um faça uma utilização plena das suas capacidades físicas, intelectuais e afectivas, de modo a co-responsabilizar-se pela sua própria saúde e também pela dos outros.

A concretização desta ideia com origem na definição de políticas internacionais, implica a definição de linhas estratégicas a nível nacional, tendo em conta a diversidade de recursos e culturas regionais, entrecruzando-se, também, com as estratégias políticas, económicas, educativas e de saúde. O desenvolvimento paralelo dos sistemas de saúde e educativo nesta direcção, pode ser fundamental para que, desde cedo, cada indivíduo vá fazendo a apropriação desta forma de encarar a saúde.

Aqui as pessoas com papel de educador têm uma importância primordial na orientação dos indivíduos necessitando, para isso, de estar apetrechados com informação, conhecimentos suficientes, pertinentes e úteis, relativamente aos mais diversos assuntos e métodos adequados a cada situação, de modo a facilitar, efectivamente, a aprendizagem de comportamentos saudáveis.

Claro que o técnico de saúde para estar apto a seleccionar e a utilizar os métodos que considera mais adequados a cada situação necessita, antes de mais, de os conhecer. E este conhecimento poderá constituir uma nova questão para análise, pois interessa

saber que meios, que oportunidades têm aqueles técnicos, principalmente médicos e enfermeiros, para adquirirem esses conhecimentos.

Na procura de uma resposta, considerámos necessário fazer uma análise, embora breve, dos planos de estudo de diferentes cursos, quer de formação inicial de médicos e enfermeiros, quer de cursos de especialização ou pós-graduação.

A nível da formação dos enfermeiros, tem havido grande preocupação neste sentido, pois os próprios planos de estudo dos cursos de enfermagem integram conteúdos teóricos e práticos, por forma a prepararem os enfermeiros neste âmbito, tanto a nível de base como pós-base.

Com a reforma do plano de estudos do Curso de Enfermagem Geral em 1965, foram introduzidas novas áreas na preparação dos enfermeiros: saúde materno-infantil, saúde pública e o ensino. A estas áreas era dedicado um período do curso, com uma parte teórica e estágio.

Do programa teórico no período de enfermagem materno-infantil destacamos a "orientação e ensino à grávida e futuro pai. Ensino individual e ensino organizado" (DGH, 1965:140). No respectivo estágio, o aluno deveria realizar um programa de ensino de grupo a grávidas.

No 3º ano e a nível da saúde pública, o curso procurava "desenvolver o interesse pelos problemas da comunidade de forma a ajudar o indivíduo, a família e o grupo, a reconhecer as suas necessidades de saúde e utilizar adequadamente os recursos disponíveis para a sua solução" (p.4).

Para que isto se concretizasse, a nível dos alunos, era desenvolvido um programa teórico que abrangia a organização de programas de enfermagem de saúde pública, a educação sanitária, meios audio-visuais e suas indicações. No respectivo estágio, os alunos deveriam participar na visitação domiciliária, conferências de saúde, programas de ensino em grupo ou individuais.

Na área do ensino, no fim do 3º ano, os alunos deveriam ter adquirido conhecimentos que lhes permitissem utilizar os princípios de *ensino* em relação a doentes, outros indivíduos e grupos com quem trabalham. Para isso, faziam parte do programa assuntos como algumas teorias da aprendizagem, formas de ensino, meios auxiliares de ensino, métodos de ensino, preparação de uma lição, avaliação do ensino (p.175).

Para complementar estes conhecimentos, os alunos faziam um estágio, participando nas actividades inerentes às funções dos enfermeiros docentes.

Com a reestruturação do plano de estudos do curso em 1976, a importância da saúde materno-infantil e saúde pública foi reforçada, com a implementação dos cuidados de saúde primários.

As noções de Pedagogia passaram a ser integradas ao longo do curso, quando se achasse pertinente. O tempo de estágio desapareceu.

Em 1987 o plano de estudos foi novamente reformulado, reforçando a importância dos cuidados de saúde primários.

No 2º semestre do 1º ano do curso surge a disciplina de *Enfermagem em Cuidados de Saúde Primários*, fazendo parte do seu programa a *educação para a saúde à grávida, à criança, ao adolescente, à família, ao adulto e ao idoso* (INSA, 1987: 35-37), reconhecendo, assim, a importância da educação para a saúde ao longo de todas as fases de desenvolvimento do indivíduo.

No estágio em cuidados de saúde primários, também preconizado e realizado em Centros de Saúde e serviços de obstetria, deveriam ser *incluídas actividades de educação para a saúde* (INSA, 1987:60).

Surge, ainda, a disciplina de *Introdução à Pedagogia* com 30 horas, constando do seu programa a rubrica *o enfermeiro e a educação para a saúde* (INSA, 1987:45), reconhecendo-se a utilidade das noções de Pedagogia na planeamento e execução da educação para a saúde.

Com a integração, em 1988, do ensino da Enfermagem no Sistema Educativo Nacional, a nível do Ensino Superior Politécnico e com a criação do Curso Superior de Enfermagem (grau de bacharel), houve necessidade de cada Escola Superior de Enfermagem elaborar um novo plano de estudos desse curso, a fim de ser aprovado e se poder iniciar. Pelo conhecimento que temos das Portarias que aprovaram o plano de estudos de cada escola, todos mantêm as áreas referidas anteriormente, com a disciplina de *Introdução à Pedagogia* ou outra correspondente.

A nível da formação pós-básica dos enfermeiros tem havido, também, nos últimos anos, grande evolução. Com a reestruturação dos Cursos de Especialização em Enfermagem em 1983, foi introduzida a disciplina de Pedagogia nos planos de estudos de cada curso, com 80 horas teóricas e 210 horas de estágio. Para os enfermeiros que frequentaram um curso de especialização antes desta reestruturação, foi criado o Curso de Pedagogia e Administração para Enfermeiros Especialistas, com a duração de 21 semanas, dedicando à Pedagogia as mesmas horas dos cursos de especialização, referidos anteriormente.

Considera-se que, com esta inovação curricular, todos os enfermeiros habilitados com estes cursos deverão estar apetrechados de forma a corresponder satisfatoriamente a situações de educação para a saúde, uma vez que um dos sentidos práticos que é dado àquela disciplina é a sua aplicação no planeamento, execução e avaliação de sessões de educação para a saúde.

Além disso, no Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, habilitação detida (ou equiparada) por todos os enfermeiros do serviço onde se concretizou este trabalho, para além da preparação na área da Pedagogia atrás referida, no programa da disciplina de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica I e da disciplina de Antropologia e Sociologia, são desenvolvidos assuntos de especial interesse, como *a educação para a saúde; gravidez e cultura; mitos da maternidade*, conforme o plano de estudos do curso (INSA, 1983).

O desenvolvimento destes assuntos, fazendo parte do currículo escolar, traduz um indicador do interesse e importância dos mesmos, capacitando os profissionais para a compreensão dos aspectos sócio-culturais da gravidez.

Relativamente ao ensino da Medicina, depois de analisar o plano de estudos do curso de licenciatura em Medicina de uma das Faculdades, apresentado no *Prospecto da Universidade de Coimbra* (UC,1992), constatámos a existência de uma disciplina semestral de *Introdução à saúde comunitária*, sem referências específicas à educação para a saúde. Relativamente à preparação pedagógica dos médicos, não encontramos qualquer disciplina na estrutura do curso, nesse âmbito.

Foram analisados, também, os planos e programas dos Cursos de Planeamento Familiar e Ginecologia organizados por um dos Institutos de Clínica Geral e, relativamente a referências a educação para a saúde ou preparação pedagógica dos médicos, não foram identificadas.

A Portaria 145/92 de 6 de Maio que regulamenta o programa de formação do internato complementar de Ginecologia/Obstetrícia é, também, omissa nestes pontos.

Desta breve análise ressalta que a formação curricular de médicos e enfermeiros, no âmbito da *pedagogia e da educação para a saúde* é bastante diferente. Na verdade, como já foi exposto, os enfermeiros tanto a nível da formação de base como a nível dos cursos de especialização em Enfermagem, obtêm conhecimentos considerados necessários e suficientes, por um lado, para compreenderem a importância e a necessidade da educação para a saúde, por outro, para utilizarem os métodos considerados adequados a cada situação, ao passo que, relativamente aos médicos, não foram encontradas referências explícitas nos currículos sobre estes assuntos.

De acordo com as perspectivas dos diversos autores, até aqui apresentadas, sobre a conceptualização da educação para a saúde, podemos considerar como principais objectivos desta, a modificação de comportamentos nocivos para a saúde (Sigaudès,

1989:287), proporcionar às populações os conhecimentos e capacidades necessárias para a preservação da sua saúde (OMS, 1985:72), adoptar comportamentos mais saudáveis (Pardal, 1990:11), ter um estilo de vida saudável, auxiliar o indivíduo a atingir e a manter um nível óptimo de saúde (Coutts e Hardy, 1985, citados por Williams, 1988:21) e, em suma, melhorar a saúde da nação e reduzir as doenças que podem prevenir-se, incapacidades e morte (Greene e Simons-Morton, 1988:30).

É sabido que a tarefa mais ambiciosa dentro de qualquer política de promoção da saúde é a implementação de acções favoráveis a comportamentos saudáveis, podendo considerar-se um investimento rentável, provavelmente, a longo prazo. Rentável, porque *mais vale prevenir do que remediar*, isto é, quanto mais se investir na prevenção da doença e na melhoria do nível de saúde das populações, menos será necessário investir na medicina curativa. Referimos a longo prazo, pois a concretização desta perspectiva implica mudanças de comportamentos e atitudes, de estilos de vida que, como facilmente se compreende hoje em dia, o comportamento humano não é possível modificar-se, apenas, com intervenção externa, de um momento para o outro.

O nosso comportamento é o resultado de um processo longo, tendo em conta os mais diversos factores, nomeadamente, a socialização de cada um, seus valores, expectativas, motivações e seus contextos.

Podemos, portanto, à partida, considerar que, para a concretização de qualquer modificação na conduta de um indivíduo será necessário, também, um período relativamente longo, de acordo com as características de cada um e a estratégia utilizada.

A este respeito, refira-se a importância que têm, ainda hoje, os trabalhos de Thorndike, referidos por Abreu (s.d.), com a lei do exercício e a lei do efeito.¹ Também

¹ Cf. Tavares (1985:94). Este autor diz que, para Thorndike (1911), aprender era resolver um problema. Com base em experiências, enunciou leis da aprendizagem, das quais destacamos:

Lei do efeito - a conexão entre um estímulo e uma reacção é reforçada ou enfraquecida consoante a satisfação, a ausência de satisfação ou o aborrecimento que acompanha a acção.

Lei do exercício - a repetição, por si só, não conduz à aprendizagem, mas resulta em aprendizagem se for acompanhada de resultados positivos.

Skinner (1938)² merece aqui uma referência especial, pelo desenvolvimento do chamado "ensino programado". É a este autor e seus colaboradores, como refere Joyce-Moniz (1979:11) que se deve a expressão *modificação do comportamento. Foram os primeiros a advogar que o comportamento é controlado pelas suas conseqüências no meio e tentaram definir as condições, segundo as quais, a aprendizagem se processa, com o objectivo de prever e controlar as condutas, nas mais variadas situações.*

A partir da vasta literatura surgida nos últimos anos sobre este assunto, verifica-se que os diversos utilizadores destas técnicas (investigadores, terapeutas, educadores) não se fixam na utilização de uma teoria ou técnica, mas procuram integrar conhecimentos, principalmente das diferentes áreas da Psicologia.

No entanto, é curioso notar que, algumas vezes, fica-se com a incerteza de saber se a modificação de um comportamento aconteceu por ter sido utilizada uma técnica estruturada ou não. A este propósito, Joyce-Moniz (1979:17) refere os trabalhos de Eysenck (1952) os quais parecem indicar que, realmente, as modificações de comportamentos de pacientes, muitas vezes, não derivam de estratégias específicas, mas de um processo comum a todas as terapias e que também se encontra em tratamentos improvisados por não profissionais como amigos, assistentes sociais, orientadores religiosos, desde que a pessoa que pretende ajudar outra, estabeleça uma atmosfera de compreensão, aceitação, levando a uma relação de ajuda. Os resultados obtidos poderão ser semelhantes aos de um terapeuta, não utilizando técnicas específicas, ressaltando, no entanto, factores essenciais para qualquer sucesso: a compreensão, aceitação, relação de ajuda.

Sigaudès (1989:290) descreve cinco factores fundamentais que influenciam o comportamento, desde a tomada de consciência por um indivíduo ou uma comunidade de um problema, à passagem à acção para o resolvê-lo, que se traduzem por cinco verbos:

² Cf. Tavares (1985:95). Este autor refere que Skinner considera a aprendizagem como um *condicionamento operante* que inclui a noção de reforço, ou seja, uma situação em que a relação entre o estímulo e a reacção é fortalecida de tal maneira que aumentam as possibilidades de que, de futuro, uma determinada reacção seja associada a um determinado estímulo.

Querer - Traduz, fundamentalmente, o grau de motivação que é essencial para acontecer "acção", sobretudo em educação para a saúde. A motivação pode ser suscitada por uma antecipação das consequências de um problema, uma necessidade intrínseca de resolver um problema, um constrangimento externo ou um interesse.

Saber - Diz respeito à competência adquirida pela experiência, por imitação de modelos ou por aprendizagem verbal. Situa-se no domínio dos conhecimentos que são transmitidos na educação para a saúde, pela informação geral através da imprensa, rádio, TV, livros ou por contacto mais directo, personalizado, com os pais, professores, técnicos de saúde. Este repertório de saberes acaba por fornecer ao indivíduo/comunidade, soluções eficazes para os diversos problemas.

Crer - Tem a ver com a auto-avaliação do indivíduo/comunidade, sobre aquilo que são ou não capazes de fazer. O indivíduo julga a sua capacidade de desenvolver acção em função da estima que tem de si mesmo e a comunidade em função dos recursos humanos, materiais e financeiros que possui ou pode reunir.

Escolher - Perante várias alternativas, o indivíduo ou comunidade sente uma atracção por algumas, de acordo com o seu sistema de valores, que passam pelo campo afectivo, económico, intelectual, cultural, moral e material. Em função da complexidade deste processo de escolha, muitas vezes, poderá ser difícil explicitá-las por parte do indivíduo ou comunidade.

Poder (ser possível) - É o passo decisivo. O indivíduo ou comunidade desenvolve acção, conforme a sua habilidade, de acordo com a aprendizagem realizada. É o momento da concretização, direccionada pelos factores focados anteriormente.

Só a conjugação destes cinco factores permite eficácia da educação para a saúde. Basta que um deles seja nulo, para que o todo seja nulo também.

Reconhecemos, portanto, que não basta adquirir informação sobre os efeitos positivos ou negativos de um determinado comportamento, para desencadear a sua mudança. Quantos fumadores conhecem os malefícios do tabaco e, mesmo assim,

continuam a fumar? Este facto aponta-nos para a complexidade de factores que levam a comportamentos potencialmente prejudiciais à saúde e, talvez, como refere Barbosa (1987:180), a maior parte dos esforços nos programas de educação para a saúde aponta não para uma socialização primária (a nível da família), ou secundária (a nível da escola, grupos sociais), mas sim para a re-socialização do adulto resultando, por isso, numa intervenção tardia, levando ao insucesso.

Não podemos esquecer que a ideologia da prevenção se baseia na moral, nos valores das classes mais favorecidas donde provêm as normas que tendem a reprimir outras formas de saber. (Barbosa, 1987)

O mesmo autor (p.179) refere ainda que *as práticas de prevenção privilegiam a informação, assumindo ser possível modificar o comportamento individual pela comunicação de mensagens e utilizam, para isso, diferentes estratégias de argumentação - acentuar os efeitos nocivos sobre a saúde, contrapor estilos de conduta mais saudáveis, apelar para a responsabilidade social*. Independentemente da estratégia utilizada, a sua eficácia requer que o alvo dessa comunicação modifique não só o seu comportamento, mas também a sua própria cultura, o que não é fácil nem rápido, pois implicaria a desestruturação de toda uma história de vida e a estruturação de outra.

Rice (1985:66) também definiu alguns princípios teóricos de mudança de comportamentos, dos quais salientamos:

Percepção da necessidade - De acordo com a perspectiva de Maslow,³ o comportamento humano está controlado, influenciado por uma hierarquia de cinco necessidades, em que os indivíduos se sentem motivados para satisfazer as necessidades mais básicas e imperiosas, para eles, num determinado momento.

³ Cf. Chiavenato (1977:335). Este autor refere que Abraham Maslow (1908-1970), Psicólogo, apresenta uma teoria da motivação, segundo a qual as necessidades humanas estão organizadas numa hierarquia de valor, ou seja: a manifestação de uma necessidade surge após a satisfação prévia de outra mais importante. Apenas quando satisfeita a necessidade mais premente ou importante, surge a seguinte em importância e passa a dominar a vida consciente e a centralizar a organização do comportamento. As necessidades humanas consideradas são: necessidades fisiológicas, segurança, associação, estima e auto-realização.

Assim, para que qualquer indivíduo ou população ouça, participe ou realize mudanças, é necessário que os assuntos e problemas que se procuram resolver com as actividades de educação para a saúde, coincidam com as necessidades que o indivíduo, família ou comunidade destinatária considera ser mais imperioso nesse momento.

Se esta coincidência não existe, podem considerar-se inadequados os esforços da educação para a saúde. Só a partir do momento em que a população considera que o conhecimento e experiência que pode ganhar mediante a participação nestas actividades são úteis e valiosas para a resolução dos seus problemas, existem condições para as modificações de comportamentos.

Risco ou benefício previsível - A forma como um indivíduo se comporta numa determinada situação depende, em grande parte, da forma como percebe a situação.

Se se deseja que um indivíduo mude ou conserve um determinado comportamento, é necessário que perceba, em função da sua própria segurança, um risco ou um benefício eminente com a força suficiente para motivar o seu comportamento.

Mas a percepção dos riscos pode ser influenciada por diversos factores. O comportamento e as expectativas da própria família, os colegas, têm um papel importante, assim como as opiniões das pessoas que exercem mais influência no indivíduo.

As crenças e tradições culturais têm, também, uma grande influência na forma como o indivíduo percebe os riscos e os benefícios em situações de perigo.

Hábitos e experiências prévias - Tendo em conta a perspectiva desenvolvida por Skinner, considera que o comportamento do indivíduo é o resultado da associação da situação actual com situações anteriores.

Atitudes e valores - Todos os indivíduos possuem atitudes e valores que estruturam a sua personalidade, servindo como filtro que lhes permite julgar toda a informação e novos conhecimentos.

Estudos realizados por Rogers e Shoemaker (citados por Rice, 1985:69), demonstram que as pessoas que parecem aprender e adoptar com mais rapidez as inovações, caracterizam-se por ter maior formação académica, uma posição económica mais alta, maior exposição aos meios de comunicação, maior contacto com o agente de mudança, mais participação social.

Factores dos agentes de mudança - Geralmente, o indivíduo ou grupo que realiza actividades de educação para a saúde tem que actuar como agente de mudança. Para desempenhar esta função, é fundamental ajudar a população a identificar a necessidade de mudança e a diagnosticar os problemas mais urgentes da população. Há, assim, necessidade de definir uma estratégia de modo que os agentes de mudança estabeleçam uma relação com a população que facilite a introdução de novas ideias e projectos, fomentar nas pessoas o propósito de mudança e ajudá-la a traduzir este propósito em acções que constituam uma mudança contínua e estável. Isto obriga, também, que o educador para a saúde seja receptivo para escutar as preocupações expressas pela população ou ajudar a estabelecer prioridades nos seus problemas de saúde.

É impensável qualquer agente querer "impôr" qualquer mudança. A mudança permanente só se produzirá quando os próprios indivíduos sentirem a necessidade de algo diferente.

A mudança de atitudes levanta-nos, também, questões análogas. O próprio conceito de *atitude* tem sido objecto de divergências, pela sua diversidade. Nesta diversidade, frequentemente são atribuídos ao conceito de *atitude* dois sentidos: uma atitude motora, considerando-a como *postura, modo de ter o corpo* e uma atitude mental, atribuindo-lhe a *significação de um propósito ou norma de procedimento* (Lima, 1993:167).

As atitudes traduzem-se, assim, na forma de agir e de pensar dos indivíduos, a partir das suas crenças e valores individuais ou grupais. Existem suportadas por crenças, constituindo a sua componente cognitiva e racional.

Apesar das diferentes posições relativas ao conceito de atitude, existem pontos comuns:

- As atitudes referem-se a experiências subjectivas - elas expressam o posicionamento de uma pessoa ou grupo, construído a partir da sua história de vida;
- As atitudes são sempre referidas a um objecto - quando se fala da atitude de um indivíduo ou grupo, refere-se imediatamente a qualquer coisa;
- As atitudes incluem sempre uma dimensão avaliativa (Lima, 1993:169).

Neste contexto, podemos adoptar a definição de *atitude* como *predisposição permanente de um indivíduo para agir em determinado sentido, em função de qualquer coisa* (Montmollin, 1984:171).

Definida assim *atitude*, deve ser encarada como parte da história de vida de cada um e, como consequência disto, ela pode mudar em função das experiências pessoais. Assim, elas *nascem, desaparecem e transformam-se* (Montmollin, 1984:92).

Este autor, citando McGuire (1969), refere que um processo de mudança se traduz numa sequência de etapas que se influenciam reciprocamente:

Atenção e compreensão - Estas duas primeiras etapas correspondem à fase de recepção da mensagem. Para a compreender, o sujeito tem de prestar atenção à mensagem mas, se presta atenção e não a compreende, acaba por não ter efeito.

Só a partir daqui se dá a aceitação do indivíduo, que vai manter-se no tempo - **retenção** - para as traduzir, finalmente, numa mudança de comportamento - **acção**.

Mas esta mudança de atitudes depende de diversos factores, entre os quais merece destaque a comunicação utilizada para levar a essa mudança. Na comunicação podemos identificar elementos e cada um representa um conjunto de outros factores que interferem nas atitudes ou opiniões de quem recebe essa comunicação.

Será vantajoso, por isso, analisar alguns factores relacionados com cada um destes elementos, nomeadamente:

A **fonte** - Isto é, quem comunica, quem expressa e defende a sua opinião. Diversos factores relacionados com esta podem influenciar todo o processo de comunicação, como a sua *credibilidade*. Reconhecemos que nos deixamos persuadir mais facilmente por aqueles que consideramos creíveis, competentes, dignos de confiança.

Segundo os estudos de Hoyland y Weiss (1951) referidos por Montmollin (1984:96), *a mensagem tem maior impacto quando provem de uma fonte percebida como superior em conhecimentos, em instrução, em inteligência, em êxito profissional.*

A **confiança** que inspira a fonte, é outro factor que também influencia este processo. O receptor só estabelece a sua confiança se a fonte lhe parecer objectiva, desinteressada e sem intenção de manipular ou enganar.

A **atração** exercida pela fonte tem, também, uma influência marcante, situando-se aquela no campo afectivo, expressando-se através de uma reacção emocional e um juízo de valor, por parte do receptor em relação à fonte.

A **simpatia** que se sente por uma pessoa conduz à aceitação do ponto de vista que esta defende. Investigações feitas sobre a simpatia, confirmam esta ideia do senso comum: a mensagem proveniente de uma fonte pela qual se sente simpatia, tem um maior impacto (Montmollin, 1984).

A **mensagem**, sendo o elemento central de um processo de comunicação, pode apresentar-se de diversas formas, relativamente ao estilo de linguagem utilizado, à argumentação proporcionada, à conclusão explícita ou implícita, entendendo-se esta como a posição que adopta a fonte a respeito de um problema e o que deduz dos seus argumentos.

O estilo usado na elaboração do conteúdo da mensagem pode ser, também, influenciador. No estilo dever-se-á ter em conta a clareza, simplicidade e a objectividade.

Acabámos de referir alguns princípios, conforme as abordagens de diversos autores que, segundo estes, parecem ser determinantes para a obtenção de resultados satisfatórios de mudanças de comportamentos e atitudes, nomeadamente, no campo da saúde. Sugerem-nos que serão estas mudanças que proporcionarão novos estilos de vida, que se pretendem saudáveis. Mas para uma mudança de estilos de vida, é necessário reconhecer que a saúde depende, grandemente, do ambiente político, social, cultural, económico e físico (OMS, 1985), actuando cada uma destas vertentes no indivíduo como factores facilitadores ou não do bem estar que se pretende, em termos de saúde.

Assim, nesta perspectiva, os estilos de vida são considerados intimamente ligados aos valores, às possibilidades ou condicionamentos práticos de situações culturais, sociais e económicas determinadas. Os efeitos de interacção individual e a aprendizagem social modificam esses estilos de vida e, por sua vez, influenciam o ambiente social e são, também, condicionados por ele.

É sabido que certos sistemas culturais de interacção social, de sistemas simbólicos de orientação dos comportamentos e outros, são adquiridos na infância e reforçados ao longo de toda a vida, reflectindo o modo como cada grupo organiza a sua vida quotidiana na sociedade a que pertence.

Assim, qualquer programa de saúde sobre estilos de vida, para ser eficaz, deverá dirigir-se às influências estruturais que se exercem sobre o comportamento de cada um. Apesar de informados acerca da importância e necessidade de modificação dos estilos de vida, os indivíduos podem não tomar uma decisão, por atitudes tradicionais, uma vez que os comportamentos se foram integrando na vida quotidiana. Deste modo, deverão basear-se nos quadros socioculturais locais e estarem intimamente ligados à formação dos sistemas de valores dos indivíduos, como sugere a Organização Mundial de Saúde (1985:74).

Depois desta breve reflexão sobre alguns conceitos base, mudanças de comportamentos, atitudes e estilos de vida, parece-nos pertinente analisar alguns **modelos de educação para a saúde**.

Na sua prática, habitualmente, os técnicos de saúde utilizam modelos de educação para a saúde que, os mais frequentemente encontrados, se podem classificar de **modelos cognitivos**. Estes pressupõem que a educação para a saúde pretende, fundamentalmente, dizer às pessoas o que é bom para elas, o que elas devem fazer ou não, como podem chegar a tal ou tal resultado e quais podem ser as consequências disso (OMS, 1983:20).

É uma perspectiva cuja tónica é a transmissão de informação pertinente ao público, perfilhando um sistema causal, em que os factores socioculturais e psicológicos desempenham um papel sem importância.

A sua eficácia é considerada limitada, uma vez que incide, apenas, num factor que influencia a modificação do comportamento: o saber. Principalmente nas situações em que o técnico de saúde não imprime um sentido de utilidade, pragmático, à informação que transmite, não levando, por isso, o indivíduo a ter interesse por aquilo que ouve e conseqüentemente, não leva ao desencadeamento do processo intrínseco de motivação, factor fundamental para que qualquer indivíduo tenha um comportamento consciente. Procede-se, assim, a uma lógica que constitui uma determinada inércia relativamente a toda a mudança, levantando questões cada vez mais urgentes sobre a adequação das intervenções de saúde na problemática social. (Deschamps, 1992:6).

Uma melhor compreensão dos processos que têm uma influência positiva ou negativa sobre o funcionamento da pessoa em todas as suas vertentes, é hoje um facto. Surge, assim, a necessidade de estudar a influência da sociedade sobre o comportamento do indivíduo relativamente à saúde. Os valores e normas da colectividade passam a desempenhar um papel de primordial importância na definição da conduta que as pessoas

adoptam perante a doença, a saúde ou perante o tratamento e a prevenção, pois não podemos ignorar que o processo de socialização é um dos mecanismos mais importantes que intervêm na transmissão de certos valores e normas de uma geração a outra.

Podemos, no entanto, falar de outros modelos, como refere Sigaudès (1989), nomeadamente, no de **sensibilização prévia**. É, geralmente, o modelo escolhido quando o alvo da intervenção é a colectividade.

Este modelo começa por uma campanha dita de "sensibilização", geralmente através de um meio de comunicação de massas, tendo por fim fazer tomar consciência aos sujeitos dessa colectividade, que existe um problema de saúde, a interessarem-se por ele e, se for caso disso, incitá-los a procurar, com ajuda de profissionais, a informação necessária a resolvê-lo ou a minorá-lo.

Considera-se ainda o **modelo participativo** que implica a intervenção de uma ou mais pessoas com conhecimentos bastante gerais em domínios não específicos da saúde como a pedagogia, animação, psicologia, sociologia, estatística e outros.

Aqui, o técnico de saúde tem mais um papel de animador, intermediário entre os decisores e o indivíduo ou comunidade. É um modelo que se baseia, por um lado, no conhecimento e percepção das necessidades do indivíduo, das colectividades, por parte do técnico de saúde; por outro, nas necessidades sentidas pelos próprios indivíduos.

Para a sua concretização é fundamental fazer a avaliação dos recursos disponíveis e possíveis, fornecimento de uma tecnologia apropriada e a difusão da informação relativa à tecnologia. Em contrapartida, por parte do indivíduo/colectividade, deverá existir disponibilidade dos recursos, aceitação, compreensão da informação relativa à tecnologia.

Implica, portanto, uma participação efectiva dos indivíduos/comunidade na aquisição de comportamentos favoráveis à saúde.

Por último apresentamos o **modelo comportamentalista**, baseado nas teorias comportamentalistas da Psicologia, que consiste, fundamentalmente, na manipulação dos

factores externos que activam ou reforçam determinado comportamento. Implica a utilização de técnicas especializadas, geralmente por psicólogos.

Considera que toda a actividade humana é composta de resposta a estímulos. A aplicação deste modelo na sua forma mais pura, requer que o comportamento a ser mudado seja de tal maneira que possa ser definido de forma clara, o educador de saúde tenha uma autoridade ética clara para facilitar a mudança e possa exercer um controlo razoável sobre certos factores e contingências do ambiente que envolve o utente dos serviços (Greene e Simons-Morton, 1988:143).

Os mesmos autores consideram que o uso das técnicas de modificação do comportamento têm demonstrado ser uma das estratégias mais eficazes para produzir resultados rápidos, principalmente em situações como deixar de fumar e de controlo do peso.

Independentemente do modelo que se utilize, há um aspecto fundamental que não se pode perder de vista: o sujeito dessa "educação". O sujeito, são ou doente, como pessoa que é, quer ver os seus princípios respeitados, a sua personalidade, com os seus valores, costumes, saberes. Só assim aceitará, facilmente, o técnico de saúde ou aquilo que esse técnico lhe transmite.

Isto obriga, a quem planeia uma sessão de educação para a saúde, desde início, a reflectir se os seus valores, atitudes e crenças, como educador de saúde, são coincidentes com os dos utentes/doentes e como os conjugar, no caso de haver divergências. Mas para chegar a esta situação esclarecida, é necessária uma escolha de informação prévia, indispensável à orientação das situações, de acordo com os interesses dos indivíduos.

Deste modo, há que repensar, também, o papel que vamos adoptar: professor, animador, persuasor ou informador. Esta questão terá a ver, fundamentalmente, com o modelo de prática por que optamos.

Estes aspectos são importantes, também, para a identificação de barreiras sociais (classe social, as linguagens, escolaridade...) e, conseqüentemente, para melhor as ultrapassar.

Desta forma poderá ser mais fácil os indivíduos/comunidades, identificarem os seus próprios problemas e necessidades em termos de saúde e interessarem-se por eles, na sua solução e assumirem acções apropriadas a uma vida sã e a um bem estar de toda a comunidade.

Relativamente às modernas práticas de educação para a saúde, podemos considerar, basicamente, três tipos de factores que assumem a influência no comportamento saudável e na intervenção educacional, segundo Green (1984:184):

Factores predisponentes - que incluem os tradicionais alvos da educação, como os conhecimentos, interesses, compreensão, atitudes e crenças. A característica que define este tipo de factores é a sua força motivacional, antes de se tomar uma decisão em relação a uma acção de saúde.

Factores facilitadores - incluem a destreza e outros recursos requeridos para levar a cabo uma acção.

Este conjunto de factores apela aos métodos educacionais em que estão, geralmente, associados com o treino para construir um repertório de destrezas e um relembrar automático de informação ou reconhecimento dos sintomas requeridos para actuar em ocasiões específicas, em resposta a motivos ou estímulos específicos.

Factores reforçadores - aparecem com maior incidência nos modelos onde as causas do comportamento são, basicamente, sociais. Considera-se, assim, que os factores de reforço mais significativos são os que estão ligados à aprendizagem social.

Assim, os programas mais eficazes serão os que combinam experiências de aprendizagem directa com os três conjuntos de factores que influenciam o comportamento, baseados num diagnóstico educacional das variáveis predominantes em cada tipo de factores. Um comportamento que é altamente motivado e reforçado, será

frustrado se não for, também, facilitado. Um comportamento motivado e facilitado que se confronta com uma punição social ou ridicularizado antes do reforço, não persistirá (Green, 1984).

Apresentámos alguns modelos de educação para a saúde que consideramos revestirem-se de maior sentido prático no dia-a-dia do técnico de saúde. A sua eficácia dependerá, fundamentalmente, da utilização de cada um, tendo em conta cada situação.

Assim, os modelos cognitivos, poderão resultar numa situação em que se pretenda, principalmente, transmitir informação, sem poder exigir que aconteçam modificações significativas nos comportamentos dos indivíduos, uma vez que se privilegia a comunicação unidireccional, educador-educando.

O modelo de sensibilização prévia utilizando, geralmente, os meios de comunicação de massas, procura interessar os indivíduos de uma colectividade pelos seus próprios problemas, de modo a procurarem, também, soluções para eles.

No modelo participativo o técnico de saúde aparece mais como animador, levando as colectividades a perceberem as suas próprias necessidades, implicando uma participação efectiva dos indivíduos.

Por último, o modelo comportamentalista, que se baseia nas teorias comportamentalistas da Psicologia, manipula os factores externos que determinam os comportamentos, exigindo técnicos especializados, nomeadamente psicólogos.

Perante estes modelos, oferecidos em alternativa, há necessidade de reexaminar as abordagens que são postas em prática, hoje em dia, a fim de determinar as que permanecem válidas, abandonar as que já não o são e construir outras, que possam ajudar a atingir o objectivo da saúde para todos.

Para isso é necessário criar condições de formação aos prestadores de cuidados de saúde que lhes permita:

- Assimilar verdadeiramente o que implica uma tecnologia dirigida à população e deixar de se preocupar, unicamente, em prevenir ou combater a doença.

- Facilitar a via da acção (OMS, 1983).

Isto implica, naturalmente, que os programas de formação de base ou pós-base dos diferentes técnicos de saúde, em especial enfermeiros e médicos, sejam elaborados de forma realista, de modo a dar aos formandos a possibilidade de se começarem a formar sobre o terreno e não, unicamente, num quadro de ensino formal.

Só assim a educação para a saúde tenderá a favorecer actividades que levem as pessoas a *querer* estar em boa saúde, a *saber* como preservá-la e a *recorrer* a uma ajuda em caso de necessidade. As novas abordagens deverão responder às aspirações das populações que desejam tomar parte plenamente nas actividades da colectividade (OMS, 1983).

Cada vez mais se verifica, hoje em dia, que os técnicos encaram as suas actividades não como uma construção sobre uma tábua rasa dos utilizadores dos cuidados de saúde, mas como um trabalho de reflexão comum com eles, tendo em conta os diferentes modos de vida (Loux, 1983).

Esta co-responsabilização levar-nos-á a deixar de pensar na saúde para todos mas, antes, na saúde com todos (Carvalho, 1990:152), tornando-se um processo de construção mútua.

1.2 - OS SABERES SOCIAIS DA GRAVIDEZ

Determinar o momento em que o conhecimento, o saber, adquire o estatuto de "social" pode tornar-se tarefa difícil, tanto quanto difícil é separá-lo do conhecimento científico, até porque o primeiro cedo começa a fazer parte da estruturação cognitiva do indivíduo, ao longo do seu desenvolvimento, do seu processo de socialização.

No seio da família, cedo se começa a "aprender coisas" (socialização primária) que vão permitindo sobreviver e interiorizar valores, formas de pensar, crenças, que dão início ao processo de integração social do indivíduo. O leque de conhecimentos cada vez se alarga mais, passando pela situação de escola, formação de grupos -socialização secundária (Barbosa, 1987) - e cada vez há uma maior interpenetração dos diversos saberes, acabando por se tornar difícil distinguir uns de outros. Podemos dizer que se caminha *para uma nova relação entre a ciência e o senso comum* (Santos, 1990b:43), relação em que se estabelece uma simbiose dos saberes, resultando na construção de novos saberes.

Partindo da premissa que *"saber social" é um saber que os indivíduos de uma dada sociedade ou de um grupo social elaboram àcerca de um segmento da sua existência... é uma interpretação que se organiza em relação estreita com o social e que se torna, para os que a ela aderem, a própria realidade* (Laplantine, 1989:278), interessa-nos, neste nosso trabalho, delimitar a abordagem destes saberes, que traduzem segmentos da existência das grávidas, procurando analisar as representações e crenças da gravidez.

1.2.1 - AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Herzlich (1972) atribui a Durkheim a primeira utilização da expressão "representação colectiva", apontando-a já como um objecto de estudo autónomo.

Posteriormente, o termo "colectivo" parece ter passado a ser traduzido por "social", referindo-se a um agregado de pessoas, ligadas pela simples semelhança das suas crenças (Harré, 1989).

O estudo das representações sociais teve um grande desenvolvimento nestes últimos anos, mas não se pode deixar de reconhecer que foi Moscovici em 1961, com a sua obra *La Psychanalyse, son image et son public*, o grande impulsionador.

Este autor (1969), citado por Costa (1992:13), define *representação social* como *um sistema de valores, de noções e de práticas relativas a objectos, aspectos ou dimensões do meio social que permite não só a estabilização do quadro de vida dos indivíduos e dos grupos, mas constitui igualmente um instrumento de orientação da percepção das situações e de elaboração das respostas.*

A representação social assim definida, apresenta-se-nos como algo de fundamental e integrante do processo de desenvolvimento de cada indivíduo pois é, a partir delas, que cada um interage com o mundo que o rodeia traduzindo-se, assim, numa maneira de interpretar e de pensar a realidade quotidiana de cada um, definindo uma forma de conhecimento social. Este conhecimento, como refere Jodelet (1984:360), constitui-se a partir das nossas experiências, de informações, saberes, modelos de pensamento que recebemos e transmitimos pela tradição, educação, comunicação social, pela comunicação que se estabelece entre os grupos, por valores ligados a posições ou pertenças sociais específicas.

Podemos dizer que a representação social acaba por designar uma forma específica de conhecimento, o "saber de senso comum", cujos conteúdos manifestam a

força de um processo gerador e funcional socialmente marcantes, porque determina uma dinâmica própria das relações dentro dos grupos e das sociedades.

Parece, assim, que o conhecimento científico e o conhecimento do senso comum se interpenetram, tornando-se difícil estabelecer a sua distinção hierárquica (Santos, 1990a). Estamos perante uma maneira de interpretar e de pensar a nossa realidade quotidiana, uma forma de conhecimento social. Aqui o social intervém pelo contexto concreto onde estão situadas pessoas e grupos, pela comunicação que se estabelece entre eles, pelos quadros de apreensão que fornecem a sua bagagem cultural, pelos códigos, valores e ideologias ligadas às posições ou pertenças sociais específicas (Jodelet, 1984).

Esta abordagem introduz-nos numa perspectiva em que o conhecimento é, em grande parte, auto-conhecimento, dando relevância às trajectórias de vida, pessoais e colectivas e os valores, as crenças que cada um interiorizou, que são a prova íntima desse conhecimento.

Segundo Santos (1990a:55), *todo o conhecimento científico visa constituir-se em senso comum*, pois reconhece-se que este tem algumas virtualidades para enriquecer a nossa relação com o mundo. Ainda segundo o mesmo autor, *o senso comum é prático e pragmático, reproduz-se colado às trajectórias e às experiências de vida de um dado grupo social*. (1990a:56)

É, assim, objecto de um processo de reprodução no quotidiano da vida, revestindo-se de um certo carácter conservador, de preservação, embora interpenetrado pelo conhecimento científico.

A própria ciência tira, muitas vezes, as suas premissas do senso comum, baseia-se nele, de tal forma que *agora o senso comum é a ciência tornada comum* (Moscovici, 1983, citado por Farr, 1984:388). Desta forma, a representação social é reconhecida como uma forma de pensamento social, de saber, integrando-se numa organização psicológica particular e desempenhando uma função específica.

O seu carácter social define-se, por um lado, pela sua contribuição na definição de um grupo social na sua especificidade, ao mesmo tempo que é, ela própria, um dos seus atributos essenciais. Por outro lado, define-se pelo facto de ela ser um dos instrumentos, graças ao qual, o indivíduo ou o grupo, apreende o seu ambiente, estabelece as suas comunicações e define as suas condutas sociais.

Vemos assim que, ao considerarmos a representação social como saber do senso comum, lhe atribuímos uma importância fundamental na construção e controle da dinâmica do saber social.

A formação das representações é uma das questões que se nos levantam e, por isso, consideramos vantajoso apresentar algumas reflexões.

Podemos considerar que um dos grandes marcos na explicação da formação das representações foram os trabalhos de Piaget (1945).

Este situa a origem da representação na continuidade do desenvolvimento sensorio-motor da criança, quando explica o surgimento da função simbólica como geradora da representação que consiste em poder representar alguma coisa por meio de um significante diferenciado: linguagem, imagem mental, gesto simbólico, etc.

No entanto, em Piaget, a representação é um fenómeno basicamente cognitivo, portanto, uma representação mental, descurando a influência do meio (Lauwe, 1989).

Segundo este mesmo autor, Wallon (1942) atribui à interação entre o indivíduo e o social uma importância primordial, considerando a representação como um processo de mediação entre o sujeito e o mundo. Pode dizer-se que a sua concepção do desenvolvimento da criança é caracterizada pela ligação entre o social e o individual e o comportamento da criança é condicionado pela realidade material, os costumes, a linguagem, numa visão unificante da personalidade, onde individualização e socialização caminham a par.

As representações mentais e as representações sociais formam, assim, um todo que contribui para a socialização da criança e para a formação da sua personalidade, da sua própria imagem.

O papel e a origem da representação são compreendidas através da maneira como uma sociedade fala de um objecto, de uma categoria social, como a percebe, a define, que modelos propõe.

Estruturando-se profundamente a personalidade da criança durante a infância, o indivíduo vai re-socializando-se de acordo com as transformações materiais e ideológicas da sociedade em que vive e também de acordo com a entrada nos novos papéis, segundo as idades e os acontecimentos que vão constituindo a sua história individual. Deste modo, justifica-se reconhecer a representação social como elemento integrante do processo de socialização de cada indivíduo, manifestando-se como um produto socio-cultural, pois *a cultura e a sociedade encontram-se em cada indivíduo e cada indivíduo está integrado na organização social* (Rocher, 1979:7).

Entendendo a socialização como o *processo pelo qual, ao longo da vida a pessoa humana aprende e interioriza os elementos socio-culturais do seu meio, os integra na estrutura da sua personalidade sob a influência de experiências de agentes sociais significativos e se adaptam assim ao ambiente social em que se deve viver* (Rocher, 1979:12), constata-se que a socialização encerra um conjunto de elementos, dos quais se podem destacar: a cultura, a sociedade, a personalidade. Em continuidade desta ideia, podemos dizer que a socialização é o processo de aquisição de maneiras de pensar, sentir e agir, características de um grupo, de uma sociedade.

A aquisição da cultura, isto é, *todo o património de artefactos materiais ou espirituais em que o Homem se movimenta e de que se serve para satisfazer as suas necessidades físicas, fisiológicas e espirituais, que recebeu dos seus antepassados ou que acrescentou, modificou, transformou ou inventou e que transmite* (Lima, 1982:38), começa muito cedo.

Este processo de consciente ou inconsciente condicionamento que se efectua dentro dos limites sancionados por determinado aspecto de costume, pode chamar-se *endoculturação* (Herskovits, 1975).

Se, por um lado, a endoculturação do indivíduo nos primeiros anos da sua vida é o mecanismo dominante para a formação da sua estabilidade, por outro, nos adultos é muito importante na produção da mudança, tendo em conta a vertente dinâmica, explicita no conceito apresentado, de modificação, transformação.

Todos sabemos que os conceitos, conteúdos, produtos culturais não são transmitidos geneticamente. Ao nascer, cada criança tem necessidade de iniciar um processo de aprendizagem da cultura do grupo a que pertence. Cedo ela sente o impacto da cultura: na maneira como vem ao mundo (a posição da mãe no momento do parto), como lhe cortam o cordão umbilical, como é lavada ou vestida (Titiev, 1982:272). À medida que vai crescendo, vai aceitando, interiorizando os valores culturais e age conforme esses mesmos valores.

Vemos, assim, que elementos da sociedade e da cultura se tornam parte integrante da personalidade não sendo possível, no entanto, determinar que parte da cultura ou do sistema social é integrada. Isto varia de pessoa para pessoa, sendo certo que, uma vez integrados, se tornam obrigação moral, regra, maneira de pensar, sentir e agir, de uma forma que parece natural.

A adaptação ao ambiente social, como refere Rocher (1979:16), é a consequência principal da socialização, traduzindo-se num certo sentimento de pertença ao seu meio, à sua família, ao grupo, à empresa, religião, na medida em que reconhece que faz parte deles e tem aí o seu lugar. Este "pertencer" implica partilhar com os outros membros um certo número de ideias, traços comuns para que haja reconhecimento do *nós* - nós da escola; nós, os homens; nós, as mulheres - de modo a identificarmo-nos com os outros, enquanto elementos do mesmo grupo.

Pelo que ficou exposto, parece-nos poder afirmar que não podemos entender as representações (mentais ou sociais) desinseridas do processo de socialização de qualquer indivíduo e, sendo assim, elas acabam por resultar num produto socio-cultural, não esquecendo que as representações mentais são influenciadas pelo social e as sociais são uma elaboração mental.

Esta maneira de encarar as representações implica aceitá-las como parte integrante de cada história de vida que, por sua vez, vão determinar parte dessa mesma história.

Mas até que ponto podemos aceitar *uma história de vida* social? Procurámos já justificar esta legitimidade. Se é certo que podemos dizer que cada um tem a *sua história*, também é certo que cada uma das histórias pessoais têm pontos comuns aos outros elementos do grupo de pertença, da sociedade de que faz parte, pois cada história acaba por resultar daquilo que o indivíduo recebeu desse grupo, dessa sociedade. Há, portanto, elementos universais em cada história. *Toda a vida humana se revela, até nos aspectos menos generalizáveis, como a síntese vertical de uma história social. Todo o comportamento ou acto individual nos parece, até nas formas mais únicas, a síntese horizontal de uma estrutura social* (Ferrarotti, 1988:26). E acrescenta o mesmo autor: *... o nosso sistema social encontra-se integralmente em cada um dos nossos actos, em cada um dos nossos sonhos, delírios, obras, comportamentos. E a história deste sistema está contida, por inteiro, na história da nossa vida individual.*

Nesta perspectiva, parece legítimo procurarmos ler uma sociedade através de uma história de vida, dando força de conhecimento científico a um conhecimento do senso comum. Como já o dissémos e reconhecemos, *todo o acto individual é uma totalização sintética de um sistema social* (Ferrarotti, 1988:27).

Como consequência disso, toda a narrativa biográfica leva a uma desestruturação-estruturação sintética de um acto ou de uma história individual. Sendo assim, fornece-nos uma imagem totalizada de um sistema social, a partir do espaço social

onde se esboça a sociabilidade e se elabora a acção social (Ferrarotti, 1988:28). Assim, não podemos encarar a representação social como uma mera reprodução mas, fundamentalmente, como uma construção.

Na bibliografia consultada estão explícitas algumas teorias explicativas da formação das representações sociais que passamos a referir, de uma forma sintética.

Jodelet (1984:365) apresenta-nos seis abordagens explicativas da formação das representações sociais, a que podemos chamar "teorias" e que passamos a sintetisar:

Uma primeira abordagem que se interessa pela actividade puramente cognitiva, através da qual o sujeito constroi a sua representação.

Considera que uma representação social é reproduzida em duas dimensões:

Uma dimensão de contexto - quando o sujeito está em situação de interacção ou face a um estímulo social, a representação aparece como um caso de cognição social, tal como a aborda a Psicologia Social.

Uma dimensão de pertença - o sujeito, sendo um sujeito social, faz intervir na sua elaboração das ideias, valores e modelos que ele tem do seu grupo de pertença ou das ideologias veiculadas na sociedade.

Outra abordagem põe a sua tónica nos aspectos significantes da actividade representativa. O sujeito é considerado como produto de significados, exprime na sua representação o significado que dá à sua experiência no mundo social.

O carácter social da representação deriva da utilização de sistemas de códigos e da interpretação dada pela sociedade ou da projecção de valores e de aspirações sociais. Neste sentido, a representação é também considerada como a expressão de uma sociedade.

Quando ela diz respeito a sujeitos que pertencem a uma mesma condição ou uma mesma experiência social, a representação é, muitas vezes, reportada a uma dinâmica que faz intervir o imaginário.

Uma terceira corrente trata a representação como uma forma de discurso e faz resultar as suas características da prática discursiva de sujeitos socialmente situados.

As suas propriedades sociais derivam da situação de comunicação, da pertença social dos sujeitos que falam, da finalidade dos seus discursos.

Numa outra abordagem é tida em consideração a prática social do sujeito.

O sujeito, actor social, inscrito numa posição ou num lugar social, produz uma representação que reflete as normas institucionais, resultando da sua posição ou das ideologias ligadas ao lugar que ocupa.

Um outro ponto de vista, diz que o jogo das relações intergrupais determina a dinâmica das representações.

O desenvolvimento das interacções entre os grupos modifica as representações que os membros têm deles mesmos, do seu grupo, dos outros e dos seus membros. Mobiliza uma actividade representativa destinada a regular, antecipar e justificar as relações sociais que assim se estabelecem.

Por último, uma perspectiva mais sociologizante, fazendo do sujeito o portador de determinações sociais, baseia a actividade representativa na reprodução de esquemas de pensamento socialmente estabelecidos, de visões estruturadas pelas ideologias dominantes ou na reduplicação analógica de referências sociais.

Estas abordagens colocam-nos uma dupla questão que está na base de qualquer teoria psicosociológica: como é que o social intervém na elaboração psicológica que constitui a representação social e como é que esta elaboração psicológica intervém no social.

A esta dupla questão aparece Moscovici, citado por Jodelet (1984:367), a dar resposta pondo em evidência a maneira como o social transforma um conhecimento em representação (objectivação) e a maneira pela qual esta representação transforma o social (a ancoragem).

Estes são os dois processos que dizem respeito à elaboração e ao funcionamento de uma representação social, intrinsecamente ligados.

A **objectivação** - "diz respeito à forma como se organizam os elementos constituintes da representação e ao percurso através do qual tais elementos adquirem materialidade e se formam expressões de uma realidade vista como natural" (Vala, 1993:360).

Neste processo, a intervenção do social traduz-se no arranjo e na forma dos conhecimentos relativos ao objecto de uma representação. Articula-se com uma característica do pensamento social, a propriedade de tornar concreto o abstracto, de materializar a palavra.

É a objectivação que transforma em imagens noções abstractas, dá uma textura material às ideias, faz corresponder coisas às palavras, dá corpo a esquemas conceptuais.

Neste percurso consideram-se três momentos. No primeiro, as informações, crenças e ideias acerca do objecto da representação sofrem um processo de selecção e descontextualização, de modo a que se forme um todo relativamente coerente, levando a que apenas uma parte da informação disponível acerca do objecto seja útil (Vala, 1993:360).

Assim, os elementos de uma mensagem sofrem modificações, começando por ser objecto de *redução*, de forma a torná-la mais breve e precisa. Esta redução é acompanhada de uma *acentuação*, isto é, se certos elementos são esquecidos, outros são desenvolvidos e tomados nucleares na nova mensagem, sendo a redução e a acentuação processos de selecção.

A segunda etapa da objectivação corresponde à *organização dos elementos*, à sua *esquematização estruturante*. As noções básicas que constituem uma representação encontram-se organizadas por forma a constituírem um padrão de relações estruturadas.

A *naturalização* constitui a última etapa do processo de objectivação. Os conceitos retidos no esquema figurativo e as relações constituem-se como categorias *naturais* e adquirem materialidade. "Não só o abstracto se torna concreto através da sua expressão em imagens e metáforas, como o que era percepção se torna realidade, tornando equivalentes a realidade e os conceitos" (Vala, 1993:361).

A objectivação apresenta-se, assim, com uma tripla característica de construção selectiva, esquematização estrutural e naturalização.

A *ancoragem* - Consiste na incorporação do estranho numa rede de categorias mais familiares (Doise, 1989:224) e refere-se ao facto de qualquer tratamento da informação exigir pontos de referência. É por referência a experiências e esquemas de pensamentos já estabelecidos que o objecto em questão vai ser pensado (Vala, 1993:362).

Se a objectivação explica como os elementos representados de uma teoria se integram enquanto termos da realidade, a ancoragem permite compreender a forma como eles contribuem para exprimir e constituir as relações sociais.

(Moscovici, 1961, citado por Vala, 1993:362)

Comporta, no entanto, um aspecto que, no domínio das representações e dos processos cognitivos, é de toda a importância pois diz respeito à integração cognitiva do objecto representado no sistema de pensamento pré-existente e às transformações que aparecem. Não intervem, como na objectivação, na constituição formal de um conhecimento, mas na sua inserção orgânica num pensamento constituído.

Mais complexo e fundamental do que possa parecer, este processo, situado numa relação dialéctica com a objectivação, articula as três funções de base da representação: função cognitiva de integração da inovação; função de interpretação da realidade; função de orientação das condutas e das referências sociais.

Teoria do núcleo central

Esta teoria, apresentada por Abric (1989:197), articula-se em torno de uma hipótese geral: *"toda a representação é organizada à volta de um núcleo central"*.

Este núcleo central é o elemento fundamental da representação, porque é ele que determina, muitas vezes, a significação e a organização da representação.

O núcleo central ou núcleo estruturante de uma representação assegura duas funções essenciais:

Uma função geradora - é o elemento pelo qual se cria ou se transforma a significação dos outros elementos constitutivos da representação.

Uma função organizadora - é o núcleo central que determina a natureza das ligações que unem, entre eles, os elementos da representação. É, neste sentido, o elemento unificador e estabilizador da representação.

O núcleo central da representação é determinado, por um lado, pela natureza do objecto apresentado, por outro, pela relação que o sujeito estabelece com este objecto.

Mais precisamente, é a finalidade da situação na qual é produzida a representação que vai determinar o ou os elementos centrais (Abric, 1989).

Este núcleo é um sub-conjunto da representação, composto por um ou alguns elementos, cuja ausência desestruturaria ou daria uma significação radicalmente diferente à representação no seu conjunto. É, além disso, o elemento mais estável da representação, o que resiste mais à mudança.

Uma representação é, portanto, susceptível de evoluir e de se transformar superficialmente por uma mudança do sentido ou da natureza dos seus elementos periféricos.

Apresentadas algumas teorias explicativas, vejamos agora algumas hipóteses de estudo das representações sociais.

O estudo das representações sociais situa-se no campo de estudo das diversas modalidades de interacção do homem na sociedade. Introduz-nos no estudo dos modos de conhecimento e dos processos simbólicos na sua relação com as condutas, inscrevendo-se na problemática das ligações do campo psicológico com o campo social.

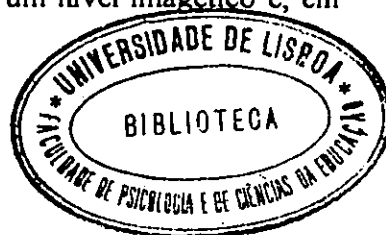
Geralmente situa-se no estudo de uma modalidade de conhecimento particular, na expressão específica de um pensamento social. Mas enquanto modalidade de conhecimento, a representação social implica, primeiramente, uma actividade de reprodução das propriedades de um objecto, efectuando-se a um nível concreto, frequentemente metafórico e organizado à volta de uma significação central. No entanto, esta reprodução não é o reflexo de uma realidade externa perfeitamente acabada, mas uma remodelação, uma verdadeira construção mental do objecto, concebido como não separável da actividade simbólica de um sujeito.

Qualquer estudo da representação passará, sobretudo, por uma análise das características ligadas ao factor de que ela é uma forma de conhecimento (Jodelet, 1989).

Segundo Moscovici citado por Herzlich (1972:310), uma representação social, seja qual for a natureza exacta dos seus elementos constituintes, é analisável segundo várias dimensões:

Informação - remete para o conjunto dos conhecimentos que se possuem acerca de um objecto, sua quantidade e qualidade (mais ou menos estereotipada, banal ou original, por exemplo).

Campo de representação - exprime, primeiramente, a ideia de uma organização do conteúdo: há "campo de representação onde há unidade hierarquizada de elementos", mas também o carácter mais ou menos "rico" deste conteúdo, as propriedades propriamente qualitativas, imagéticas, da representação. Neste sentido, o campo de representação supõe um mínimo de informação que integra a um nível imagético e, em troca, contribui para a organizar.



A atitude - Exprime a orientação geral, positiva ou negativa, em face do objecto da representação.

O facto importante parece ser que a atitude se manifesta como uma dimensão mais primitiva que as outras duas, no sentido em que ela pode existir no caso de uma informação reduzida e de um campo de representação pouco organizado.

Moscovici diz que a atitude é, no caso da representação social, a dimensão "geneticamente primária". No entanto, é preciso ver as características das condições de emergência de uma representação social - em particular, exigências de consensos, tomada de posição, de acção de um grupo social (Herzlich, 1972:311).

Com esta abordagem genérica sobre representações sociais, pretendemos compreender e analisar uma dimensão mais específica que é a representação social da gravidez. Não encontramos estudos específicos sobre este assunto, pelo que se tornará difícil concretizar a nossa pretensão.

Podemos definir gravidez como um *estado fisiológico da mulher durante o desenvolvimento do produto da concepção, isto é, desde a fecundação do óvulo, na trompa, ao parto* (Soc. de Língua Portuguesa, 1989:494).

A atitude da mulher perante este estado de alteração fisiológica do seu corpo, bem como perante a maternidade, pode ser diversa existindo, no entanto, sempre uma grande carga de sentimento, por vezes não exteriorizado a um nível consciente.

A ideia da gravidez e da maternidade aparece no início da adolescência e faz parte da carga emocional que o ambiente nos transmite (Mendes, 1991).

Se este período de gravidez pode ser encarado numa perspectiva de bem estar, satisfação, também pode na nossa sociedade, devido a vários factores, *ser uma época de solidão* (Kitzinger, 1978:77) ou ainda uma situação muito susceptível, se for considerada gravidez de alto risco, *em que existe um factor - materno ou fetal - que afectará adversamente o resultado da gravidez* (Queenan, 1987:XIX). Daí que Cordeiro

(1987:56) refira que, fundamentalmente, sejam duas as perspectivas de diversos autores encararem a gravidez:

A gravidez como uma fase de desenvolvimento, em que a maternidade desempenha um papel relevante na personalidade da mulher, preparando-a para os cuidados maternos, completando a sua maturação no plano fisiológico e psicológico.

A gravidez como obstáculo a vencer, que corresponderia a uma espécie de doença, podendo apresentar mudanças transitórias e conduzir à desorganização e a reacções patológicas em personalidades frágeis.

Considerando o que se disse anteriormente, poder-se-á dizer que, na situação de gravidez, haverá propensão à aquisição de novos padrões de comportamento, em função da representação que se construiu dela. Logo que a mulher tem conhecimento de que está grávida, passa a ser olhada por ela própria e pela sociedade de uma forma diferente. Desde uma nova definição de papeis e conseqüente adaptação a eles (mudanças corporais, emocionais e económico-sociais), à concepção de direitos e responsabilidades, por parte da sociedade, que se vão reflectir no seu dia a dia, levando-a a uma aprendizagem de comportamentos como grávida, o que vai influenciar a vivência da própria gravidez e a atitude durante o parto (Vieira, 1988).

Vai-se tornando, assim, importante no seu comportamento, a sua imagem corporal e a sua imagem social.

Pelo exposto, parece-nos poder estabelecer um raciocínio acerca da representação social da gravidez, de que esta passará por uma visão triangular, entre representação de saúde, de doença e representação do corpo, consoante os diferentes sistemas de referência.

A representação social da saúde e da doença não pode ser encarada nem estudada de uma forma linear, pois a sua construção depende de como o *conjunto de valores, de normas sociais e modelos culturais é pensado pelos indivíduos da nossa sociedade* (Herzlich, 1984:13-14). Neste sentido, é fundamental estudar como se

elabora e estrutura, lógica e psicologicamente a imagem destes objectos sociais, aproximando-nos da *imagem que cada um faz do real, a sua organização e o seu sentido* (Herzlich, 1984:14), levando-nos a admitir a existência de *Saúdes* e não *saúde*.

Segundo esta autora, o seu conteúdo estrutura-se de acordo com três dimensões que nos permitem estabelecer uma hierarquia das formas de saúde:

- *Saúde - espaço desocupado, vazio* - quando se considera a saúde como ausência de doença.

- *Base da saúde* - considerada como a robustez, força, resistência às doenças.
- *Equilíbrio* - cobrindo todo o campo da vida do indivíduo, do orgânico ao psico-social, traduz-se no bem - estar psicológico, bom humor, bem estar físico, actividade, boas relações com os outros.

Esta última dimensão aproxima-se, basicamente, do conceito de saúde desenvolvido na parte I, considerando as diversas vertentes que dizem respeito ao indivíduo, na sua globalidade, ao contrário das outras duas, que apresentam um sentido reducionista do próprio conceito de saúde.

A díade saúde e doença é sempre pensada *em correlação com um outro par de noções: o indivíduo e a sociedade* (Herzlich, 1984:121). A representação organiza-se a partir destes quatro termos e das suas inter-relações e, assim, segundo o mesmo autor (p.121), *o conflito entre o indivíduo e a sociedade actualiza-se nos estados de saúde e de doença se, necessariamente, perfilharmos uma concepção de saúde no sentido da dimensão de equilíbrio, atrás referida.*

Ainda segundo Herzlich (1984:140-157), o indivíduo exprime a sua referência à doença de acordo com três ideias fundamentais:

- *A doença destruidora*, apresentando como essência a inactividade, com as suas implicações, desde o abandono do papel profissional e familiar, à emergência de problemas financeiros, à exclusão do grupo, com um sentido comum que é a

dessocialização do doente. Há, realmente, a destruição dos laços com os outros, a exclusão, a solidão.

- *A doença libertadora* - também começa pela inactividade, mas o sujeito sente-a como o alívio das cargas que pesam sobre ele, como a possibilidade de abandono de algumas responsabilidades, como a rotura do ritmo quotidiano e das obrigações sociais. Neste caso, em vez de ser destruído, o doente encontra possibilidades de vida e de liberdade.

- *A doença-profissão* - o termo *profissão* não tem aqui o significado que lhe é geralmente atribuído. Neste caso, este termo traduz a função de lutar contra a doença: prepara-se e aprende-se, exigindo do doente uma conduta que o conserve orgânica e psicologicamente activo.

A abordagem da representação social do corpo humano parece difícil *sem a ligar à evolução da medicina ocidental, centrada no tratamento do corpo, tomado como objecto físico à custa da sua dimensão social* (Farr, 1984:500).

No entanto, *o corpo é o eixo da nossa relação com o mundo* (Le Breton, 1988:19), expressando a sua existência através do mover-se, do transformar o seu ambiente através de gestos aprendidos, da atribuição de uma significação aos dados oferecidos pela realidade, pelas suas capacidades perceptivas.

Todas as acções no nosso dia a dia, mesmo as mais simples e menos significativas, implicam a intervenção do corpo, produzindo continuamente significados e, ao fazê-lo, ele insere o homem no interior de um determinado espaço social e cultural.

O corpo torna-se, assim, o suporte material de todas as práticas sociais e toda a relação com o mundo implica a sua mediação (Le Breton, 1988:21).

Partindo de simples organização biológica, *transforma-se, progressivamente, no referente material do próprio conceito ou imagem de si: eu tenho um corpo. Ele é objecto social, um objecto público, no sentido em que as representações que dele temos*

são socialmente construídas e partilhadas (Alferes, 1987:212). Ele existe enquanto fenómeno social graças ao efeito conjugado da educação que recebeu e das identificações que levaram a assimilar os comportamentos da sua sociedade sendo, assim, essencialmente um produto social (Le Breton, 1988).

Independentemente das concepções ou representações do corpo surge, na nossa cultura, um ponto de convergência, que parece ser a unidade susceptível de maior consenso: *é no corpo que se dão as doenças, é sobre ele que a medicina se debruça*. (Bastos, 1987:228), independentemente do tipo de sociedade ou classe social.

A representação da gravidez poderá passar, assim, pelas três dimensões referidas, consoante é percebida como um estado de saúde, de doença ou, fundamentalmente, uma transformação do corpo.

1.2.2 - AS CRENÇAS

Ao longo dos tempos, à saúde e à doença, sempre se ligaram forças transcendentais, divindades, poderes, que se traduzem nas mais diversas "crenças".

No sentido mais simples, podemos entender *crença* como *opiniões que se adoptam com a fé e convicção* (Sociedade de Língua Portuguesa, 1989:534). Mas, para adoptarmos uma opinião implica, primeiro, existir o objecto sobre o qual recai essa opinião e, depois, uma *atitude* pessoal para a adoptar. Neste sentido, toda a crença tem um conteúdo, geralmente narrativo, a que chamamos *mito*.

Se entendermos este no seu sentido mais simples, etimológico, como *palavra expressa* (Machado, 1976:1587), ele aponta-nos para dois aspectos diferentes, mas igualmente importantes, como nos refere Lima (1982:138): por um lado, define-se como um conjunto de narrativas orais, anónimas, transmitidas de geração em geração. Por

outro, pode considerar-se como uma verdadeira linguagem a preservar. Neste sentido, ele pode ser a explicação ou justificação de uma prática social ou cultural revestindo, ao mesmo tempo, o sentido de projecto, como elemento aglutinador de forças sociais, que levam a práticas sociais desejáveis para todos ou quase todos os membros de uma sociedade.

Na sua essência, o **mito** é uma *história* narrada em que o seu autor, criador, se perde no tempo, pelo que, por vezes, lhe é atribuída uma origem sobrenatural.

É claro que todo o mito foi "imaginado" e relatado uma primeira vez por alguém mas, para adquirir a feição mítica teve, obrigatoriamente, de deixar de ser referível a alguém, ao mesmo tempo que se despojou de toda a subjectividade do seu primeiro autor.

Assim ele torna-se *ilógico, inverosímil ou impossível, talvez imoral e de qualquer modo falso, mas ao mesmo tempo compulsivo, fascinante, profundo e digno, quando não mesmo sagrado* (Burkert, 1991:15).

É, talvez, por este sentido, ~~por um lado paradoxal~~, por outro enigmático, ainda hoje respeitável, traduzindo-se em narrativas tradicionais, tão do agrado de novos e velhos, mas que acaba por ter um papel regulador, relativamente a determinadas atitudes e comportamentos. *O mito dá gosto a quem o escuta, encanta, seduz, reencontramo-nos nele, encontramos nele numa comunidade afectiva que pode ocultar as diferenças culturais* (Copans, 1979: 195).

Embora o mito não exista na sua forma pura, ele tem como alvo a realidade, utilizando a metáfora para se referir a ela. Poder-se-ia dizer, assim, que seria dotado de sentido e de verdade, desde que compreendido como *falar de algo diferente*, como encobrindo uma outra mensagem sobre um domínio inteiramente susceptível de ser experimentado e descrito (Burkert, 1991:19).

No entanto o mito, em si, não tem qualquer finalidade explicativa. Ele é, sobretudo, o objecto perante o qual cada indivíduo toma uma atitude - a crença no seu

conteúdo. Assim, ele determina um certo número de comportamentos e de relações sociais, cujo valor pragmático está no **rito** (Akoun, 1972:392).

O **rito** é, assim, um comportamento social mais ou menos estereotipado, determinado pela atitude em relação ao conteúdo de um mito.

É relativamente fácil reconhecer o **mito** no nosso quotidiano, pois toda a gente conserva recordações de infância, pelas histórias transmitidas de geração em geração. Mas a tentativa de explicação das suas causas, de análise do seu mecanismo, de descrição do seu funcionamento, dispersa-se e dissolve-se rapidamente (Copans, 1971).

A adesão ao mito ou à crença poderá ser determinada por diversos factores, mas a forma e a força atribuída na sua transmissão cultural terá, certamente, bastante influência. O medo gerado quando acontece essa transmissão, em consequência do respeito ou não por determinado ritual, pode ser determinante, principalmente nos episódios críticos do ciclo vital do Homem, como a doença.

Outro episódio sensível a este tipo de aderências é a gravidez, tendo em vista a protecção quer da grávida, quer do feto.

Perdem-se nos séculos da História as práticas e princípios de protecção à mulher grávida, que se vão transmitindo de geração em geração, sob a forma de histórias, mitos, crenças e sabemos que *as crenças não são fantasmagóricas sem ligação ao campo social, elas são dotadas de um imenso poder de acção* (Le Breton, 1988: 188).

Já no antigo testamento se encontram referências a elas: *Se no decurso de uma alteração entre homens, um deles for de encontro a uma mulher grávida e se ela der à luz sem outras complicações, o culpado ficará sujeito à indemnização imposta pelo marido da mulher ...* (Êxodo, 21, 22).

Na antiga Grécia, a casa da mulher grávida era considerada um *lugar de asilo inviolável*. Em Esparta, procurava-se que a grávida não assistisse a espectáculos de lutas ou outras situações violentas, para não lhe causarem "impressão" (Barbaut, 1991).

No povo Romano as mulheres grávidas *não eram obrigadas a afastarem-se quando passavam os magistrados*, para não correrem o risco de queda, que poderia ser prejudicial ao seu estado. Nos últimos meses de gravidez, usa roupas largas, para não prejudicar o desenvolvimento do feto, para não correr o risco de o comprimir. Por isso, não devia usar anéis, pulseiras, laços, que seriam sinal de fecho e aperto, nem devia dar nós ou laços (Barbaut, 1991:115).

Estas proibições não têm outro fim, se não o de proteger o feto.

Assim era dada já uma importância primordial ao bem estar da grávida, quer físico, quer emocional. Consequentemente, muitas vezes, passa a ser superprotegida e torna-se o alvo das mais diversas medidas preventivas. Muitas destas medidas, interdições ou prescrições, subsistem nos nossos dias, umas sob a forma de mitos ou crenças, revestindo-se de uma linguagem metafórica ou através de simples conselhos, com o intuito de proteger o desenvolvimento do feto.

Baseados na bibliografia consultada, poderemos agrupar estas crenças da gravidez em três categorias:

- Relativas à pré-determinação ou adivinhação do sexo do bebé
- Relativas a interdições
- Relativas a prescrições.

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

Prever o sexo do bebé e construí-lo, na procura da concretização de um desejo dos progenitores, por vezes, constituem duas situações que, embora reais, são difíceis de distinguir. Na bibliografia consultada sobre este assunto, somos postos perante elas frequentemente, pelas descrições de determinados procedimentos recomendados.

Por um lado, o imaginário sobre o sexo do bebé começa, desde muito cedo, a ser construído pela grávida, baseado em influências familiares, sociais, culturais e que,

difícilmente, a grávida as confessa. A sua preferência, embora não verbalizada, pode ir, por exemplo, para uma menina, que ficaria mais junto da mãe e a ajudaria nos seus trabalhos quotidianos (Loux, 1983:135). Ou então, o primeiro filho deverá ser sempre do sexo masculino, em função de um modelo familiar tradicional, em que o filho varão tomará os destinos da tradição e assumirá um papel protector dos restantes membros da família.

Encontramos, ainda, procedimentos que terão mais a ver com a interferência na modificação e controle do sexo do bebé que se está a desenvolver do que, propriamente, com a sua adivinhação. Podemos referir, a título de exemplo, o comer produtos picantes (muito condimentados) favorece o aparecimento de um rapaz (Loux, 1983:135), ou o que se passa nalgumas sociedades "primitivas" que, se a mulher grávida quiser dar à luz um rapaz, deve abster-se de todo o trabalho feminino; ou então traz consigo uma zagaia ou um arco; se quer uma rapariga, traz sempre consigo um fuso (Barbaut, 1991).

Estará implícita a influência deste tipo de procedimentos na construção, determinação do sexo e não na sua "adivinhação".

Comprar tudo cor de rosa porque isso convence a criança que está dentro da barriga a ser menina (Rosendo, 1992:24), parece ser, entre nós uma prática relativamente frequente.

As referências a procedimentos de predição do sexo perdem-se na antiguidade. Já num papiro do Egipto de 2200 anos a.c. relaciona-se o aspecto da mulher grávida com o sexo do feto (Matos, 1993:64).

Também o *Talmud* aconselha a colocar a cama do casal na direcção Norte-Sul para haver um incremento de filhos machos. Ou, *se se deseja um rapaz, é preciso esperar que a mulher deseje ardentemente o seu esposo; se se pretender uma filha, pelo contrário, é preciso que o homem, violentamente excitado, tome de improviso a sua mulher e a ame, por assim dizer, contra a vontade dela* (Barbaut, 1991:30).

Parménides de Eleia, filósofo Grego (540-450 a.c.) já considerava que à direita, no ventre fecundo, se desenvolviam os rapazes; à esquerda, as raparigas.

Hipócrates (377 a.c.), considerado o pai da medicina, sustenta que o rapaz se mexe mais cedo que a rapariga (Barbaut, 1991).

Anaxágoras (500-425 a.c.) pensador, considerava também a metade direita do corpo como determinante. Preconizava que, *se o casal tivesse relações com o marido deitado para o lado direito e a mulher permanecesse, também, deitada, para o lado direito, após a relação, a fertilização ocorreria por fusão de humores vindos do testículo direito e do lado direito da mulher e, nesse caso, a criança seria, sem dúvida, um rapaz* (Matos, 1993:64).

A crença nesta prática enraizou-se de tal forma em França nos séc. XVIII e XIX que apareceram obras, verdadeiros êxitos de livraria, como *A Arte de fazer rapazes* ou *A Arte de procriar rapazes ou raparigas à vontade*.⁴

Mas a força desta crença não ficou só por aqui. Houve até casos de nobres franceses que se deixaram persuadir a fazer hemicastração, removendo o testículo esquerdo, a fim de gerarem, apenas, herdeiros do sexo masculino (Matos, 1993). Eram os próprios médicos a aconselharem os homens que desejassem ter filhos rapazes que atassem o testículo esquerdo, tanto quanto pudessem aguentar (Barbaut, 1991).

Segundo este mesmo autor, a partir dos trabalhos de Avicena (célebre médico iraniano do séc. XI), difundiu-se, também, a crença de que a criança concebida no decurso do período da Lua Nova será do sexo masculino, ao passo que a mulher que se acasala com o seu marido no último quarto de Lua, dará à luz uma rapariga.

Relativamente à influência da Lua na determinação do sexo, também Blanco (s.d.) refere que *se se concebe em minguante, é mulher e se é em crescente, será varão*. Ou ainda, se nascer varão ou mulher quando se inicia qualquer fase da lua, todos os outros filhos serão do mesmo sexo.

⁴ Autores e datas desconhecidos.

No *Antigo livro de S. Cipriano* apresentado por Molina (1978), para se saber o sexo dos filhos antes de nascerem, *a mãe terá em conta a posição da Lua no dia do seu nascimento. Se a Lua mudou nos nove dias que se seguiram àquela data, a criança será do sexo feminino. No caso contrário, se durante os nove dias não há mudança, será do sexo masculino.*

As referências à Idade Média, relativamente a este tipo de crenças são várias, conforme nos descreve Barbaut (1991:94):

"a mulher grávida é convidada a cavar um buraco na terra, com o calcanhar, ao terceiro dia, se o buraco ainda estiver aberto, é um rapaz; se tiver voltado a fechar-se, é uma rapariga.

Sustenta-se também que, colocando sobre a cabeça da mulher, sem que ela se aperceba disso, uma giesta com a respectiva raiz, se for masculina a primeira palavra que a mulher pronuncie, é porque ela está grávida de um rapaz. Do mesmo modo, deita-se um pouco de sal sobre o ventre da mulher grávida enquanto ela dorme; na manhã seguinte, pergunta-se à futura mãe qual é o nome que ela escolheu para o filho - se ela, em primeiro lugar, pronunciar o nome de um rapaz, é porque vai ter um filho. Ou então, examina-se o aspecto geral do ventre grávido: a forma arredondada ou a forma pontiaguda é sinal do nascimento de um rapaz... ou de uma rapariga - as opiniões divergem, segundo

as regiões e os autores. Também se recorre ao teste do pêndulo: se ele andar à volta, é uma rapariga; se descrever movimentos de vai e vem é um rapaz"

O mesmo autor refere ainda que *os Árabes julgam poder determinar o sexo, a partir da cor do mamilo: se tende a ficar avermelhado, será um rapaz; se tende a ficar negro, será uma filha.*

Os Lapões tomam os astros como referência. Se detectam, depois de saberem que uma mulher está grávida, uma estrela por cima da Lua, a criança que ela espera é um rapaz; se a estrela fica por baixo, a criança é uma rapariga.

Os chineses usam um processo de cálculo aritmético, multiplicando sete por sete, subtraem a idade da mãe, acrescentam depois 19, mais o número correspondente ao mês

em que teve lugar a concepção. O número ímpar indica um rapaz, o número par uma rapariga (Barbaut, 1991).

Na busca de literatura referente à nossa realidade, encontrámos algumas referências a crenças ou procedimentos, relativos à predição do sexo do bebé.

Assim, Pina (s.d.:205), referindo-se a uma crença da zona de Guimarães, diz que *se a mulher quer ter um filho ou uma filha à sua escolha, é só encomendar-se à Santa Margarida do Castelo*, refletindo um sentimento de religiosidade daquela população. Relativamente à mesma região, Vasconcelos (1923:205) diz: *as mulheres grávidas atiram 3 pedrinhas a uma fresta que existe na parede da sua igreja, sobre a porta travessa, lado do Sul; se alguma das pedrinhas acerta e passa pela fresta, o que vai nascer será rapaz; se não, será rapariga*.

Quando uma mulher grávida deseja conhecer se o ser que traz no ventre é rapaz ou rapariga, deite ao lume uma espinha inteira de sardinha grande. Se esta torcer, é rapariga. Se se mantiver direita, será um rapaz. Ou quando os pais querem que nasça um filho devem, no acto da cópula, ter a janela do quarto fechada, abrindo-a se desejam uma filha. Diz-se que é por isso que todos os quartos de casal têm sempre janelas (Paço, 1930). Curiosamente, relativamente à prática com a espinha da sardinha, Vasconcelos (1986), diz exactamente o contrário.

Este mesmo autor (1986:78), referindo-se ao Almanaque de Lembranças para 1859, diz que "quando uma mulher quer saber se traz menino ou menina, faz uma bola de estopa e incendei-a sobre um plano horizontal; se no fim de tudo, a cinza dá um tombo, traz menino, se não, traz menina". Ou "cospe-se na boneca da castanha e deita-se ao lume; se estoura, é rapaz, se apenas bufa é rapariga".

E ainda: "observa-se com que pé a mulher desce o primeiro degrau de uma escada: se for com o direito nasce rapaz; se for com o esquerdo nasce rapariga" (p:232).

Braga (1986, citando um original de 1885), refere que se se quer saber de que sexo será a criança, queima-se a folha de oliveira. Se estala é rapaz, se arde é menina.

Uma maneira de determinar o sexo do bebê é pegar numa imagem do Menino Jesus e benzer três vezes com ela o ventre nu da grávida, que se encontra no leito, estendida de costas e diz-se:

"Eu te benzo com este image
do Senhor Jasu-Cristo devino,
p'rá criança que nascer
ser um menino"

Depois, asperge-se com água benta e liga-se a imagem ao ventre da grávida, que a deve trazer assim alguns dias. Se se pretender uma rapariga, emprega-se uma imagem de N. Senhora e pede-se uma rapariga (Basto, 1923).

Em Trás-os-Montes, uma mulher prenha, se tem a barriga muito oval, traz uma rapariga; se a traz disfarçada, é rapaz (Fontes, 1992).

Ainda nos nossos dias, conforme nos relata Perez (1992: 225), entre o povo *Vankar* (Índia), "alguns indivíduos detêm a capacidade de escolher o sexo do filho, através de uma utilização específica dos lados esquerdo e direito do corpo durante o acto sexual."

Entre os Macuas (Cabo Delgado, Moçambique), se um casal teve vários filhos do mesmo sexo e se deseja um de sexo diferente, a mulher grávida toma um "remédio" para que a criança seja do sexo desejado. Quando não há essa preocupação, mas apenas a curiosidade de saber qual será o sexo da criança, observa-se com atenção os alimentos que agradam à grávida e, se são os mesmos que comia quando do nascimento do filho mais velho, a nova criança será do mesmo sexo (UEM, 1980).

Constatamos que existe uma grande diversidade de crenças relativas à pré-determinação ou adivinhação do sexo do bebê que vai nascer e verifica-se uma certa universalidade de semelhanças no seu conteúdo, independentemente da sua situação geográfica.

Crenças relativas a interdições

As interdições aparecem na literatura com uma frequência elevada, transparecendo uma tentativa de um certo controle social da grávida, através delas.

Procurando sistematizá-las, vamos agrupá-las em diversos sistemas:

Interdição de contactos e uso de objectos - As proibições de certos contactos ou uso de determinados objectos abrangem um leque bastante alargado, das quais encontramos referências desde a antiguidade, até aos nossos dias, seja na nossa sociedade ou noutras.

Já entre os Romanos, as grávidas não deviam usar anéis, pulseiras, laços, que seriam sinal de fecho e aperto (Barbaut, 1991) o que, por analogia, provocaria dificuldades no momento do parto.

Entre nós, a proibição de contacto com pequenos objectos metálicos é frequente. A grávida não deve trazer chaves, para a criança não nascer com sinais (Vasconcelos, 1986) ou com lábio leporino, nem tesouras, medalhas, para não nascer com manchas (Pina, 1923; Joaquim, 1983).

Em dia de S. Pedro de Rates não deve pegar em agulhas, pentes, alfinetes, tesouras, porque nascem os filhos aleijados (Paço, 1930).

Conforme nos relata Barbaut (1991), em numerosas regiões do mundo existe a crença de que se a mãe trouxer colares, fios, o filho nascerá com o cordão umbilical enrolado à volta do pescoço ou com o sinal do objecto no corpo (Pires, 1907). Esta situação é-nos ainda relatada por Joaquim (1983), esclarecendo que o pescoço da mãe e da criança são lugares homólogos, o que se encontra em torno de um, encontra-se em torno do outro, porque todo o corpo da mãe é homólogo do da criança; daí, se a mão da mãe tocar o seu corpo, esse toque se imprimir no corpo da criança. Este mesmo facto é-nos apresentado também por Loux (1983).

A proibição de tocar no baço do porco ou de outro animal, porque o filho nasce com uma mancha encarnada na parte do corpo correspondente àquela com que tocou (Paço, 1930:245) ou com uma nódoa ou a marca do baço no corpo (Pina, 1923; Pires, 1903; Fontes, 1992) ou ainda porque pode nascer com a pele escura ou com as feições do animal em que tocou (Braga, 1885, citado por Joaquim, 1983), parece bastante generalizada.

O contacto com flores, especialmente cheirá-las, é proibido à grávida, pois nasceriam sinais na criança (Fontes, 1992) ou porque nasce com elas no corpo (Vasconcelos, 1986; Joaquim, 1983) ou podem mesmo sair pintadas no corpo da criança, "mas quando houver esse descuido, deve tocar-se com o pé da flor, muito depressa, em sítio que não ande à vista, porque o defeito virá no sítio tocado" (Pires, 1903).

Tocar em animais também lhe está interdito, porque "o bebé nasce com o corpo revestido de pêlo do mesmo animal" (Pina, 1923:29), ou com sinais semelhantes aos animais (Joaquim, 1983) ou ainda a criança fica com feições desse animal (Braga, 1986).

Por curiosidade refira-se que, entre o povo Vankar (India), a mulher grávida não pode tocar em cabras ou ovelhas, porque "o filho nascerá com o corpo coberto de um pêlo indelével" (Perez, 1992:228). Em França se, quando estiver a comer sardinha, tocar com alguma no braço esquerdo, o seu filho terá um peixe bem marcado, um pouco abaixo do cotovelo (Gennep, 1980).

No tempo da inquisição, a capacidade de molestar as vítimas, por parte das feiticeiras e/ou bruxas, acreditava-se também poder ser executada através do toque destas, com as mãos, nas suas vítimas, nomeadamente, mulheres grávidas, como podemos verificar no excerto de uma devassa de 1715:

"... e sabe também que estando prenhe Mariana... lhe pos a denunciada as maos no ventre, em presença della testemunha, e que parindo com effeito morreu logo a criança dahi a outo dias e se lhe viram maos negras escritas nas costas..."

(Paiva, 1990: 127)

Ainda relativamente a este tipo de contactos, Simões (1860) refere que, se algum homem, que não seja o seu marido, tocar com a mão no ventre de uma mulher grávida, sai a criança brava.

Interdição de práticas alimentares - As referências sobre este assunto, relativamente à nossa sociedade, são restritas. Joaquim (1983) refere que a grávida não deve comer lebre, coelho, polvo, não só porque a criança pode nascer com a forma deste animal (no caso do polvo), mas também com o aspecto de um deles - lábio leporino (lebre e coelho) ou com o corpo revestido de pêlo (coelho).

Os chás de *erva de sete sangrias* (Fontes, 1992), de *sargacinha dos montes e arruda* (Joaquim, 1983), devem evitar-se porque são abortivas.

Comer azeitonas, faz com que o bebé nasça com alatinhos na cabeça (Rosendo, 1992) e beber por um copo rachado, a criança poderá nascer com o lábio leporino (Braga, 1885, citado por Joaquim, 1983).

Um estudo feito entre as mulheres negras sulafricanas revelou a utilização, por estas, de 57 plantas diferentes durante a gravidez e o parto, com fins medicinais. (Veale, 1992).

Nalgumas tribos de Moçambique existem, também, interdições neste campo. Nos Ronga (Maputo), a mulher não pode comer carne de rola, codorniz (porque teria filho único), nem qualquer espécie de alimentação com piripiri, para evitar que as crianças nasçam cegas ou com os olhos cheios de cataratas ou manchas. Não pode comer ovos, galinha, nem outra espécie de ave pois, por vezes, como têm dificuldade em

pôr o ovo e a mulher que comesse, teria também dificuldades na altura do parto (UEM, 1980).

Ainda entre os Bisayan Filipinos, a grávida "não deve comer bananas duplas para que não nasçam gémeos" (Cordeiro, 1987:55).

Interdição de relações sexuais - Não encontramos referências a crenças sobre este assunto, relativas à nossa sociedade. No entanto, "pelo menos no último ou nos últimos meses da gravidez, não há sociedade que não desaprove as relações sexuais" (Cordeiro, 1987: 52).

Sabemos que o *corão* proíbe as relações sexuais às muçulmanas durante toda a gestação, por receio de concepção de um segundo feto. Também o *Talmud* proíbe as judias de toda a relação sexual no decurso dos três primeiros meses, mas são autorizadas durante os três últimos meses, porque fortalecem (Barbaut, 1991:109).

Noutras sociedades, como entre o povo *Vankar* (Índia), logo que se apercebe que está grávida, a mulher deve suspender as relações sexuais com o marido, o que deve prolongar durante toda a gravidez. A transgressão terá consequências terríveis para a criança, como a loucura, malformações e cegueira irrecuperável (Perez, 1992).

Em Moçambique, estas interdições variam entre tribos. A proibição de relações sexuais a partir do 5º mês existe entre os Macuas da Zambézia e os Changana de Gaza, porque a criança já está quase formada e nasceria com umas manchas brancas. Manter relações com outro homem, que não seja o marido, é uma interdição entre os Macuas da Zambézia, os Changana de Gaza e os Nhungwé de Tete, por causar problemas no decurso do parto ou porque provocava um aborto imediato (UEM, 1980).

Interdições relacionadas com os astros - O recurso à crença na influência dos astros na vida do Homem é ancestral, remontando já a cerca de três mil anos o nascimento da Astrologia como a arte de predizer o futuro pelos astros.⁵ A Lua, no entanto, parece ter lugar privilegiado e há quem diga que a sua influência no Homem

⁵ Cf. Nova Enciclopédia Portuguesa (1992:206).

começa a manifestar-se desde as primeiras evoluções do óvulo no ventre materno (Junqueiro, 1902). Este mesmo autor refere que a mãe não deve expôr a criança aos raios da Lua e não só a criança, como também o berço e as roupas do seu uso.

No Brasil, "uma mulher grávida não deve olhar um eclipse para que não lhe nasça um filho negro ou com defeito físico" (Campos, 1955, citado por Camargo, 1976: 17).

Em Cornualles, creem que um menino nascido num intervalo entre duas luas, uma que acaba e outra que começa, nunca vive até chegar à puberdade (Black, 1889).

Parece, no entanto, ter também influências benéficas. A Lua cheia favorece a gravidez e a mudança de Lua provoca o parto (Blanco, s.d.).

Sobre a crença de que os partos acontecem mais frequentemente durante umas fases da Lua do que outras, um estudo feito em Maputo, englobando 5226 nascimentos em 37 ciclos lunares, não mostrou um significativo aumento de partos durante uma fase lunar específica e dia da semana. Assim, foi refutada a hipótese de que a fase lunar pode influenciar o processo do nascimento (Strolego et al, 1991).

Interdição de rituais - Enquadrando-se nas práticas supersticiosas, as proibições ligadas à morte surgem quase universalmente: a mulher grávida não deve dormir na cama de um defunto recente, nem entrar numa casa mortuária, nem ver um cadáver humano, nem sequer assistir à abertura de uma sepultura ou à colocação de um morto num caixão (Barbaut, 1991).

Outros rituais estão vedados à mulher grávida: não deve ser madrinha de uma criança, pois esta ficaria muda ou idiota (Braga, 1986) ou porque, dentro de um ano, morreria uma das crianças, a que vai baptizar ou a que ela traz no ventre (Pires, 1903).

Não deve assistir a certos espectáculos, devido à influência que na imaginação da mulher podem ter, marcando, por isso, o corpo da criança (Joaquim, 1983), nem ao parto de outras mulheres ou animais, porque se lhes pegam as dores (Fontes, 1992).

Interdição de hábitos - A alteração ou interdição de hábitos do dia-a-dia, tendo por base uma crença que leva a essa modificação é frequente, quer nas descrições relativas à nossa sociedade, quer relativas a outras. Essas descrições podem dizer respeito a práticas complexas ou muito simples, como a de a grávida não dever comprar nada do enxoval até ao 7º mês, porque isso dá azar (Rosendo, 1992).

A proibição da grávida passar por cima ou por baixo de cordas, arames, e de fiar, porque o cordão umbilical se enrola à volta do pescoço do bebé, é frequente (Vasconcelos, 1923; Joaquim, 1983; Fontes, 1992).

É provável que a semelhança entre a forma da corda, do arame, do fio de linho e a do cordão umbilical favoreça esta associação.

Por razões diversas a grávida não deve coser a roupa que tem vestida, ou porque, depois, não poderá parir, está cosida (Vasconcelos, 1923), a criança fica agarrada à mãe, só quando descoser o que coseu é que a criança poderá nascer (Vasconcelos, 1907, citado por Joaquim, 1983), ou ainda porque, na ocasião do parto não deita as *secundinas* ou saem-lhe os filhos aleijados (Braga, 1986).

São numerosas as interdições com referências menos frequentes, por exemplo, a grávida não pode passar por baixo da pá de meter o pão no forno, porque lhe custará mais a parir a criança e não pode passar por onde se esponjou o burro, porque a criança nascerá com manchas no corpo (Fontes, 1992); não deve ver anomalias (aleijados), porque os filhos nascem com defeitos semelhantes aos que a grávida viu, nem pode olhar para um retrato de um indivíduo preto, pois o seu filho nascerá dessa cor (Joaquim, 1983).

Noutras sociedades identificam-se, também, interdições de hábitos, umas diferentes das já descritas mas, curiosamente, outras com algumas semelhanças. No povo Vankar (Índia), a grávida não pode pisar um caminho atravessado por cabras ou ovelhas, porque o filho nascerá coberto de um pêlo indelével (Perez, 1992).

Entre os índios Hopi, do sudoeste dos Estados Unidos, enquanto a mulher estiver grávida, o pai do bebé que vai nascer deve ter o cuidado de não fazer mal a nenhum animal, porque toda a acção ou todo o sofrimento infligido ao animal teria, fatalmente, repercussões no corpo do bebé (Le Breton, 1988).

Das diferentes tribos do povo Moçambicano temos, também, descrições deste tipo de interdições, num estudo feito pela Universidade Eduardo Mondelane (1980).

Assim, entre os Macuas da Zambézia, a grávida não deve fazer trabalhos pesados a partir do 5º mês e o homem não deve zangar-se nem bater na mulher grávida e deve obedecer-lhe totalmente.

Nos Macuas de Nampula, a grávida não pode ver fotografias, cinema, a sua própria imagem reflectida num espelho ou na água, pois a criança pode nascer estrábica e nunca pode ser a mulher a preparar a roupa para o bebé que vai nascer pois, se o fizesse, a criança nasceria morta ou defeituosa.

Entre os Ronga (Maputo), o homem quando vê que a sua mulher está grávida, deve ausentar-se da família, até nascer a criança. Analogamente entre os Bitonga (Inhambane), no caso de haver mais do que uma palhota na família, o homem abandona a mulher e vai dormir sozinho noutra palhota.

Crenças relativas a prescrições

O comportamento da grávida, durante este período não é só determinado por proibições mas também por prescrições revestindo, muitas delas, também a forma de crenças.

Analisando, sumariamente, como é encarada a gravidez em diversas culturas, verifica-se que, geralmente, lhe é prestada uma atenção particular e se envolve numa

quantidade de prescrições, enraizadas em tradições, costumes, crenças e superstições (Cordeiro, 1987).

Como exemplos, podemos referir que, quando uma mulher grávida tem dores, coloca-se-lhe na barriga um emplastro de pão de ló com um rabo de bacalhau e dá-se-lhe a beber dois ovos mexidos (Dias, 1989: 18; Lima, 1930).

Para evitar nados-mortos e ter bom sucesso, as grávidas passam debaixo do pálio (Dias, 1943; Braga, 1986; Vasconcelos, 1986). Em Cinfães tem que ser por baixo do pálio, entre os padres. Em Ponte da Barca, a mulher deve colocar-se numa ponte que separe dois concelhos, esperar a primeira pessoa que ali passar e pedir-lhe para servir de padrinho da criança que será baptizada na barriga da mãe (Carneiro, 1944). O mesmo autor refere ainda que, em Ponte de Lima, a mulher grávida vai à ponte sobre o Lima, à meia noite e tira do rio água com um púcaro por uma corda. Em seguida, espera o primeiro homem que passar pela ponte e pede-lhe para baptizar a criança. O homem, para isso, atirará com a água sobre o ventre da mulher.

Relativamente ao aparecimento de bichos intra-uterinos, num artigo de autor desconhecido inserto na revista *A Tradição* (1899: 23), referindo-se à população de Serpa, pode ler-se:

"Creem as parturientes da classe popular que, dentro da cavidade uterina e juntamente ao feto, se geram bichos de várias formas e feitios, capazes de lhes roerem as entranhas...

As parteiras daqui que não possuem curso algum oficial, são as próprias a alimentar esta crença e recomendam, por isso, às suas clientes que bebam quanta aguardente puderem, para matarem os bichos que já existam no útero ou por ventura ali venham a desenvolver-se, preservando o feto. Aquilo que às pessoas do povo se afigura ser um bicho, não passa, evidentemente, d'uma simples mola, quando não é apenas um feto pouco desenvolvido".

Esta convicção da ingestão de aguardente para matar os bichos existentes no útero, poderá ter alguma relação com o dito popular *matar o bicho*, pela manhã, nas populações rurais, que inclui, geralmente, a ingestão de álcool.

O percurso feito até aqui traduz-se na abordagem teórica sobre o objecto que pretendemos estudar, concretizada na análise de modelos de educação para a saúde e da relevância, apontada por alguns autores, dos aspectos sócio-culturais a ter em conta na prática da educação para a saúde.

Destes aspectos sócio-culturais interessa-nos ressaltar, no nosso estudo, os saberes sociais das grávidas, delimitando estes às crenças e representações da gravidez, que servirão de base à definição das hipóteses deste trabalho.

1.3 - HIPÓTESES DE TRABALHO

Se até aqui se deu relevância aos modelos teóricos que constituem a nossa problemática, torna-se agora necessário delinear o caminho que nos permita avançar para a análise de uma realidade, dando um sentido de aplicabilidade à fundamentação teórica feita.

Entrecruzando as análises feitas acerca da educação para a saúde e seus modelos, da formação dos técnicos de saúde nesta área, dos saberes sociais e sua importância na vida de cada um e, principalmente, na vida das grávidas, estamos em condições de definir as hipóteses de trabalho.

Assim, surge-nos a **hipótese central**, traduzindo-se em saber até que ponto os saberes sociais das grávidas são integrados na prática de educação para a saúde, pelos médicos e enfermeiros.

Para o desenvolvimento desta hipótese torna-se necessário confrontar os modelos de educação para a saúde com as práticas, através de algumas **dimensões de análise**, nomeadamente:

- A concepção de educação para a saúde de médicos e enfermeiros, considerando quer os saberes técnico-científicos adquiridos, quer a relação que estes estabelecem com os seus próprios saberes leigos e com os saberes leigos das grávidas.

- Os conhecimentos que os técnicos de saúde detêm sobre os saberes da grávida sobre a gravidez, que passa pela identificação das fontes e natureza específica desses saberes.

- A posição dos técnicos perante estes saberes, que se poderá traduzir em atitudes de rejeição, aceitação ou indiferença definindo, assim, um indicador da importância que lhes é atribuída por parte dos técnicos de saúde.

- A integração ou não desses saberes nas práticas de educação para a saúde, traduzindo, na prática, as formas de valorar ou não os saberes das grávidas.

Da hipótese central decorrem algumas **sub-hipóteses** que reconhecemos ser vantajoso desagregar analiticamente.

A **primeira** leva-nos a questionar se a integração ou não dos saberes sociais depende da formação dos técnicos de saúde.

Isto implica:

- Analisar o percurso profissional dos médicos, tendo em conta o tempo de formação, especialidade, categoria profissional e tempo de exercício na área de prestação de cuidados de Saúde Materna e Obstétrica;

- Analisar o percurso profissional dos enfermeiros, tendo em conta o tempo de formação, (articulando a este tempo os percursos que estão associados às diferentes habilitações literárias à entrada no curso de base), a categoria profissional e o tempo de exercício na área de prestação de cuidados de Saúde Materna e Obstétrica;

- Analisar os currículos dos diferentes cursos de formação dos técnicos de saúde, quer de formação de base, quer pós-base/pós graduação.

Tendo presente a abordagem teórica feita sobre a importância dos saberes sociais no processo de socialização do indivíduo, determinando e, simultaneamente, sendo determinados por uma história de vida individual e procurando compreender melhor a importância das crenças, a nível das grávidas, no seu processo de socialização, consideramos a **segunda sub-hipótese** que se traduz em saber até que ponto as crenças (relativas à gravidez) determinam ou não comportamentos específicos nas grávidas.

Esta sub-hipótese leva-nos, primeiramente, a ter que identificar crenças verbalizadas pelas grávidas e, seguidamente, à identificação de comportamentos expressos por elas, directamente dependentes dessas crenças.

PARTE II

PERSPECTIVA METODOLÓGICA

1 - MODELO DE ANÁLISE

Seleccionou-se o serviço de consultas externas de uma maternidade central, local privilegiado para a análise das dimensões delimitadas nas hipóteses deste trabalho, em função da rede de contactos e de relações que os três grupos sociais aí estabelecem - médicos, enfermeiros e grávidas.

Considerando a natureza do objecto de estudo, a estratégia metodológica assenta na pesquisa de terreno, privilegiando-se o método de *estudo de caso*, através da observação participante nas diversas áreas do serviço escolhido, durante um período de três meses e de entrevistas aos intervenientes nas situações de prestação de cuidados, procurando reunir informações tão numerosas e detalhadas quanto possível, com vista a apreender a totalidade da situação seleccionada. Este tipo de estudo tem, por si mesmo, um carácter particularizante e o seu poder de generalização é limitado (Bruyne, 1991:227).

Como características do *estudo de caso*, podemos referir que este visa a descoberta, mesmo quando se parte de alguns pressupostos teóricos iniciais, pois existe uma constante atenção à possibilidade de emergência de novos e importantes elementos durante o estudo. Isto traduz o pressuposto de que o conhecimento não é algo acabado, mas uma construção que se faz e refaz constantemente.

A ênfase na "interpretação em contexto" é, também, um princípio básico deste tipo de estudo. Assim, para compreender melhor um problema, as acções, as

percepções, os comportamentos e as interacções das pessoas, devem ser relacionadas com a situação específica onde ocorrem (Lüdke, 1986:19).

Ele procura retratar a realidade de forma completa e profunda, revelando a multiplicidade de dimensões presentes numa determinada situação ou problema, entendendo-o como um todo. Para que isto seja possível, é necessário usar uma variedade de fontes de informação para colher dados, em diferentes momentos, em situações variadas e diferentes tipos de informadores.

Procura representar os divergentes e, por vezes, conflituosos pontos de vista presentes numa situação social. Quando o objecto ou situação estudados suscitam opiniões divergentes, o investigador procura trazer para o estudo essa divergência de opiniões, revelando ainda o seu próprio ponto de vista.

Uma última característica do estudo de caso que podemos apontar é o facto dos seus relatos utilizarem uma linguagem e uma forma mais acessível do que os outros relatórios de pesquisa, podendo os dados ser apresentados de várias formas. Os relatos escritos apresentam, geralmente, um estilo informal, narrativo, ilustrado por figuras de linguagem, citações, exemplos e descrições (Lüdke, 1986:20).

Este trabalho é, portanto, uma investigação fundamentalmente qualitativa, permitindo-nos um estudo para além das visões tradicionais e um enriquecimento de novos elementos de compreensão do objecto de estudo.

Uma das características deste tipo de investigação é ter o ambiente natural como sua fonte directa dos dados. Ela supõe o contacto directo e prolongado do pesquisador com o ambiente e a situação que está a ser investigada (Lüdke, 1986:11).

Outra característica traduz-se no tipo de dados colhidos que são, predominantemente, descritivos, traduzindo-se em descrições de pessoas, situações ou acontecimentos.

A preocupação com o processo é muito maior do que com o produto, neste tipo de investigação, interessando verificar como determinado problema se manifesta nas actividades, nos procedimentos e nas interacções quotidianas (Lüdke, 1986:12).

O "significado" que as pessoas dão às coisas e à sua vida são focos de atenção especial pelo pesquisador, procurando captar a perspectiva dos participantes. Considerando os diferentes pontos de vista dos participantes, os estudos qualitativos permitem esclarecer a dinâmica interna das situações.

Relativamente à análise dos dados, nestas situações, tende a seguir um processo indutivo. No início do estudo há questões ou focos de interesse muito amplos que, no final, se tornam mais específicos.

Sintetizando, a investigação qualitativa ou naturalística caracteriza-se "pela obtenção de dados descritivos, obtidos no contacto directo do investigador com a situação estudada, enfatiza mais o processo do que o produto e preocupa-se em perceber a perspectiva dos participantes" (Lüdke, 1986:13).

Contrastando com a metodologia quantitativa, tem demonstrado uma capacidade particular para "descrever detalhadamente os fenómenos empíricos" (Félix, 1991:121).

Porque contrasta com a *rigidez* metodológica quantitativa, com a abundância de instrumentos "standardizados", ela é acusada de alguma fragilidade pela falta de regras, de explicações consistentes, mas é reconhecida como científica, *enquanto participa das peculiaridades e características do método científico* (Félix, 1991: 120).

Nesta perspectiva de investigação qualitativa, considera-se a abordagem *fenomenológica* e a *etnográfica* como modelos de análise da informação colhida, conforme Fortin et al (1988).

Investigação fenomenológica - "Consiste na descrição das experiências individuais em termos fenomenológicos, isto é, exactamente a forma como as pessoas em causa as vivem" (Giles, 1982, citado por Fortin et al, 1988: 228).

Apoiando-se na filosofia de que cada pessoa tem as suas próprias percepções da realidade que a envolve, cada um constrói a sua própria realidade, havendo tantas realidades diferentes quantos os indivíduos. Entende-se, assim, que não existe uma realidade única, mas sim uma visão única que cada um tem da sua realidade.

Neste tipo de investigação os métodos são difíceis de precisar, pelo facto de que eles não se referem com tanta precisão a etapas definidas, como na investigação quantitativa.

Por vezes, o próprio investigador determina a maneira única de explorar o fenómeno em estudo, identifica as fontes de informação, isto é, os sujeitos junto dos quais o fenómeno identificado será estudado. Trata-se de recrutar sujeitos que aceitem livremente descrever as vivências relativas ao tema em estudo (Fortin et al, 1988).

A definição de amostras assenta, fundamentalmente, em critérios previamente definidos, sem um carácter aleatório caracterizando-se, geralmente, por um número reduzido de sujeitos sendo, assim, uma amostragem intencional ou de conveniência (Vieira, 1986).

Estas características determinam um processo interactivo, aberto, flexível, de constante procura, "em que se produz uma constante interacção entre a recolha e a análise de dados" (Félix, 1988: 124).

Para a colheita de dados, podem ser usadas diversas estratégias. Os sujeitos são convidados a contar as suas experiências, as suas vivências ou então o investigador observa os comportamentos verbais e não verbais do sujeito, integrado num determinado contexto.

A análise dos dados pode apresentar-se sob três formas:

- Classificação dos dados em categorias e ordenação dos mesmos segundo a sua frequência, procurando-se uma redução das categorias para eliminar a não exclusividade de algumas (Van Kaam, 1966, citado por Fortin et al, 1988).

- Uma outra forma, algo semelhante à anterior, privilegia o aspecto global do fenómeno em estudo. Sugere-se uma identificação precisa dos elementos, mas a importância de cada um não é estabelecida segundo a ordem obtida com a ajuda das frequências. Intervem aqui o julgamento do investigador e consiste em identificar as relações dos elementos entre eles e em ponderar a importância de cada um, tendo em conta o conjunto do fenómeno (Giorgi, 1970, citado por Fortin et al, 1988).

- Numa terceira forma, a tónica é colocada sobre o estudo de experiências situadas para lá da consciência humana e visa estudar as experiências que não podem ser comunicadas.

Os dados da investigação são apresentados segundo o vocabulário dos sujeitos, de preferência a serem relatados em linguagem científica. Deste modo, os vocábulos e expressões dos sujeitos usados para descrever as suas vivências servem, muitas vezes, para ilustrar os dados. São identificados temas que emergem dos resultados e, a partir deles, é desenvolvida uma explicação estrutural (Fortin et al, 1988).

Investigação etnográfica - Este tipo de investigação requer estratégias que conduzam à reconstrução cultural, proporcionando dados fenomenológicos que representem a concepção do mundo dos participantes que estão a ser investigados.

Estas estratégias revestem-se de um carácter empírico e naturalista, recorrendo-se à observação participante para obter dados empíricos dos fenómenos tal como se dão nos cenários do mundo real.

A investigação etnográfica apresenta um carácter holista, pois pretende construir descrições de fenómenos globais nos seus diversos contextos e determinar, a partir delas, as complexas ligações de causas e consequências que afectam o comportamento e as crenças em relação com os ditos fenómenos (Goetz, 1988:28-29).

Leininger (citado por Fortin et al. 1988) propõe, ainda, uma abordagem transcultural, propondo estratégias para a investigação em Enfermagem, que

colocam o acento sobre a observação e registo de interacções entre as pessoas e sobre os seus costumes, cujos modos de vida influenciam a saúde, os cuidados de saúde e a prática de Enfermagem.

Estas três abordagens servem de guia à realização da investigação etnográfica que consiste em descrever as culturas.

Este tipo de investigação justifica-se pela ausência ou escassez de conhecimentos relativos a um dado fenómeno, pela importância de sublinhar a globalidade dos modos de vida de indivíduos, famílias e comunidades, incluindo os seus pontos de vista e a sua compreensão da própria vida; pela necessidade de colher dados impregnados no contexto da vida dos sujeitos; pela identificação dos movimentos e dos estilos de vida dos povos.

Necessita da definição de etapas precisas para a realização do trabalho, contrariamente à investigação fenomenológica. A análise dos dados obtidos inclui a classificação, a clarificação e a síntese dos mesmos.

Os dois modelos de investigação qualitativa aqui apresentados, *fenomenológico* e *etnográfico*, constituem a orientação base da concretização deste trabalho, por vezes sem os conseguir separar, quando se trata da análise da informação colhida.

1.1 - RECOLHA E TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Neste trabalho privilegiámos duas técnicas de recolha de informação: a entrevista e a observação participante.

A ENTREVISTA

Considerámos a entrevista como técnica privilegiada porque, para além da recolha de informação sobre algumas variáveis, de uma forma mais directa, ela permite a compreensão dos problemas, preocupações do entrevistado, tal qual ele os experiencia (Mucchielli, 1972). Também porque é uma oportunidade em que os entrevistados, neste caso, principalmente as grávidas, mostram como concebem os seus mundos e como explicam as suas concepções (Goetz e LeCompte, 1988), suas crenças e medos.

Optámos pela entrevista estruturada, em que o entrevistador integra todas as dimensões que as hipóteses comportam, sobre as quais obtem informações do entrevistado, mas a ordem e a maneira como os introduz, são deixados ao seu critério (Ghiglione e Matalon, 1991).

A fim de imprimir uma estrutura relativamente uniforme na recolha da informação, foi elaborado um guião de entrevista (em anexo), específico para cada uma das amostras. Para a sua elaboração, depois de definidos os objectivos específicos, tiveram-se em conta as diversas dimensões de análise, consideradas importantes em cada entrevista.

Nas entrevistas a médicos e enfermeiros, consideraram-se fundamentalmente duas dimensões: *percurso profissional*, tendo em conta a formação, tempo de exercício, especialidade, categoria; o modelo de educação para a saúde, passando pela concepção de educação para a saúde, o conhecimento dos saberes da grávida sobre a

gravidez, sua atitude perante estes conhecimentos e a integração destes saberes na educação para a saúde.

Nas entrevistas às grávidas consideraram-se várias dimensões, que destacamos: *caracterização sócio-profissional, concepção da gravidez, saberes sobre a gravidez*, passando pelos seus diversos níveis e tipos, *mudanças de comportamentos*, enquanto grávida, e suas *expectativas* relativamente à gravidez e parto.

Depois de elaborado um primeiro projecto de guião, fizeram-se algumas entrevistas exploratórias a indivíduos com características idênticas aos das nossas amostras, verificando-se a necessidade de proceder a algumas modificações. Posteriormente, procedeu-se a mais uma entrevista por cada tipo de guião, após as quais se consideraram definitivos, pois demonstrou-se poderem ser adequados para a recolha da informação pretendida.

A OBSERVAÇÃO

Para complementar a informação recolhida nas entrevistas, considerámos importante a observação das sessões de educação para a saúde, orientadas pelas enfermeiras, consultas médicas e restante circuito das grávidas, procedendo aos respectivos registos.

Não é fácil, à partida, definir o tipo de observação realizada, tendo em conta as abordagens feitas por diversos autores. Uma certa dificuldade começa quando nos deparamos com mais de setenta tipos de observação diferentes, como refere Estrela (1986). No entanto, a *observação participada* referida por este autor, parece ajustar-se à nossa situação, que corresponde a uma observação em que o observador poderá participar, de algum modo, na actividade do observado, mas sem perder o respectivo estatuto (Estrela, 1986).

Anguerra (1989:134), para além de outras, utiliza a expressão *observação participante passiva* para referir a situação em que o observador interaccua o menos possível com o observado, estando consciente da sua única função de observador, que se aproxima da posição atrás referida.

Goetz e LeCompte (1988) são mais peremptórios ao afirmarem que em qualquer situação de observação, é impossível evitar a interacção entre os seus intervenientes. Assim, a observação não participante, como categoria pura, só existe quando é feita mediante câmaras e gravadores ocultos ou através de falsos espelhos.

Portanto, para estes autores, desde que a observação implique a presença do observador, é sempre participante, levando-nos a adoptar esta nomenclatura para o tipo de observação que realizámos.

A fim de melhor sistematizar a informação recolhida nas sessões de educação para a saúde, procedeu-se à elaboração de uma grelha de observação, que serviu de base aos registos efectuados.

Nas outras situações a observar, como o circuito da grávida, triagem e consultas médicas, optou-se por fazer um registo do tipo *diário de campo*, em virtude de incidir sobre aspectos mais genéricos.

O tratamento da informação colhida é feito através da análise do conteúdo das observações e entrevistas efectuadas, tendo em conta a definição de Bardin (1979: 38) que a considera um "conjunto de técnicas de análise de comunicações, utilizando procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens" e ainda a de Mucchielli (1982: 123) que a define como um "exame objectivo, exaustivo, metódico, de um texto ou de um conjunto de informações, tendo em vista retirar o que ele contém de significativo em relação aos objectivos da pesquisa."

Caracterizar-se-á por uma análise essencialmente temática, consistindo em "descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, ou

frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido" (Bardin, 1979: 105).

Para esta análise, procede-se a um sistema de categorização como uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação, entendendo categorias como rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos (Bardin, 1979).

As categorias e sub-categorias definidas por nós, correspondem às definidas quando foram estruturadas as entrevistas e as observações e que constam nos respectivos guiões, em anexo.

Assim, o texto foi dividido em fragmentos que foram distribuídos pelas várias categorias e sub-categorias podendo ser, deste modo, facilmente reformuladas, à medida que foram surgindo novos elementos.

2 - O ESPAÇO DO ESTUDO

A Maternidade escolhida, um edifício panorâmico de cinco pisos, construído para funcionar como clínica particular, foi adquirido pelos Hospitais da Universidade de Coimbra que, depois de algumas remodelações, entrou em funcionamento como clínica obstétrica dos referidos Hospitais no ano de 1974, embora os serviços de Maternidade dos referidos Hospitais remontem ao ano de 1902.

A partir daí, sofreu outras remodelações, das quais, as de maior vulto, aconteceram ainda recentemente.

No rés-do-chão situam-se os serviços administrativos, recepção, serviço de urgências e consultas externas. O 1º piso é constituído pelo bloco de partos, com sete salas de partos, serviço de esterilização, gabinetes e um serviço de internamento de grávidas com situações patológicas. No 2º piso encontra-se o serviço de cirurgia, bloco operatório, sala de aulas e um serviço de internamento de puérperas. Constituem o 3º piso, o serviço de neonatologia, copa de leites, câmara escura, sala de aulas e mais uma unidade de internamento de puérperas. No 4º piso encontram-se alguns serviços de apoio e uma unidade de internamento para as mães que acompanham os seus filhos internados no serviço de neonatologia.

O processo do nosso acesso aos serviços teve várias etapas, iniciando-se por contactos informais com as pessoas hierarquicamente melhor posicionadas na Maternidade, relativamente a médicos e enfermeiras, nomeadamente, o Director e Enfermeira Supervisora, respectivamente.

Este primeiro contacto traduziu-se na explicação do tipo de trabalho que se pretendia levar a cabo e diagnosticar o grau de aceitação. Logo de início houve uma

boa aceitação, ficando um pouco na expectativa do conhecimento dos resultados obtidos.

A partir daqui, formalizou-se o pedido, por escrito, ao Conselho de Administração da instituição que tutela a Maternidade e ao Director da mesma, que obteve despacho favorável.

Estava aberto o caminho para o início dos contactos directos com as pessoas do serviço e para a definição de estratégias para a concretização do trabalho.

Depois de uma entrevista com a Directora do serviço de consultas externas para explicação do pretendido e solicitação da sua colaboração e anuência a nível do serviço, contactámos a enfermeira responsável pelo serviço, elemento chave em toda a sua dinâmica e na definição e concretização de estratégias para o desenvolvimento do trabalho, nomeadamente, no contacto com as outras enfermeiras, médicos e grávidas.

Apesar das diversas etapas neste processo de penetração no serviço, foi uma tarefa relativamente facilitada, quanto a nós, principalmente por dois motivos: o conhecimento pessoal prévio de parte das pessoas a contactar e o facto de ser um serviço que faz parte de uma instituição escolar, universitária, virada e aberta ao ensino e investigação, sendo comum e frequente o aparecimento de solicitações deste género, das mais diversas áreas.

3 - POPULAÇÃO E AMOSTRAS

A população em que foi colhida informação é composta por três grupos sociais distintos: médicos que fazem as consultas de vigilância da gravidez no serviço de consultas externas da maternidade, as enfermeiras desse mesmo serviço e as grávidas que aí vão às consultas.

Enfermeiros - Em virtude de no período que contactámos o serviço, o número de enfermeiros aí existentes ser de quatro, um número relativamente reduzido, considerou-se não ser necessário definir qualquer amostra.

As suas idades situam-se entre os 33 e os 55 anos, apresentando uma média de 48 anos.

As habilitações literárias à entrada no Curso de Enfermagem variam entre a 4ª classe (2 elementos) e o 5º ano liceal (também 2 elementos).

Presentemente verifica-se a melhoria destas habilitações por parte de dois enfermeiros, apresentando um o 2º ano do Ciclo Preparatório e outro o 12º ano. Os outros dois mantêm as habilitações iniciais (4ª classe e 5º ano).

Relativamente às habilitações profissionais, consideram-se dois níveis: de base e pós-base. Quanto às habilitações profissionais de base, três dos enfermeiros iniciaram a sua actividade profissional tendo como habilitação o Curso de Auxiliar de Enfermagem, obtido nos anos 50 e 60, tendo feito nos anos 70 o Curso de Promoção para Auxiliares de Enfermagem a Enfermeiros (duração de 20 meses), ou o Curso de Promoção Profissional para Enfermeiros de 3ª classe (duração de 8 meses), a fim de serem equiparados a *Enfermeiro*. O outro elemento fez o Curso de Enfermagem Geral em 1978. Também há diferença de habilitações profissionais pós-básicas. Dois enfermeiros possuem o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e

outros dois o Curso de Partos da Faculdade de Medicina (equiparado ao referido anteriormente), sendo estes os que apresentam habilitações literárias mais baixas.

Como consequência de possuírem estas habilitações pós-básicas e de acordo com a estrutura da carreira de Enfermagem, todos possuem a categoria de *Enfermeiro Especialista*.

O tempo de exercício nesta área de prestação de cuidados varia entre os 13 e os 18 anos, podendo considerar-se todos os enfermeiros com uma grande experiência profissional nesta área.

Médicos - Estes são em número significativamente maior que o dos enfermeiros. Existindo quatro gabinetes de consulta médica a funcionar todos os dias e em cada dia há um médico responsável diferente por gabinete, traduz-se em vinte médicos por semana. Decidiu-se colher informação junto de oito médicos, o que representa o dobro do número dos enfermeiros e também o dobro do número de médicos responsáveis pelas consultas, por dia.

Foram entrevistados oito médicos, distribuindo-se pelas diferentes categorias profissionais de especialista, assistente hospitalar, assistente da Faculdade de Medicina, assistente graduado e chefe de serviço.

O critério que presidiu à sua escolha foi apenas o de, a partir de um primeiro contacto, se mostrarem dispostos a serem entrevistados para a concretização deste trabalho.

A formação médica foi adquirida entre os anos de 1955 e 1981 e o tempo de exercício na área de Obstetrícia varia entre os 7 e os 32 anos. Metade dos médicos ou sejam quatro, desenvolveram toda a sua carreira profissional na instituição onde se encontram a exercer funções e outros tantos tiveram experiências noutras instituições de saúde, nomeadamente no cumprimento do serviço médico à periferia.

Relativamente à especialidade que detêm, a maioria (seis) refere que foi a desejada, um foi a especialidade possível e outro considera que foi "circunstancial", em função das condições existentes na altura.

Grávidas - A determinação da amostra de grávidas tornou-se mais complexa, por um lado devido ao seu elevado número, por outro devido ao facto de, em cada dia, serem diferentes, levantando-nos algumas dificuldades práticas para a utilização de técnicas rigorosas de amostragem aleatória recorrendo, por isso, a uma amostragem por quotas.

Esta técnica de amostragem "consiste em obter uma representatividade suficiente tentando reproduzir, na amostra, as distribuições de certas variáveis importantes, tal como existem na população a estudar" (Ghiglione e Matalon, 1992:42).

Geralmente as quotas são definidas em função de algumas características simples da população em estudo. Estas variáveis são retidas, porque podemos conhecer a sua distribuição nessa população, sendo uma condição necessária para a aplicação desta técnica. Além disso, é necessário que sejam características fáceis de conhecer, que estejam relacionadas com o que desejamos estudar ou com outros factores que intervenham nas hipóteses definidas.

Quando se fixam as quotas, pode-se tratar as diferentes variáveis de forma independente ou cruzada.

Esta técnica tem a vantagem de ser sempre aplicável, qualquer que seja a população estudada, embora não conduzindo a amostras aleatórias, no sentido estatístico do termo.

Para a definição da nossa amostra considerámos um total de 40 grávidas a entrevistar, pois foi esta a técnica seleccionada para recolha da informação junto destas. Este total justifica-se pelo facto de representar 50% do número médio diário de grávidas que frequentam a consulta. Parece aceitável o tamanho da amostra, partilhando a ideia

de Ghiglione e Matalon (1992:55) que referem que quando se utilizam entrevistas, "é inútil interrogar um número muito grande de indivíduos, pois a experiência mostra que é raro surgirem novas informações a partir da 30ª entrevista".

Considerando as características do tipo de amostragem escolhido, referidas anteriormente, procedeu-se à colheita de dados relativos a algumas variáveis previamente definidas, referentes às grávidas que frequentaram o serviço de consultas externas, durante o período de uma semana, com a colaboração de alunos do Curso Superior de Enfermagem em estágio naquele serviço.

As variáveis consideradas foram a *residência* e as *habilitações literárias*. Relativamente à *residência* considerou-se a *localidade* e diferenciou-se esta em *urbana* e *não urbana*. Quanto às *habilitações literárias*, consideraram-se os grupos: não sabe ler nem escrever; instrução primária; do 5º ao 9º ano de escolaridade; ensino secundário; curso superior.

A escolha destas duas variáveis deve-se ao facto de nos permitirem confirmar se existe ou não alguma diferença significativa do conhecimento de crenças relativas à gravidez, entre as grávidas com níveis de habilitações literárias diferentes e com zonas de residência também diferentes.

Com base nos resultados do inquérito realizado a 276 grávidas, determinou-se o número e percentagem de cada grupo relativo ao cruzamento das variáveis consideradas.

Seguidamente, determinou-se o número de grávidas que fariam parte da nossa amostra, por cada grupo considerado, calculado na base de cada percentagem anteriormente encontrada, utilizando o total de 40 grávidas já definido, ficando as grávidas representadas neste total, por cada grupo, com as mesmas percentagens encontradas no total das 276 grávidas inquiridas.

Obtivemos, assim, a constituição da amostra, conforme os dados apresentados no quadro seguinte:

Quadro 1
Composição da amostra de grávidas

RESIDÊNCIA	URBANA		NÃO URBANA		TOTAL	
HABILITAÇÕES	Nº	%	Nº	%	Nº	%
- Instrução Primária	2	5,0	9	22,5	11	27,5
- Do 5º ao 9º ano	5	12,5	12	30,0	17	42,5
- Ensino Secundário	2	5,0	5	12,5	7	17,5
- Curso Superior	3	7,5	2	5,0	5	12,5
TOTAL	12	30,0	28	70,0	40	100,0

O grupo de grávidas entrevistadas foi constituído conforme os critérios definidos previamente, já descritos.

As idades variam entre os 21 e os 45 anos, apresentando uma média de idades de 29 anos.

As suas profissões são bastante variadas e, por isso, procurámos agrupá-las utilizando a classificação de profissões dos censos 91, apresentada por Lima (1991).

As empregadas domésticas formam o maior grupo (dez), o que poderá estar relacionado com o facto da maioria da nossa amostra (28) residir fora de zona urbana. Um segundo grupo, composto por sete grávidas, desenvolve a sua vida profissional na indústria têxtil, seguindo-se as docentes dos diversos níveis de ensino (5), desde o ensino pré-primário ao universitário. As empregadas administrativas formam um grupo de quatro, assim como as que desenvolvem actividades comerciais. O grupo das cabeleireiras surge a seguir com três. As restantes sete formam um grupo de outras profissões diferentes.

Esta heterogeneidade de profissões poderá justificar-se pela correspondente heterogeneidade de habilitações que apresentam as grávidas.

Do conjunto das grávidas, 17 são primigestas e para 19 esta é a 2ª gravidez, das quais duas referem ter tido já um aborto espontâneo; quatro já tiveram mais de 2 gravidezes, uma das quais também refere ter tido já um aborto espontâneo.

A maioria das grávidas, em número de 28, o que representa uma percentagem de 70%, planeou e aceitou a sua gravidez. Nove delas, não foram planeadas mas, no entanto, foram bem aceites (25%). Três não foram planeadas nem bem aceites pela grávida, correspondendo uma à 3ª gravidez, considerada de risco por hipertensão arterial da grávida, com 38 anos; outra é uma 2ª gravidez de uma grávida com 28 anos e a última, uma 7ª gravidez, considerada de risco, de 45 anos.

PARTE III

ANÁLISE DOS DADOS

1 - O CONTACTO DA GRÁVIDA COM A MATERNIDADE

A partir do início do período de observação que realizámos, pretendemos conhecer, para uma melhor compreensão do contexto, o circuito da grávida na instituição que lhe vai prestar os cuidados de que necessita e que passamos a descrever.

A marcação da primeira consulta pode ser feita pelo telefone até à véspera, ou no próprio dia, pessoalmente, até às 10 horas. As segundas consultas são marcadas pelo médico na consulta anterior.

Uma outra via de acesso a estas consultas é através dos Centros de Saúde, pelas *consultas de referência*. Através de um protocolo existente entre a Maternidade e a Administração Regional de Saúde (ARS), são atendidas, todos os dias, quatro grávidas provenientes dos diversos Centros de Saúde do Distrito, quando o médico de família entender que a grávida necessita de ser seguida por pessoal especializado.

Para assegurar a articulação e coordenação funcional entre os cuidados de saúde primários e os cuidados diferenciados, na Saúde Materna e Infantil, foram criadas as Unidades Coordenadoras Funcionais, com o objectivo de baixar a taxa de mortalidade materna e infantil, fomentando as consultas de referência e a interligação regular entre os Especialistas Hospitalares e os Clínicos Gerais, avaliando a sua eficiência e eficácia.

Uma vez chegada à Maternidade, a grávida dirige-se à secretaria onde faz a sua inscrição, fornecendo os dados necessários à abertura do seu processo, no caso das

primeiras consultas. Neste caso, seguidamente, é recebida pela Assistente Social, para identificação de possíveis situações que necessitem de intervenção deste técnico.

Depois, dirige-se ao serviço de consultas externas onde aguarda numa sala de espera. O seu processo é entregue aos enfermeiros por uma auxiliar de acção médica e, por ordem de chegada, são chamadas para que seja feita a *triagem*, constituindo este momento o primeiro contacto com os enfermeiros do serviço. Esta *triagem* consiste na determinação do peso, altura, glicosúria e Ph da urina (se é a 1ª consulta, a grávida colhe uma amostra de urina nessa altura; as outras, trazem já uma amostra de casa). Estas determinações são feitas junto a um balcão de atendimento.

Se é evidente alguma anomalia nos resultados, o enfermeiro procura saber a razão disso e explica os riscos de tal situação e aproveita a oportunidade para dar alguns conselhos, a fim de minorar ou evitar os riscos identificados que, na maioria das vezes, dizem respeito aos hábitos alimentares.

A determinação do peso é feita logo de seguida, notando-se alguma preocupação, por parte da enfermeira, em não publicitar o peso de cada grávida, limitando-se, geralmente, a dizer-lhes que aumentou ou diminuiu "tantos gramas". Esta preocupação parece traduzir uma perspectiva de individualização dos cuidados, evitando que a informação chegue às outras grávidas que estão próximas, não podendo ser motivo de comentários, por parte destas. É frequente constatar, apesar de tudo, a própria grávida manifestar um certo desacordo em relação ao peso determinado, quando este atinge valores fora dos parâmetros considerados normais.

Frequentemente, nestas situações, ouvem-se referências como: *mas eu não como quase nada!...*, constituindo mais uma oportunidade para o enfermeiro a esclarecer e orientar nesse sentido.

A segunda parte da *triagem* constitui uma situação mais individualizada, onde a grávida fica a sós, geralmente com um enfermeiro, por vezes dois, num pequeno gabinete. Depois de um breve diálogo, procurando pôr à vontade a grávida, se é a

primeira consulta, é-lhe explicada toda a dinâmica desta, como deve proceder relativamente às futuras consultas e esclarecer alguma dúvida apresentada ou responder a perguntas. Geralmente, são dados esclarecimentos relativos aos hábitos alimentares.

Em seguida, é medida a tensão arterial e preenchido um questionário que faz parte do processo clínico, em que as respostas são registadas com a utilização de símbolos, em função dos dados colhidos fornecendo, assim, informação ao médico sobre o estado actual da grávida. À medida que vão aparecendo respostas que o enfermeiro considere oportuno intervir, com algum esclarecimento, conselho, ele intervem.

Nas 150 situações observadas - a grávida a sós com o enfermeiro - não verificámos referências ao nosso objecto de estudo, as crenças. Portanto, nem as grávidas referiram nem o enfermeiro procurou saber. Poderemos, no entanto, considerar um caso em que o enfermeiro teve uma expressão que ronda este assunto, quando uma grávida se queixa com muita azia e ele diz: *então há-de ser peludinho!*, relacionando-se com a crença de que os pêlos do bebé provocam a azia da grávida.

Embora, à partida, se possa considerar uma situação privilegiada, em termos de individualidade, propícia à grávida expôr os seus problemas, as suas preocupações, as crenças, só algumas vezes isso acontece, devido ao pouco tempo que os enfermeiros se vêem "obrigados" a dispensar a cada uma, pois os médicos começam cedo a solicitar os seus processos e, como o número de grávidas a consultar é elevado, a disponibilidade para cada uma é reduzida.

À medida que as grávidas vão passando por esta triagem, encaminham-se para uma sala, onde esperam que sejam chamadas para a consulta médica. Este tempo de espera é ocupado, frequentemente, (dependendo da disponibilidade do enfermeiro) com sessões de educação para a saúde. Estas são orientadas por um enfermeiro que tem essa actividade a seu cargo.

Este tempo de espera foi por nós considerado a melhor oportunidade para fazer as entrevistas de que necessitávamos. Depois da "triagem", verificava-se, através do

processo, se correspondia aos critérios definidos para fazer parte da nossa amostra. Em caso afirmativo, contactava-se, explicando o que se pretendia e solicitava-se a entrevista. Todas as grávidas contactadas se disponibilizaram para isso.

Através deste serviço de consultas externas, as grávidas têm oportunidade de visitar a Maternidade para se irem familiarizando com toda a instituição, onde passarão alguns dias, quando "tiverem" o bebé. Para isso, os enfermeiros organizam uma visita a toda a Maternidade, uma vez por semana, de um grupo de grávidas, a partir do 7º mês de gravidez.

2 - DAS CONCEPÇÕES ÀS PRÁTICAS DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Foi nosso propósito, durante as entrevistas dos médicos e enfermeiros, obter informação que nos permitisse identificar o conceito de educação para a saúde de cada um.

Assim, a concepção de educação para a saúde dos médicos entrevistados, polariza-se em duas ideias. Por um lado, é considerada uma actividade fundamentalmente desenvolvida pelo pessoal de enfermagem. É manifestado o apreço por este trabalho, partindo do pressuposto que o grosso da informação que deve ser prestada à grávida já foi dado limitando-se, depois, a esclarecer questões pontuais quando a grávida lhas coloca.

Esta posição recorda-nos o ponto de vista de Chauvenet (1972:147) o qual refere que, em certas situações, *o trabalho do enfermeiro só existe a título residual e em relação ao trabalho do médico... Uma boa parte das tarefas atribuídas aos enfermeiros são as que o médico já não quer ou não pode efectuar*. Parece transparecer que esta aparente participação do enfermeiro no cuidado médico é uma delegação de poder que não poderá ser confundido com uma forma de trabalho em equipe.

Por outro lado, a ideia de que a educação para a saúde consiste nas informações pontuais dadas no decorrer da consulta, traduz uma concepção limitativa, respondendo, apenas, a aspectos específicos, perdendo-se a perspectiva globalizante da saúde da grávida. No entanto, a educação para a saúde é considerada fundamental para o esclarecimento de assuntos relativos à alimentação, higiene, descanso, fisiologia da gravidez.

Embora este conceito não coincida com qualquer um dos já apresentados neste trabalho, corresponde a um modelo de prática de educação para a saúde que se enquadra

nos modelos cognitivos, também já referidos, em que a tónica é posta na transmissão de informação pelo técnico de saúde.

Embora todos os médicos entrevistados considerem a educação para a saúde muito importante, apenas metade deles afirma que a fazem nas suas consultas, embora nas observadas se torne difícil identificar esses momentos, com excepção de uma consulta em que era dada muita informação sobre aspectos específicos, apenas inerentes a ela.

Os que não afirmam, explicitamente, essa prática, apresentam diversas justificações, nomeadamente que *o importante, talvez, tenha de ser feito na base, pelo médico de família, na instituição mais próxima dela...* (m.a.h.), atribuindo, portanto, essa função ao médico de família.

A falta de tempo, como consequência do grande número de grávidas a observar, constitui um factor apontado frequentemente, impedindo que os médicos procedam de outra maneira.

Reconhece-se, no entanto, a importância da disponibilidade do médico, na consulta, conforme nos referem: *muitas vezes, nas consultas, por culpa nossa, talvez, não lhes damos o tempo suficiente... As doentes, mesmo assim, quando lhe damos tempo e a maior parte das vezes também acontece, elas expressam as suas angústias, os seus medos, principalmente na 1ª gravidez.* (m.a.h.)

É evidente a atribuição dessa função ao pessoal de enfermagem, razão pela qual já não se justifica fazer na consulta: *... na fase da consulta propriamente dita, já não vão fazer muitas perguntas porque, como elas têm o ensino, perguntam muitas coisas ao pessoal de enfermagem.* (m.e.)

Normalmente, os ensinamentos são feitos pelo pessoal de enfermagem. E nós supomos que elas já ouviram os conselhos na gravidez... Normalmente só falo nesses assuntos quando a grávida me põe o problema. É evidente que iniciativa minha... às vezes esqueço-me. (m.a.h.)

Esta atribuição aos enfermeiros da prática da educação para a saúde parece justificar, a nível dos médicos, a sua pouca preocupação com ela.

A nível dos enfermeiros, a educação para a saúde é encarada, essencialmente, como a transmissão de informação e prestação de esclarecimentos. Coincide, de certo modo, com uma das concepções apresentadas pelos médicos, dando-lhe um âmbito mais alargado. Podemos-lo justificar, recorrendo às afirmações dos enfermeiros entrevistados que a entendem como a *informação ou conjunto de informações que devem dar ou transmitir às mulheres que frequentam a consulta, alertá-las para algumas situações que poderão decorrer e ensiná-las em dificuldades que tenham ou, se correm riscos, elucidá-las acerca desses riscos, quer para elas, quer para os filhos (e.e.)*. Ou ainda como uma *oportunidade para esclarecer as dúvidas das grávidas, informá-las de aspectos fundamentais sobre diversos assuntos e explicar, de uma forma diferente, os ditos sobre a gravidez que apresentam (e.e.)*, considerando, ainda, tratar-se de uma forma de promover a saúde.

As sessões de educação para a saúde são orientadas pelo enfermeiro responsável pelo serviço, verificando-se um grande entusiasmo da sua parte, por esta actividade, considerando estas sessões *umas conversas em família (e.r.s.)*, pois as grávidas ficam mais à vontade para poderem fazer perguntas sobre o parto ou a maternidade.

Todos os enfermeiros entrevistados dizem fazer educação para a saúde, mas individualmente, consideram a entrevista na triagem, um momento particular para o fazer. A preferência por esta modalidade é evidente, justificando-se porque muitas grávidas, em grupo, não se sentem à vontade para fazer perguntas. Assim é mais fácil perceber a situação da grávida, "situar-se na mentalidade dela" para, a partir daí, lhes fornecer as explicações necessárias. Para cada grávida, é preciso utilizar uma linguagem que ela entenda, o melhor possível, a realidade que se quer explicar.

É reconhecida grande importância e utilidade a esta actividade, por todas os enfermeiros, na medida em que, através deste *ensino*, estão a contribuir para o bem estar

da sociedade, para um maior equilíbrio na questão da saúde, para uma mais eficiente prevenção. É ainda encarada como momentos de esclarecimento e oportunidades que favorecem a confiança nos técnicos e na instituição, contribuindo para a diminuição dos medos vividos pelas grávidas.

Há, no entanto, quem manifeste alguma discordância sobre a maneira como alguns assuntos são, por vezes, abordados, quer em grupo, quer individualmente.

Tendo em conta a diferença de grupos socio-económicos das grávidas, há quem considere não ter sentido "teimar que a grávida vá ao dentista, quando se sabe que tem uma situação económica baixa e é muito difícil elas conseguirem uma consulta gratuita. Informar que pode ir, está bem, mas quase exigir, não. Não pode haver imposição" (e.e.).

Existe a mesma perspectiva relativamente à alimentação: *a gente tem que ensinar, realmente, no geral. Não se deve estar a dizer que deve comer isto, se a pessoa não tem.* Reconhece-se, no entanto, que depende, também, da pessoa, pois *umas aceitam muito bem, outras não. Um porque não podem, outras podem e não querem* (e.e.).

Também aparecem reservas relativamente à forma como é feito o ensino sobre o *trabalho de parto*, tendo presente algumas imagens que são apresentadas, considerando-as bastante violentas, referindo que já tem havido casos de desmaio das próprias grávidas. No entanto, *o trabalho de parto, o planeamento familiar e como hão-de agir para tratar do bebé*, são os assuntos referidos que despertam mais interesse nas grávidas.

A *alimentação, o tabaco*, são temas que parecem já não despertar tanto interesse. Aparecem, com alguma frequência, referências à incoerência entre o comportamento do técnico de saúde e aquilo que diz, nomeadamente, relacionado com o consumo do tabaco. A aceitação de uma recomendação para reduzir ou evitar o tabaco, feita por alguém que a grávida sabe que fuma ou já viu fumar, parece ter maior dificuldade em ser aceite.

Relativamente à necessidade de diminuição de peso, a situação é idêntica. Nem sempre as grávidas aceitam bem as orientações relativas a este aspecto. Por vezes, ficam até "ofendidas", quando o enfermeiro diz que uma grávida deve ter cuidado com a alimentação, sendo esclarecedor um caso relatado numa entrevista: *como a maior parte das enfermeiras do serviço são gordas, um dia, uma grávida olha para mim e disse: já se viu ao espelho? Eu disse: já sei o que me vai dizer, mas eu não estou grávida. Eu sei que me porto mal a comer, mas a senhora não vai fazer como eu (e.e.).*

Mais uma vez a questão da incoerência entre o que o técnico de saúde diz e aquilo que faz é posta em evidência, no contacto com as utentes do serviço.

Procurar saber que conhecimentos a grávida tem sobre a sua gravidez, nem sempre é preocupação de, pelo menos, alguns enfermeiros. Isto depende bastante da disponibilidade de tempo que houver. Quando acontece, é individualmente, durante a entrevista na triagem.

O enfermeiro que, habitualmente, faz as sessões de educação para a saúde às grávidas, considera-as mais propícias a conversas em que põem dúvidas, pedem esclarecimentos e é mais fácil aperceber-se daquilo que sabem sobre a sua situação. Acha que aprendem todas juntas. Reconhece que, muitas vezes, lhe ensinam coisas que não sabia: certos mitos, certas coisas que até pensa que já as ouviu dizer à sua mãe ou à sua avó e já se tinha esquecido.

Parece haver aqui uma identificação com as trajectórias de vida das grávidas, por parte do enfermeiro, reconhecendo saberes que lhes são comuns. Isto pode levar a uma indeterminação de fronteiras entre os saberes que o enfermeiro colheu das grávidas e os seus próprios saberes interiorizados ao longo de todo o seu processo de socialização.

Considera muito importante falar nos mitos, nas crenças, durante estas sessões porque, por iniciativa própria, geralmente, as grávidas não falam, embora isto as preocupe. "Começando a falar nestas coisas, as grávidas mais facilmente põem as suas dúvidas, as suas perguntas" (e.e. r.s.).

Está convicto de que aquilo que as grávidas ouvem dizer a outras pessoas, (vizinhas, pessoas mais antigas) influencia o seu comportamento, porque elas não comem certos e determinados produtos, porque pensam que lhe faz mal. Frequentemente apresentam situações de vizinhas ou de familiares distantes que justificam aquilo que dizem.

O seu entusiasmo por estas sessões é evidente: *gosto muito disto porque, realmente, faz-nos viver. Eu, quando estou a falar, parece que estou grávida, também. Faz-me rejuvenescer (e.e. r.s.).*

Apesar destas situações de relação, o contacto com a grávida é considerado *rápido*, devido à escassez de tempo e ao facto de alguns médicos começarem a consulta muito cedo, exigindo os processos de maneira a serem ouvidos pelas grávidas, provocando algum mal estar. Como consequência disto, encara-se a possibilidade de não se poderem vir a fazer as habituais reuniões de manhã, entre os enfermeiros, antes de iniciarem o atendimento das utentes. A existência de outro espaço, outra divisão, onde mais um enfermeiro possa fazer a *entrevista*, é considerada indispensável.

Outra alternativa apresentada que beneficiaria o contacto com a grávida, seria cada enfermeiro ficar adstrito a determinados gabinetes para, assim, ser sempre o mesmo enfermeiro a acompanhar as mesmas grávidas, o que ajudaria a criar uma maior confiança. *Porque há coisas que elas nos contam... e há pessoas que chegam tristes. Há senhoras que contam problemas que têm, pessoais. Assim, as pessoas vêm e não contam aquilo que, no fundo, as preocupa (e.e. r.s.).*

Quando aparece uma grávida a falar em coisas que lhe disseram as vizinhas, nomeadamente, algumas crenças, há a preocupação de elucidá-la de que o que lhe disseram não tem uma relação directa com o desenvolvimento da gravidez, que *isso não tem nada a ver com o caso (e.e.)*.

Um entrevistado considera que não há apoio dos médicos, em relação à educação para a saúde feita pelos enfermeiros, não dão importância, desvalorizam, verbalizando

expressões que, segundo ele, são frequentes, por parte dos médicos: *não tem mais nada que fazer! para que é isso? falam muito mas não resolvem nada!* (e.e.).

É manifesta uma grande desmotivação e insatisfação relativamente às funções do enfermeiro naquele serviço. *Para fazerem aquilo que a maior parte dos médicos querem que façam, não é preciso ser enfermeiro: chamar as grávidas para a consulta, qualquer elemento administrativo ou até auxiliar, consegue fazê-lo* (e.e.).

Manifesta preocupação relativamente ao questionário que é preenchido na triagem, antes da consulta pelos enfermeiros, em que alguns médicos têm uma desconfiança quase completa daquilo que é registado pelo enfermeiro. *Há médicos que, nomeadamente, na consulta, alteram os registos que a enfermeira fez. Se, como alguns pretendem, até isto deixar de ser feito, a enfermeira fica, praticamente, sem funções, sem razão de ser, na consulta. Limitar-se-ia a determinar a glicosúria e a pesar a grávida e, depois, a chamar a grávida para o consultório* (e.e.).

Neste relato transparece um conflito latente entre médicos e enfermeiras, pela desvalorização dos registos da enfermagem traduzindo-se, simultaneamente, numa desvalorização das suas práticas. Os médicos, ao preferirem colher, eles próprios, todas as informações, mesmo aquelas que está estabelecido que sejam as enfermeiras, podem estar a reduzir a "natureza específica do trabalho de enfermagem a uma mera execução de ordens de que os enfermeiros devem dar conta, devem justificar não por escrito, meio apenas destinado aos detentores de um saber central" (Carapinheiro, 1993: 192).

Esta é uma questão central a nível dos processos de comunicação enfermeiro-médico, orientando-nos para uma reflexão acerca da importância dos registos de enfermagem. Para além da complementaridade de informação que proporcionam, obrigam à definição de uma base de confiança mútua e respeito pelo carácter de interdependência do trabalho de cada um.

A atitude dos enfermeiros perante aquilo que a grávida possa dizer, nomeadamente, crenças, é de aceitação, procurando explicar *desmistificando um pouco*,

se tiver essa oportunidade, se a grávida o falar. Geralmente não fazem perguntas sobre estes assuntos. Consideram que não há muito tempo para estabelecer grandes conversas e os médicos começam muito cedo a pedir os processos.

Reconhecem que é importante o diálogo com as grávidas, mas factores como o espaço, o tempo disponível, pressões dos médicos, não permitem levá-lo a cabo como gostariam.

Relativamente ao conteúdo das intervenções das grávidas, nomeadamente, as crenças, referem que é de imediato aproveitado para esclarecimentos e, por isso, integrado quer nas sessões, como tivemos oportunidade de verificar, quer nas entrevistas, embora nestas raramente apareçam tais referências.

Reconhece-se que a informação transmitida pelas vizinhas acaba sempre por sobrepôr-se a toda e qualquer informação dada pelos enfermeiros, dificultando a comunicação enfermeiro-grávida e a aceitação de qualquer orientação.

Pelo que tem sido referido, podemos dizer que a valorização e prática da educação para a saúde constitui uma preocupação muito maior por parte dos enfermeiros do que por parte dos médicos, de acordo com aquilo que cada um expressou nas entrevistas e as situações observadas.

2.1 - AS SESSÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Podem ter lugar dois tipos de sessões diferentes, em função dos temas abordados, orientadas, também, por enfermeiros diferentes.

1 - Dirigidas às grávidas, sobre assuntos relacionados com a gravidez, nomeadamente:

- Os desconfortos da gravidez
- Alimentação da grávida
- Desenvolvimento fetal
- Trabalho de parto
- Puerpério

2 - Dirigidas às grávidas, por outro enfermeiro das consultas de saúde infantil, em momentos diferentes, sobre assuntos relacionados com os diversos cuidados a prestar ao bebé, depois do nascimento:

- Primeiros cuidados ao recém-nascido; o banho
- Aleitamento materno e artificial
- Vestuário do recém-nascido; a trouxa com a primeira roupa; a roupa da mãe
- Mobiliário, brinquedos: normas europeias de segurança
- Características do recém-nascido. Situações frequentes sem carácter patológico.
- Diarreia; vómitos; febre; choro;
- Prevenção de acidentes domésticos

Cada um dos temas, em ambas as situações, é abordado durante uma semana para, assim, permitir que as grávidas tenham oportunidade de assistir à explanação de vários temas diferentes.

Assistimos a 20 destas sessões, com o objectivo de identificar possíveis crenças relativas à gravidez e verificar a atitude da enfermeira perante essas crenças.

Decorriam numa sala com uma lotação para 25 grávidas e tinham uma duração entre 30 e 45 minutos. Em média, assistiram 16 grávidas a cada sessão.

Apesar de os enfermeiros incentivarem a presença dos maridos nestas sessões, apenas em quatro delas estiveram 2 em cada uma. A presença de futuras avós que acompanham as filhas, também se verificou em 5 sessões.

Para cada semana há um tema previsto para, assim, mais facilmente conseguir que o maior número possível de grávidas tenha oportunidade de assistir à apresentação de todos os temas previstos.

Geralmente, a exposição do assunto é acompanhada de diapositivos alusivos. Há, também, situações em que as sessões se revestem de um aspecto menos formal, havendo a preocupação, por parte do enfermeiro, desde o início, de saber as preocupações, dúvidas das grávidas, procurando esclarecê-las.

Como é uma situação que até as *ajuda a passar o tempo*, como nos foi referido, acabam por ficar mais à vontade para pôr algumas questões, dúvidas, preocupações, principalmente se a enfermeira orienta a sessão de uma maneira mais informal.

Aqui ouvimos algumas referências a crenças da gravidez que as preocupavam, quando se falava da alimentação da grávida. Estas eram relacionadas com o facto de comer polvo ou lulas, com uma referência especial aos tentáculos. O enfermeiro esclarece que há a crença, segundo a qual, comer polvo ou lulas faz com que o bebé venha com o cordão umbilical ao pescoço ou dizem que, depois, aparece um bicho. Refere-se à semelhança do polvo com a mola hidatiforme e daí dizer-se que aparece um bicho.

No fim de quatro sessões, estabelecemos diálogo informal com as grávidas sobre as crenças e aí foram referidas algumas. Duas grávidas referiram terem ouvido dizer que, *às vezes, em vez do bebé, nasce um bicho*, sem especificar o tipo de bicho.

Foi referido, várias vezes, que *não era bom trazer fios, cordões ao pescoço porque o bebé poderia vir com o cordão umbilical enrolado ao pescoço*. Também o *uso de chaves provocava manchas*.

No decorrer destas sessões, identificámos alguns factores perturbadores do seu desenvolvimento. O mais frequente e, talvez, o mais perturbador, é o ruído produzido pelo intercomunicador existente na sala, através do qual as grávidas são chamadas para a consulta médica com indicação do número do respectivo gabinete. Isto leva a que, frequentemente, saiam pessoas e o grupo vá diminuindo. Também os ruídos que, por vezes, são feitos no corredor contíguo à sala, provoca alguma perturbação.

Pelo que acabamos de dizer, a referência a crenças, durante as sessões, não é frequente, quer espontaneamente, quer por questões directas, postas pelo enfermeiro. No entanto, em conversas informais com as grávidas, logo após as sessões, verificamos que, facilmente, são referidas e é manifestada alguma preocupação relacionada com elas.

A preocupação de dar informação sobre os mais diversos assuntos relativos à gravidez parece, por vezes, sobrepôr-se ao reconhecimento da importância da existência de espaços para que a grávida exponha tudo o que a preocupa, nomeadamente, os ditos e crenças.

Assim, a integração dos saberes sociais, pelos enfermeiros, na educação para a saúde das grávidas é feita ocasionalmente, essencialmente quando são proporcionados às grávidas momentos para os verbalizarem, adquirindo um estatuto de pouca relevância no processo da gravidez e na prática da educação para a saúde.

2.2 - A CONSULTA MÉDICA

A penetração em cada consulta foi previamente acordada com o médico responsável pela mesma. Apesar disso, como em cada consulta havia sempre vários médicos, era necessária uma explicação a estes, da razão da nossa presença, feita pelo médico com quem tínhamos combinado ou por nós próprios, em função dos olhares interrogativos, perante a presença de uma pessoa estranha.

Apesar de tudo, não identificámos atitudes de rejeição ou de desaprovação da nossa presença, depois das devidas explicações sobre o que se pretendia.

No entanto, na justificação apresentada, principalmente em relação à explicação daquilo que se pretendia, houve necessidade de utilizar uma estratégia de omissão de um aspecto que considerámos fundamental, para não correr o risco de influenciar os resultados, de modo a não sugerir uma forma de conduta, por parte dos médicos retirando, assim, a possibilidade de as consultas se desenrolarem como habitualmente.

Esta estratégia consistiu em apenas referir que o que pretendíamos era registar o discurso da grávida para o médico e identificar possíveis crenças sobre a gravidez, omitindo que também nos interessava o discurso do médico para a grávida, se se preocupava com a existência de crenças da gravidez e sua atitude perante elas. Esta omissão parece-nos legítima já que, se não o fizéssemos, haveria grande probabilidade de os médicos questionarem as grávidas sobre o assunto, contrariamente ao que seria habitual, como viemos a constatar.

Assistimos a consultas orientadas por oito médicos, o que representa a consulta de 160 grávidas.

Relativamente às grávidas, a primeira referência que se nos oferece fazer é que a grávida é posta, muitas vezes, numa situação de *pouco à vontade* pois, geralmente, quando entra no consultório, depara com vários médicos à sua espera. Verificámos, numa das consultas que, à volta da secretária, estavam seis pessoas de bata para a

receber. Esta situação, só por si, reveste-se de alguma "espectacularidade", podendo levar as grávidas a tomar atitudes e comportamentos defensivos.

Com alguma frequência se identificavam sinais de ansiedade, de pouco à vontade, por parte delas: coradas, olhar rápido para todos os presentes, movimentos frequentes na cadeira, inclinar-se na direcção do médico que a atende para lhe dizer alguma coisa, de modo que os outros não ouvissem.

Esta situação dificulta o estabelecimento de um diálogo desejável, como nos confirmaram, também, alguns médicos nas entrevistas: *... o diálogo não é aquilo que a gente, muitas vezes, pretenderia. Normalmente há muitas batas brancas atrás da secretária; habitualmente assistem 4 pessoas à consulta e isso inibe um bocado a grávida. Tenho um consultório privado e aí a conversa é completamente diferente e o tempo da consulta é outro. Aqui, como há muitas pessoas, a grávida inibe-se um bocado. A pessoa que faz a consulta também não consegue, tão facilmente, fazer diálogo.* (m.a.h.)

O espaço da consulta, público ou privado, determina dinâmicas absolutamente diferentes. Há, até, quem considere que, *na gravidez, não é preciso o obstetra ser bom. É preciso o obstetra ouvi-las. É fundamental elas sentirem que têm um apoio ali e que, apesar de ter muito pouco tempo, o tempo que tem, lhes pode dedicar. É fundamental estabelecer uma ligação de confiança com a grávida.* (m.a.h.)

A presença de vários médicos é devida, principalmente, ao facto de a Maternidade fazer parte de um hospital escolar havendo, por isso, sempre muitos médicos em formação nos diversos serviços.

A cada médico era atribuída uma tarefa: um fazia a história clínica, outro preenchia as receitas, outro as requisições de exames, outro observava-a através do aparelho de ultra-sons, para ouvir os batimentos cardíacos do feto. Quando havia necessidade de fazer exame ginecológico, dirigia-se a um gabinete contíguo e era feito por um só médico.

A comunicação entre médico e grávida reduz-se, praticamente, às questões clínicas e técnicas. Não há tempo para mais, em função do grande número de grávidas a consultar, preocupação também expressa nalgumas entrevistas:

Os serviços de obstetria estão sobrecarregados de utentes e os médicos têm o tempo limitado para ver muitas doentes e depois são todas vistas mais ou menos da mesma maneira ou com o mesmo tempo e as pessoas são muito diferentes umas das outras. Devia-se pessoalizar mais a consulta, mas temos limites, quer físicos, quer de pessoas. O médico tem um limite de tempo para ver muitas doentes, limita-se mais às informações técnicas, mais específicas ou a falar da evolução da gravidez. (m.a.h.)

Deveríamos ter menos consultas para permitir que o casal estivesse junto na consulta. Não é possível, porque o espaço, o tempo, é pouco para tanta gente. Aqui, na consulta, isso não é permitido. Não dá. Muitas grávidas, pouco tempo... (m.e.)

«A mulher grávida torna-se "doente", sendo objecto de cuidados médicos, como alguém que tem problemas de saúde ou que sofre de qualquer deficiência.» (Kitzinger, 1978: 75)

Esta citação traduz grande parte dos casos da realidade observada, em que se reduz a grávida à condição de doente, confirmada também pelo discurso médico, com a utilização do termo **doente** quando se referem à grávida, como no extracto supra citado ou ainda: *as doentes, mesmo assim, quando lhe damos tempo, elas expressam as suas angústias, os seus medos, principalmente na primeira gravidez. (m.a.)*

Numa consulta de gravidez de risco a que assistimos havia, por parte do médico, uma explicação detalhada sobre o regime alimentar, uso de medicamentos e a auto-injecção de insulina. Como isto implicava um gasto de tempo maior que o habitual, a situação complica-se, pela necessidade de "despachar" todas as grávidas com consulta marcada. Por isso, havia momentos em que se juntavam no consultório três grávidas para consulta. Impossível a privacidade.

O termo "despachar" é o utilizado por alguns médicos nas entrevistas, quando se referem à necessidade de gastar pouco tempo com cada grávida.

As nossas consultas são um bocado baralhadas. Eu tenho, normalmente, mais de 20 grávidas, por manhã. Tenho muita gente e tenho necessidade de despachar.
(m.a.g.)

Como as grávidas são muitas, há uma certa limitação de horário, porque as grávidas também estão sempre apressadas, nós entramos num mecanismo, sem querer, em que tentamos despachar as grávidas. (m.a.F.M.)

As referências às condições de trabalho no discurso médico, principalmente relativas a falta de espaço e elevado número de grávidas por médico, são frequentes.

Paralelamente, reconhece-se que, quando se cria um espaço propício, a grávida expressa as suas angústias e os seus medos.

Indiscutivelmente, estas oportunidades levam à diminuição da ansiedade concretizando-se, com esta prática, uma personalização dos cuidados médicos, caminhando-se para uma medicina cada vez mais humanizada. Poder-se-á dizer que "toda a situação de cuidados é uma situação *antropobiológica*" (Collière, 1989:295), tendo em conta o homem inserido no seu meio, com as suas referências simbólicas, hábitos, valores, crenças. Será necessário, então, tornar significativas as informações que os utentes transportam e que podem ser transmitidas nas mais diversas formas de comunicação não verbal, através de uma linguagem do corpo, do olhar, da face, da postura...

Esta perspectiva antropológica de prática da consulta médica ou de qualquer outra prática de cuidados permitiria uma melhor compreensão global de cada utente dos serviços de saúde. Se não, entrar-se-á pela *rotinização dos cuidados*, em que o número continuaria a ser o melhor indicador de eficiência desses cuidados.

Reportando-nos ainda ao conteúdo de entrevistas a médicos, a consulta de obstetria para ser bem feita, deveria demorar bastante tempo, porque há grávidas que,

muitas vezes, se inibem de pôr vários problemas, da sua vida privada, da sua vida sexual. Teria que ser uma consulta em que entrasse uma de cada vez, em que podessem pôr a grávida à vontade para expôr todos os seus problemas, o que não acontece, por falta de gabinetes, a presença de vários médicos, muita gente que entra e sai. Por isso, muitas vezes, os aconselhamentos são esquecidos. Medem a barriga, auscultam, verificam se o bebé está bem e pedem os exames que são indispensáveis e, muitas vezes, esquecem o diálogo.

A importância de uma comunicação mais íntima entre a grávida e o obstetra é hoje indiscutível. Ouvir as suas queixas, apreensões, dúvidas, crenças, com serenidade é um ponto de partida para a construção de uma confiança recíproca que se prolonga até ao parto e para além dele, contribuindo para a diminuição dos medos, ansiedades e angústias passíveis de influenciarem todo o período da gravidez e parto.

Podemos identificar alguns factores que dificultam o estabelecimento de uma relação mais íntima, mais individualizada. Uns mais directamente ligados às grávidas, outros mais aos médicos, outros ainda ligados à estrutura geral do serviço.

Uma espera muitas vezes prolongada pode despertar na grávida um sentimento de desamparo, de ter sido esquecida e, ela própria, no momento da consulta manifesta o desejo de ser "despachada" rapidamente, porque já esperou muito, está atrasada, preocupações com o transporte ou com a dispensa do emprego. Para além da constatação deste facto, também o confirmam as entrevistas efectuadas: *muitas vezes é imposto por elas. Muitas vezes nós somos condicionados a acelerar um pouco a consulta e a prestar menos atenção a problemas que eu acho que são fundamentais; a obstetrícia não é só medir a barriga nem é só auscultar o bebé e ver se os outros parâmetros estão bem. Há muitos medos, muitos receios, principalmente no final da gravidez, como é que vai ser, se o bebé vai nascer bem, se vai ser parto normal, se vai ser cesariana e, muitas vezes, elas não põem esses problemas porque estão com pressa ou porque nós, também, nos esquecemos algumas vezes disso. (m.a.h.)*

Seria de toda a vantagem para as grávidas que o período de espera fosse reduzido o mais possível, programando uma hora para cada consulta e respeitando, tanto quanto possível, a marcação feita.

O "estado de espírito" do médico com que a grávida se depara, também não é indiferente ao estabelecimento de uma relação durante a consulta. As preocupações, ansiedade, incertezas da grávida surgidas em consequência de um longo período de espera, facilmente podem ser direccionadas contra o médico, como responsável dessa situação, mas raramente são expressas de uma forma directa. No entanto, tais sentimentos podem inibir e perturbar a confiança e a disposição em colaborar (Tahka, 1988).

O ambiente no consultório reveste-se, também, de grande importância. Quando se dirige ao seu médico, a grávida deve poder sentir que é o único objecto de interesse exigindo-se, para isso, uma privacidade durante a consulta que, por vezes, não encontra. Se a presença de vários médicos pode ser perturbadora da maneira de estar da utente, a presença de outra ou outras grávidas na mesma consulta sê-lo-á, certamente.

Uma consulta com privacidade, sem interrupções, pode ser considerada como pré-requisito para a grávida contar ao médico aspectos íntimos da sua vida que podem ser fundamentais para a compreensão da sua situação, esclarecer as suas dúvidas, diminuir a sua ansiedade, os seus medos e angústias.

Fazer transparecer, por parte do médico, a falta de tempo para dedicar a cada utente, pode ser uma forma de coartar o desejo da grávida cooperar, comunicar e de reforçar os sentimentos de ansiedade e um certo desinteresse. É frequente, durante as consultas, ouvir os médicos fazerem referências ao "monte" de processos que ainda têm para ver, fazendo de imediato uma ligação às horas. "Pressões de tempo", ligadas ao grande número de grávidas, são justificações frequentemente dadas para não poderem dedicar mais tempo a cada grávida.

Quanto ao nosso objecto de estudo, são poucas as referências que surgem. Apenas um médico, em conversa, enquanto prepara e examina a grávida, fala em crenças, especificamente relacionadas com a predição do sexo do bebé. É uma conversa espontânea, em que as grávidas participam facilmente, em que ouvimos estas referirem:

- É uma menina, porque as pessoas dizem que mexe mais do lado direito.

- Se a gente pegar num bebé, se ele chorar, é um menino, se não chorar, é menina.

Quando foi do outro, aconteceu assim. Quando eu pegava um bebé, ele chorava que se matava.

- Se a barriga da grávida é redonda é rapariga e bicuda é rapaz.

- Dizem que é rapaz, por causa da maneira como ando.

- É rapaz mas toda a gente dizia que era rapariga, por causa da forma da barriga (redonda).

- Diziam que era rapaz porque tinha a cara bonita. Outros dizem que é rapaz por causa da barriga redonda.

- É rapaz por causa da barriga e da cara.

- Toda a gente dizia que era rapariga, por causa da cara. Esteve sempre bonita, nunca tive manchas e também pela barriga. Mas enganaram-se: é rapaz.

- Tudo dizia que era rapariga, porque a barriga era redonda, mas é um rapaz.

As crenças referidas pelas grávidas dizem respeito, principalmente, ao aspecto da sua cara, embora contraditórias, pois para umas o facto de ter a cara bonita significa ser um rapaz, para outras, uma rapariga, o mesmo acontecendo com o significado do formato da barriga.

A integração dos saberes sociais, pelos médicos, torna-se despercebida, pela dificuldade em identificar a existência de situações de educação para a saúde.

Embora se tivesse verificado numa consulta em que o médico questionava as grávidas sobre "coisas que sabiam ou que tinham ouvido dizer" para adivinhar o sexo do

bébé, essa situação parece ser, essencialmente, para satisfazer uma curiosidade do médico, provavelmente em consequência do conhecimento do assunto do trabalho que se estava a realizar e não para servirem de base a qualquer informação ou esclarecimento, no âmbito da educação para a saúde.

Relativamente às situações aqui descritas a partir das observações realizadas, procurando fazer uma breve síntese, podemos identificar três momentos fulcrais sob o ponto de vista relacional grávida-técnico de saúde.

O primeiro contacto com os enfermeiros, a que se chamou *triagem*, é de uma importância relevante, pois aqui se inicia o processo de prestação de cuidados à grávida e de estabelecimento de confiança que consideramos fundamental para o sucesso dos cuidados a prestar. Aqui, os enfermeiros dão ênfase aos "actos clínicos", nomeadamente, à determinação de valores indispensáveis para uma informação tão completa quanto possível ao médico e ao esclarecimento de dúvidas apresentadas pela grávida e ainda a orientações consideradas pertinentes. Às grávidas que frequentam a consulta pela primeira vez, é-lhes explicada a dinâmica da mesma e como deve proceder relativamente a futuras consultas. As oportunidades dadas às grávidas para expôr, espontaneamente, as suas dúvidas, preocupações, suas crenças, são pouco frequentes.

A consulta médica constitui o segundo momento importante. Muitas vezes traduz-se na constatação de que está tudo bem, embora numa consulta se demonstrasse interesse, por parte do médico, em saber as crenças sobre a predição ou adivinhação do sexo do bebé, estabelecendo facilmente diálogo com as grávidas sobre isso. Noutra, havia, por parte do médico, uma explicação pormenorizada àcerca das regras alimentares e a auto-injecção de insulina.

O terceiro momento diz respeito às sessões de educação para a saúde orientadas pelos enfermeiros. Aqui há a transmissão de muita informação e é o espaço privilegiado

onde as grávidas põem dúvidas, pedem esclarecimentos e onde ouvimos referir algumas crenças, já descritas atrás.

2.3 - CONHECIMENTO DAS CRENÇAS, PELOS MÉDICOS E ENFERMEIROS

A prestação de qualquer cuidado de saúde traduz-se no encontro do técnico com uma ou várias pessoas em situação de doença, desequilíbrio, ou que se encontram numa situação que pode interferir no seu estado de saúde. São os utilizadores dos cuidados a primeira e principal fonte de conhecimentos, pois detêm todos os elementos fundamentais que vão permitir o conhecimento e compreensão da situação (Collière, 1989).

É a partir desta informação, verbal ou não que, numa situação de educação para a saúde, é possível ao técnico de saúde ir de encontro às necessidades dos utentes, compreender as ligações que existem entre os diversos elementos da informação e o que tentam comunicar sobre o que os preocupa, como percebem a sua situação.

Segundo a perspectiva de Collière (1989:296), numa situação de educação para a saúde, «se aquele que penetra no âmago de uma situação projecta nela os seus conhecimentos e o seu saber, antes de deixar vir a si as informações, os dados, já investiu a situação de tudo o que lhe é próprio, sem nenhuma referência para saber se o que propõe é ou não conciliável, se é adequado ou inadequado».

Reforça, assim, a importância do conhecimento, por parte dos técnicos de saúde, de todos os elementos inerentes à situação dos utentes, incluindo as dúvidas, preocupações, angústias, crenças.

Relativamente à situação que estamos a analisar, as *crenças sobre a gravidez* traduzem preocupações, manifestadas algumas vezes pelas grávidas aos enfermeiros, quer durante as sessões de educação para a saúde, quer durante a entrevista na triagem, embora nesta mais raramente.

Nesse sentido, procurámos conhecer as crenças transmitidas pelas grávidas aos enfermeiros e, também, aos médicos durante as consultas.

Referidas pelos enfermeiros:

* *Subir a uma cerejeira, pode fazer nascer um bicho.*

Explicação da enfermeira: *é perigoso subir a cima de uma cerejeira, pode partir uma braça e as senhoras caírem e aleijarem-se. A cerejeira é uma coisa que rasga muito. Os antigos não tinham os livros, tinham a mente para trabalhar. Já ouvia dizer aquilo, quando as minhas tias andavam grávidas, a minha mãe... (e.e.r.s.)*

* *Se comer polvo, raia, nasce um bicho. Pode vir com mais pernas ou mais dedos.*

Explicação da enfermeira: *Trata-se de uma mola hidatiforme e a sua aparente semelhança, leva-as a dizer que é um bicho. O polvo é um molusco, é de mais difícil digestão, os antigos não tinham outra maneira de transmitir e faziam-no assim. (e.e.r.s.)*

* *Não devem trazer objectos cortantes ou de metal no bolso (chaves, tesouras), podem pôr marcas no bebé.*

Explicação da enfermeira: *podem cair e aleijarem-se, picar-se. Penso que era isso que os nossos antigos lhes queriam transmitir. Estas referências são feitas mais pelas grávidas das aldeias, mas também aparecem em senhoras com nível social mais elevado. (e.e.r.s., 55A) ou podem aparecer manchas. (e.e.)*

* *Não devem trazer coisas ao pescoço (colares, fios) - dizem que os bebés podem trazer o cordão, a envide, enrolada ao pescoço. (e.e.; e.e.; e.e.r.s.)*

Explicação da enfermeira: *Nós temos que dizer que não é nada por isso, foi porque o bebé deu várias voltinhas dentro da mãe, enquanto tinha espaço. (e.e.r.s.)*

* *Não usar cintos, porque o bebé vem com o cordão à volta do pescoço. (e.e.)*

* *Se a grávida tem azia, é porque o bebé será muito cabeludo. (e.e.)*

* *Se a grávida anda muito bonita, deve ser uma menina e, se traz pano na cara, é menino. Mas isso difere de terra para terra. (e.e.)*

* *Se a barriga está mais descida, é menina. (e.e.)*

Relativamente a estas últimas quatro crenças referidas, os enfermeiros não apresentaram qualquer explicação.

Referidas pelos médicos:

As crenças referidas pelos médicos, transmitidas pelas grávidas, dizem respeito, essencialmente, a interdições de comportamentos das grávidas.

* A crença mais referida é a *proibição de comer polvo ou lulas*, sendo diversas as justificações apresentadas, nomeadamente, porque faz mal ao bebé, ou porque pode nascer um monstro (m.a.f.) ou um bicho (m.c.s.) e ainda porque o bebé pode nascer com uma circular no pescoço (m.a.h.; m.a.g.). Esta última justificação, referem, pode ser atribuída à semelhança entre os tentáculos do polvo e o cordão umbilical.

* *As grávidas não podem usar colares, cintos, fios, medalhas* (m.a.h.;m.c.s.;m.a.h.) porque podem aparecer sinais, manchas, no bebé ou mal-formações (m.c.s.), ou ainda porque o bebé pode nascer com uma circular do cordão umbilical no pescoço. (m.a.g.)

* *Não podem ter gatos ao peito nem na barriga*, porque o bebé vem com malhas.(m.a.g.)

* *Nas fases precoces da gravidez, se encontram um gato preto ou se passam por baixo de uma escada, podem abortar.* (m.a.h.)

* *Trazer o colete apertado até cá baixo, para a criança não subir.* (m.c.s.)

* *Não podem comer azeitonas*, porque depois nasce o bebé com o sinal na cara. (m.a.g.)

* *O chá de talo de silva, faz urinar melhor.* (m.a.g.)

* *O chá de ivericão faz bem à azia ou perturbações gástricas.* (m.a.g.)

* *As mudanças de Lua influenciam a data do parto.* (m.a.g.)

* *Se a grávida tem a cara bonita e a barriga redondinha, é menina. Se a barriga é empinada, é um rapaz ou se a cara é cheia de pano. (m.a.g.)*⁶

* *Utilizar a salsa ou a carqueja como condimento, pode provocar o aborto (m.g.e.).* Esta crença poderá estar relacionada com o facto de que, antigamente, alguns abortos eram feitos com pés de salsa e com carqueja. Então as pessoas não associam ao facto de ser uma atitude mecânica, ficando apenas a relação da salsa ou carqueja com o aborto, como crença. (m.g.e.)

Os médicos referem que, além disso, quando surge alguma grávida a pôr estas questões, o que vai acontecendo cada vez menos, procuram esclarecê-las, mas reconhecem que "estas coisas" estão tão arraigadas nas pessoas que, por mais que se fale nelas, continuam a ter as suas crenças, considerando que aceitam melhor aquilo que foram ouvindo ao longo dos anos, do que aquilo que se lhes possa dizer. Reconhecem que há situações em que a transmissão dos saberes sociais acaba por ter mais força e determinar o comportamento da grávida do que, propriamente, a informação que os técnicos de saúde lhe possam transmitir sobre as mesmas coisas, nomeadamente, relativas à alimentação, aos receios, aos medos.

Estas referências vão sendo cada vez menos frequentes, considerando alguns factores que contribuem para isso: a grávida tem vergonha de as dizer; as pessoas estão mais informadas, esclarecidas e porque, antes de as grávidas irem para a consulta, são esclarecidas pelos enfermeiros.

De igual modo, os enfermeiros, nestas situações, dizem que esclarecem as grávidas de imediato. No entanto, nas observações que fizemos, raramente isso

⁶ Algumas das crenças referidas até aqui não foram acompanhadas de qualquer explicação, por parte dos médicos.

acontece, porque são poucas as vezes que a grávida fala nisso espontaneamente, quer aos enfermeiros, quer aos médicos.

Procurando fazer uma breve comparação entre as crenças referidas pelos dois grupos profissionais, verificamos que os médicos expressam maior número de crenças do que os enfermeiros e, apenas três delas são comuns. Parecia-nos, à partida, que os enfermeiros conheceriam mais crenças que os médicos, até porque têm momentos de contacto com as grávidas propícios à exploração destes ou de outros saberes - as sessões de educação para a saúde - embora, por vezes, tivessem referido que era possível que conhecessem mais mas que, no momento da entrevista, não se lembravam.

Esta situação surge-nos, à priori, com alguma contradição com as observações realizadas. Isto é, verificou-se que os enfermeiros, nas sessões de educação para a saúde, por vezes, proporcionam oportunidades para as grávidas exporem as suas preocupações, esclarecerem as suas crenças, o que aconteceu algumas vezes. Pelo conteúdo das entrevistas, os enfermeiros estivessem na posse de maior número de crenças do que os médicos, o que raramente, nas consultas médicas isto não foi verificado. Assim, esperar-se-ia que os não acontecesse.

Tendo em conta o conteúdo de algumas entrevistas, isto poderá dever-se ao facto dos médicos que têm consultório particular dedicarem muito mais tempo a cada grávida numa consulta do que na Maternidade e, desse modo, sentir-se mais à vontade para fazer essas referências.

Um outro factor que poderá influenciar esta situação, é o facto da prática da educação para a saúde estar inscrita nas competências profissionais dos enfermeiros, aparecendo as crenças aqui com um lugar próprio, acabando por haver uma banalização dessa prática e, conseqüentemente, também das crenças. Assim, elas perdem importância, também, na sua transmissão a outros, quando se torna necessário.

A nível dos médicos, como não há um lugar formal para estas situações, as crenças poderão aparecer como um certo *folclore* do conhecimento, isto é, como a parte mais espectacular e característica do discurso das grávidas para o médico, que estes facilmente retêm.

Não podemos, no entanto, esquecer que o número de médicos entrevistados foi o dobro dos enfermeiros, em função dos critérios definidos para a selecção da amostra, o que também poderá ter o seu peso nesta situação.

3 - OS SABERES DAS GRÁVIDAS.

3.1 - OS PRIMEIROS CONHECIMENTOS

Momento - Determinar o momento em que se adquiriram os primeiros conhecimentos sobre um assunto, torna-se difícil, principalmente se forem diversas as formas e as oportunidades de informação. Esta dificuldade apresentam-na as grávidas entrevistadas, relativamente à definição dos momentos da aquisição dos primeiros conhecimentos sobre a gravidez. Eles são diversos, um pouco indefinidos e ocupam um leque de idades bastante alargado, desde a idade da escola primária (referida por 3 grávidas) até ao momento em que ficaram grávidas pela primeira vez (referência de 6 grávidas).

A idade escolar, nomeadamente a correspondente ao ciclo preparatório, parece ser a fase privilegiada para o início da aquisição destes conhecimentos, uma vez que 15 grávidas o referem, representando uma percentagem de 37,5%. As conversas com as colegas de escola eram os momentos mais escolhidos para falarem destes assuntos: *andava no ciclo. Era mais em conversa com as colegas (gráv., 32A, 2ª grav.). Foi no tempo da escola, com as colegas (gráv., 27A, 2ª grav.).* As aulas eram também importantes para estas aquisições: *quando entrei para o ciclo. Fala-se umas com as outras e também nalgumas aulas (gráv., 35A, 1ª grav.). Foi, praticamente, na escola, no 2º ano porque, a partir daí, os professores ensinaram algumas coisas (gráv., 25A, 1ª grav.).*

Reconhecem que obtiveram os primeiros conhecimentos sobre a gravidez, apenas, quando ficaram grávidas pela primeira vez, seis delas, através de conversas com as amigas e vizinhas. Uma delas refere que as primeiras coisas que soube foram os médicos e enfermeiros que lhe falaram, quando começou a frequentar as consultas, para

além de uma outra que, embora sendo esta a sua terceira gravidez, nunca tinha tido consultas de vigilância.

Um caso que não pode deixar de causar alguma admiração, é o de uma grávida que, sendo a 7ª gravidez, nunca tinha tido, também, consultas de vigilância das gravidezes anteriores, tendo os filhos nascido todos em casa. Confessa que não sabe nada acerca da gravidez, como se desenvolve o feto, porque nunca ninguém lhe explicou.

A aquisição tardia dos primeiros conhecimentos sobre a gravidez parece derivar de diversos factores, mas a nenhum deles, só por si, poderá ser atribuído esse facto.

Um dos factores que pode ser apontado é o baixo grau de escolaridade de quatro das grávidas referidas, que têm a instrução primária ou o antigo 1º ciclo. No entanto, as outras duas grávidas têm habilitações de nível superior, pelo que não se poderá atribuir a causa desta situação ao factor "habilitações" isoladamente.

A elevada média das idades deste grupo de grávidas poderá, também, ter influência. Variam entre os 24 e os 45 anos, apresentando uma média de idades de 34,2 anos. Este factor pode influenciar, na medida em que a escolaridade obrigatória das grávidas mais idosas se situava a um nível relativamente baixo e, conseqüentemente, alguns assuntos relativos à gravidez, fecundação, não eram abordados nos currículos escolares, contrariamente ao que referem as grávidas mais jovens.

Tipo de conhecimentos - Os primeiros conhecimentos adquiridos dizem respeito, fundamentalmente, a:

- Gravidez, fecundação (35 referências)
- Desenvolvimento do feto (6 referências)
- Parto (5 referências)
- Educação sexual (4 referências)
- Outros (3 referências)

Fonte dos primeiros conhecimentos - As fontes dos primeiros conhecimentos são diversas apresentando, geralmente, cada grávida, mais do que uma.

A leitura de livros e revistas parece ser a fonte de informação mais utilizada, uma vez que 24 grávidas (60%) o referem.

A escola, concretizada na informação dada pelos professores nas aulas, parece ter, também, um papel relevante, referida por 12 grávidas (30%), tanto mais que, se considerarmos a referência a colegas de escola por 19 grávidas (47,5%), poderemos considerar a escola como principal fonte de informação, quer por professores, quer por colegas, uma vez que totalizam 31 referências (77,5%).

As pessoas da família têm, também, o seu lugar nesta transmissão, aparecendo a mãe com 10 referências, irmãs com 9, cunhadas com 3 e a sogra com 1 referência.

De salientar a forma de transmissão de conhecimentos, referida por uma grávida: *A minha mãe explicava, pois era parteira. Era parteira dela própria. Dizia que se punha de joelhos, ao fundo da cama, punha algumas mantas no chão e uma almofada e tinha os filhos assim. E ela explicava-me. Dai é que eu fiquei a saber tudo. (gráv., 29A, 2ª grav.)*

As colegas de trabalho e as amigas desempenham um papel significativo nesta teia de informações, uma vez que são referidas por 5 e 7 grávidas, respectivamente.

Os médicos e enfermeiros também são referidos (3 referências) como fonte dos primeiros conhecimentos, facto que aconteceu já depois de ficarem grávidas, conforme o expressaram.

As pessoas casadas, mais velhas (2 ref.), também são referidas, assim como a catequista (1 ref.) e um curso pré-matrimonial (1 ref.).

Vemos, assim, que o processo de aquisição dos primeiros conhecimentos sobre a gravidez é bastante complexo quanto ao momento em que isso acontece, uma vez que há

uma grande heterogeneidade nos momentos referidos pelas grávidas. No entanto, a idade escolar, nomeadamente do ciclo preparatório (actual 2º ciclo), parece ser o momento em que maior número faz as suas primeiras aquisições, embora também possamos identificar casos de aquisição tardia desses conhecimentos, nomeadamente, apenas quando ficam grávidas a primeira vez. Esta aquisição tardia pode ser atribuída, principalmente, a três factores: baixo grau de escolaridade, residência em zona não urbana e idade.

Quanto ao tipo de conhecimentos, são relativamente definidos pelas grávidas. Relativamente à fonte dos primeiros conhecimentos, é um aspecto bastante complexo, em virtude da sua diversidade expressa pelas grávidas. No entanto, podemos dizer que a escola é a mais comum.

Foi nossa preocupação saber que informação receberam as grávidas, enquanto frequentavam as consultas, dos técnicos de saúde que mais de perto contactam com elas, nomeadamente, os médicos e os enfermeiros e em que momento essa informação foi dada.

Questionadas sobre o assunto, 21 grávidas (52,5%) reconhecem que já receberam informação dos médicos, durante a consulta. Esta informação versa, fundamentalmente, os cuidados a ter com a alimentação, conforme foi referido por 18 grávidas.

Informação sobre a gravidez e o desenvolvimento fetal foi obtida por 6 grávidas; sobre as contra-indicações do fumo do tabaco por 3 e sobre as vantagens de evitar esforços, grandes viagens, por uma.

Os enfermeiros parecem ter um papel mais relevante neste campo, o que confirma o que já afirmámos na descrição das observações realizadas, uma vez que 24 grávidas (60%) referem ter já recebido deles informação sobre diversos assuntos, dos

quais podemos destacar a alimentação da grávida, gravidez, desenvolvimento fetal e crenças. Esta informação é dada durante a triagem, na entrevista.

No entanto, constatamos que esta informação é bastante mais alargada, em virtude de 15 das grávidas entrevistadas (37,5%) nos confirmarem que já assistiram a sessões de educação para a saúde e o leque dos assuntos nelas desenvolvidos e referidos por elas é bastante mais amplo, constituindo um rol de temas que se tornaria exaustivo transcrever aqui.

Para além dos conhecimentos específicos relativos à situação de gravidez, transmitidos pelos médicos e enfermeiros, as grávidas possuem conhecimentos, sem lhe atribuírem uma fonte específica. Esta dificuldade na identificação da fonte desses conhecimentos é compreensível, na medida em que muitos deles adquirem a forma de *conhecimento popular* ou *de senso comum*, sendo uma *informação íntima, porém não sistematizada* (Ferrari, 1982:6) levando, contudo, a procedimentos coincidentes com os aconselhados pelos técnicos de saúde, durante este período.

3.2 - AS REPRESENTAÇÕES DA GRAVIDEZ

Para analisarmos a representação da gravidez, considerámos importante a identificação de um *núcleo central* (Abric, 1989) do discurso das grávidas nas entrevistas, quando falam da gravidez procurando, assim, organizar a sua representação.

A própria complexidade do conceito de representação, analisada já na parte I deste trabalho, encontra-se agora na identificação da representação da gravidez, criando alguma dificuldade na sua elaboração. No entanto, pode ser identificado um primeiro núcleo dessa representação, que apresenta a gravidez como um estado indefinível, apesar de cada grávida falar da sua gravidez. Assim, há uma representação mental individual que, por isso mesmo, dificulta defini-la como social.

Esta dificuldade em responder à pergunta *o que é para si a gravidez* identifica-se em expressões, como:

- *É um estado muito indefinido.* (gráv. 31A, 2ª grav.)
- *É uma coisa que só quem passa por ela é que pode dizer.* (grávida, 35 A, 1ª grav.)
- *Não sei como é que hei-de explicar.* (gráv. 27A, 2ª grav.)
- *Não dá para explicar como é a sensação de ter um ser cá dentro...* (gráv. 26 A, 1ª grav.)
- *É uma coisa que a gente nem sabe explicar.* (gráv. 27 A, 2ª grav.)
- *É uma coisa boa que eu não sei explicar.* (gráv. 38A, 2ª grav.)

No entanto, estas expressões são sempre acompanhadas de outras que traduzem um sentimento de satisfação ou realização.

Verificamos que 30 grávidas entrevistadas (75%) exteriorizam uma representação positiva da sua gravidez, através de estados de bem-estar, satisfação e realização, enquadrando-se na representação de um *estado de saúde*, encarando esta no seu sentido amplo de bem estar, coincidente com a dimensão de equilíbrio apresentada por Herzlich, desenvolvida anteriormente.

A confirmá-la, podemos referir alguns extratos de entrevistas a grávidas, agrupando-os de acordo com o que se acaba de dizer:

*** Satisfação pessoal:**

- *É uma alegria* (gráv., 29A, 2ª grav.)
- *É uma coisa muito boa. É uma coisa fantástica. Sentimos que temos alguém dentro de nós.* (gráv. 35A, 1ªgrav.)
- *É uma sensação boa, é uma sensação maravilhosa... é ótimo.* (gráv. 28A, 2ª grav.)
- *Tem sido uma maravilha. É uma sensação boa.* (gráv. 26A, 1ªgrav.)
- *Gosto de estar grávida. É bonito, é bom.* (gráv. 24A, 2ªgrav.)
- *Ando muito contente, muito feliz. É lindo.* (gráv. 32A, 2ª grav.)
- *Estou feliz, é uma alegria.* (gráv. 25A, 1ªgrav.)
- *É uma sensação boa. Sinto-me bem, é giro.* (gráv. 29A, 1ª grav.)
- *É uma coisa maravilhosa. Eu gosto da minha barriga, gosto de estar de bebé.* (gráv. 26A, 1ªgrav.)
- *Sinto-me especial pelo facto de andar grávida. Sinto-me bem. Até em casa me sinto bem.* (gráv. 30A, 1ªgrav.)
- *É a espera de um filho, de um ser que nasce, que nos vai acompanhar, nossa companhia... nossa alegria.* (gráv. 24A, 2ª grav.)
- *Para mim, agora, é vida e ando muito bem.* (gráv. 30A, 1ªgrav.)
- *A gravidez, para mim, é a coisa mais bonita do mundo... andar grávida.* (gráv. 25A, 1ª grav.)
- *É um estado para a mulher bonito, positivo. Sinto-me bem.* (gráv. 32A, 1ªgrav.)
- *É uma das coisas melhores , neste momento, para mim. Sinto-me bem grávida.* (gráv. 24A, 1ª grav.)
- *É um motivo de grande alegria. Sinto-me bem como grávida.* (gráv. 26A, 2ª grav.)

- *A gravidez... é muito bonito. É o tempo mais bonito que eu tenho. Sinto-me muito bem.* (gráv. 30A, 2ªgrav.)

Um facto referido e que parece determinar elevada satisfação, é a grávida sentir o feto mexer dentro da barriga (referência de 25 % das grávidas):

- *É maravilhoso a gente sentir uma criança dentro de nós.* (gráv. 24A, 2ªgrav.)

- *Não dá para explicar como é a sensação de ter um ser cá dentro, quando ele dá pontapés ou quando ele se mexe... quando a gente lhe toca ele foge...* (gráv. 26A, 1ªgrav.)

- *Depois, quando ele começa a mexer dentro da barriga, acho que é maravilhoso.* (gráv. 26A, 2ªgrav.)

- *Sinto-me muito bem. Não sei se é por sentir que tenho outra vida dentro de mim...* (gráv. 30A, 2ªgrav.)

- *Quando sinto o bebé a mexer... uma pessoa adquire mais amor.* (gráv. 35A, 1ªgrav.)

Muito ligada à satisfação, surge-nos a *realização*, quer pessoal, quer social, esta concretizada pela realização do papel social de mãe:

- *Estou muito feliz. Era uma coisa que eu desejava muito. Ter filhos é uma coisa muito importante. Um casal sem filhos é diferente...* (gráv. 23A, 1ªgrav.)

- *Sinto-me especial pelo facto de andar grávida. Noto que as pessoas me tratam com um certo cuidado, um certo carinho...* (gráv. 30A, 1ªgrav.)

- *É algo que nos realiza como mulheres.* (gráv. 26A, 2ªgrav.)

- *Acho que é a altura em que a mulher se sente mais feliz. Para mim, é a coisa melhor do mundo a gente andar grávidas e ter um filho. Era aquilo que eu mais queria no mundo, era um dia ter um filho.* (gráv. 25A, 1ªgrav.)

- *Uma vez que caso, gostaria de ter um filho.* (gráv. 32A, 1ª grav.)

- *Acho que é uma coisa muito importante na vida de uma pessoa, porque vai dar ao mundo um ser.* (gráv. 21A, 1ªgrav.)

Estas referências, fazendo transparecer uma ideia positiva da sua gravidez, são feitas por grávidas em que a gravidez é bem aceite, apesar de, nalguns casos, não ter sido planeada e existirem experiências anteriores negativas, geralmente relacionadas com o parto, o que parece não interferir nesta representação positiva.

Por vezes, a gravidez é encarada, fundamentalmente, como uma *transformação do corpo*. Nesse sentido, identificamos algumas referências:

- *É uma coisa tão natural, a gente deixa-se andar e as coisas acontecem, que é o remédio.* (gráv. 35A, 3ªgrav.)

- *Prefiro o estado normal... Não me sinto bem com a barriga grande... acho que isso é natural. Os animais também é assim. Sob ponto de vista estético fica, depois, um bocado mole e as estrias, mas isso com um bocado de creme pode-se atenuar, quando se tem um bom físico. Quando uma pessoa tem cuidado, também, não fica totalmente deformada.* (gráv. 29A, 2ªgrav.)

É também evidente a preocupação com o aspecto estético do seu corpo, com a sua auto-imagem no pós-parto, devida às transformações que se deram.

Também a atribuição do estatuto de *doença* à gravidez se constata, principalmente em situações de gravidez não planeada nem aceite, geralmente ligada a factores como os sócio-económicos, familiares ou a um quadro de grande sofrimento, que leva a uma situação de resignação encarando, por isso, a gravidez como uma vontade de Deus que tem que ser satisfeita, como se pode verificar nos excertos seguintes:

- *Agora deste tive complicações, nem sequer sabia que estava grávida. Fui apanhada de surpresa. Como normalmente o nosso organismo rejeita coisas que não*

estão em condições, ainda não me quis habituar à ideia de que, realmente, isto vai para a frente. (gráv. 28A, 2ª grav.)

É manifesta a atribuição de uma função auto-reguladora ao próprio corpo, de rejeitar o que não está em condições ou lhe é estranho, como quem espera que isso aconteça, também, numa situação de doença.

- Aconteceu e agora tenho que me conformar. Foi a sorte que Deus me deu. Tenho pena das pessoas que vejo grávidas porque sofre-se muito e agora a vida também não está assim muito boa para criar muitos filhos. (gráv. 38A, 3ª grav.)

A atitude de resignação com a situação, associada a um grande sofrimento, é evidente.

- Já estou bem sacrificada. Aceitei bem, apesar de sofrer muito. Mas tenho sofrido com paciência, graças a Deus Nosso Senhor. Derramei muitas lágrimas a criar os meus filhos e a trabalhar no campo. (gráv. 45A, 7ª grav.)

A associação entre a situação de gravidez e grande sofrimento está bem expressa, como se de uma doença grave se tratasse.

Estas três situações parecem traduzir atitudes perante a gravidez idênticas àquelas que tantas vezes nos são transmitidas pelos doentes dos serviços hospitalares perante uma doença grave: ou há sempre a esperança do organismo acabar por resolver a situação ou há uma resignação ligada a um grande sofrimento.

Também aqui parece estar presente a perspectiva apresentada anteriormente por Herzlich, relativamente à doença, em que é evidente uma ideia de *doença - destruidora*, em que há, de facto, a destruição de expectativas, perturbações no decurso de vida desejado, aparecimento de problemas financeiros, pela situação inesperada de gravidez. A ideia de *doença-profissão*, no sentido apresentado pela mesma autora, parece poder identificar-se. Perante uma gravidez inesperada, apesar de tudo, a grávida prepara-se e aprende a lidar com ela.

As verbalizações relativas a medos e receios, aparecem com alguma frequência, quando falam da sua gravidez, nomeadamente 20 grávidas, o que traduz uma percentagem de 50%. Isto acontece mesmo com grávidas que exprimem um estado de satisfação ou realização relativa à sua situação de gravidez.

Estes medos e receios são causados pela preocupação constante com aquilo que poderá acontecer ao bebé durante a gravidez ou durante o trabalho de parto e à própria grávida. Esta constante preocupação tem por base experiências que tiveram anteriormente ou as histórias que ouviram contar acerca do parto que, muitas vezes, lhe é descrito como uma situação de sofrimento e que acabaram por interiorizar e ainda as crenças que as acompanham sem, a maior parte das vezes, as esclarecerem com os médicos ou enfermeiras.

Estas histórias podem acontecer muito cedo e a sua interiorização pode determinar a atitude perante uma futura gravidez, como esta contada por uma grávida:

Quando era miúda, achava que não me ia sentir bem grávida. Uma vez, na praia, era miudita, ouvi uma senhora queixar-se que não queria ter mais nenhum filho porque se sentia envergonhada de andar grávida e, na altura, compreendi a senhora, era miudita, mas achava que eu também tinha vergonha de andar grávida. (gráv. 30A, 1^agrav.)

Sintetizando, a partir da explanação feita, a representação da gravidez, nas grávidas, constroi-se à volta de diversos núcleos ou ideias fundamentais que vamos tentar resumir.

Estes núcleos ou ideias fundamentais passam, essencialmente, por uma representação de *estado de saúde*, encarando a gravidez como fase de desenvolvimento, desempenhando um papel importante na personalidade da mulher. Esta representação de *estado de saúde* desdobra-se em diversas dimensões como o bem-estar, satisfação, realização pessoal e social. A vertente social da realização é definida a partir de

expressões que traduzem o cumprimento de um papel social tradicionalmente definido, o de mãe, dar à luz, com a conseqüente influência na personalidade da mulher, proporcionando-lhe um estado de realização e de satisfação pessoal. Também o reconhecimento de um estatuto especial, enquanto grávida, atribuído pela sociedade, contribui para a consolidação desta vertente social: *sinto-me especial pelo facto de andar grávida. Noto que as pessoas me tratam com um certo cuidado, um certo carinho.* (gráv. 30A, 1ª grav)

Esta vertente social pode levar a grávida à aquisição de novos padrões de comportamentos, novos direitos e responsabilidades. Ela passa a ser olhada por ela própria e pela sociedade de uma forma diferente, como resultado do processo de socialização em que elementos da sociedade, da cultura, se tornam parte integrante da personalidade, levando os indivíduos a agir de acordo com eles.

3.3 - AS CRENÇAS

Ao longo da sua vida, a mulher vai ouvindo pequenas histórias, relatos de vivências, a partir dos quais vai construindo a representação da gravidez, como nos refere uma grávida: *São essas histórias que, nessa altura, a gente até acredita, que nos metem muito medo. Passam de pais para filhos e as histórias ficam e as pessoas acreditam.* (Gráv. 26A, 1ªgrav.)

Paralelamente a estes relatos, vão surgindo histórias que vão servindo, de geração em geração, de veículos de crenças que, embora muitas vezes não verbalizadas, determinam comportamentos, acalentam rituais, geram receios, medos, angústias.

Por vezes encara-se a questão das crenças na gravidez como assunto do passado tirando-lhe, de imediato, toda e qualquer importância. No entanto, as entrevistas feitas evidenciam que continuam presentes, a determinar comportamentos, a gerar medos e angústias, geralmente ocultas ao longo de todo o período de assistência.

O elevado número de grávidas que ocorrem diariamente à Maternidade e, conseqüentemente, o pouco tempo disponibilizado pelos técnicos de saúde, não permitem a criação de situações favoráveis à exteriorização desses medos, dessas angústias, das suas preocupações, das suas dúvidas e que acabam por acompanhá-las até ao parto.

Tendo em conta a nossa amostra, podemos dizer que o conhecimento de crenças sobre a gravidez é generalizado, uma vez que, apenas uma das 40 grávidas entrevistadas, não faz qualquer referência a elas.

São variados os agentes transmissores de crenças, expressos pelas grávidas. As pessoas idosas, no entanto, são os agentes transmissores por excelência, uma vez que 16 grávidas (40%) o referem, podendo adicionar-lhes ainda as referências aos avós (5 ref.), totalizando 21 referências (52,5%).

Aparecem, também, outros familiares, como a mãe (7 ref.), tia, madrinha (3ref.), irmã (2 ref.), cunhada e prima (1ref.).

As colegas desempenham um papel importante (7 ref.), assim como as vizinhas (6 ref.).

Outras pessoas, sem especificar, são referidas por 13 grávidas, assim como as amigas (2 ref.).

Sendo as pessoas idosas os agentes por excelência, evidencia-se, assim, o seu papel de transmissor da cultura, de conhecimento do senso comum, o que poderá contribuir para a adesão às crenças, em que a idade actua como força de persuasão, parafraseando Santos (1990b:44), *o senso comum... não ensina, persuade*.

Para melhor sistematização das crenças verbalizadas pelas grávidas, utilizaremos os mesmos critérios de agrupamento usados na pesquisa bibliográfica, estabelecendo dois grupos:

- Relativas à predição do sexo
- Relativas a interdições e prescrições

3.3.1 - RELATIVAS À PREDIÇÃO DO SEXO DO BÉBÉ

Sobre este assunto identificámos diversas crenças que passamos a apresentar.

Será menina:

- * Se a barriga da grávida é redonda;
- * Se a grávida trazer a cara bonita;
- * Se a grávida trazer a cara mais feia, com manchas, com pano;
- * Se a barriga da grávida for pequena;
- * Se a grávida tiver os lábios inchados;

- * Se a grávida engordar muito;
- * Se o bebé mexer do lado esquerdo;
- * Se a barriga da grávida for bicuda;
- * Se o bebé mexer muito;
- * Se a grávida sonhar muito com uma menina;
- * Se se perguntar à grávida o que tem na mão e ela a apresentar com a palma para cima;
- * Se se suspender uma linha com uma agulha, sobre a palma da mão da grávida e os movimentos da agulha forem circulares;

Será menino:

- * Se a barriga da grávida for empinada, bicuda;
- * Se a grávida trazer a cara com manchas, com pano, a pele estragada;
- * Se a grávida tiver um aspecto mais bonito;
- * Se tudo o que a grávida comer lhe "cair mal";
- * Se a grávida apresentar um traço castanho escuro na barriga;
- * Se a grávida tiver o "rabo" maior;
- * Se o bebé mexer do lado direito;
- * Se a grávida tiver uma barriga larga;
- * Se o bebé mexe pouco;
- * Se o bebé começa a mexer mais tarde;
- * Se a grávida sonhar muito com um menino;
- * Se se perguntar à grávida o que tem na mão e ela a apresentar com a palma para baixo;
- * Se se suspender uma linha com uma agulha, sobre a palma da mão da grávida e os movimentos da agulha forem rectilíneos;

Aparecem, também, outras referências, menos definidas:

* Para se saber o sexo do bebê, fazem-se uns cálculos em relação à data do nascimento da grávida;

* As ciganas vêem os sexos e o número de filhos por umas bolinhas que nós temos nos punhos.

As referências mais frequentes são relativas ao formato da barriga da grávida, para a adivinhação de ambos os sexos. Segundo elas, uma barriga redonda e pequena será indicadora de que nascerá uma menina. Em contrapartida, se é empinada, bicuda, significa que nascerá um rapaz. No entanto, este critério não é uniforme, pois encontramos referências opostas, embora com menor frequência ou seja, uma barriga bicuda também poderá significar o nascimento de uma menina e uma barriga larga ou achatada quererá significar que nascerá um menino.

Este critério de predição do sexo era já utilizado na Idade Média, como nos relata Barbaut (1991), embora atribua o sexo masculino a uma forma arredondada, de acordo com as descrições de Fontes (1992), relativamente a Trás-os-Montes contrariando, no entanto, a maior frequência de referências das grávidas da nossa amostra.

Sendo a crença mais referida, a relativa ao formato da barriga, isso traduz, de certo modo, que fará parte de um saber social generalizado, que acaba por se enraizar e atrair, facilmente, a adesão das grávidas, independentemente do grau de instrução, sendo esclarecedoras as palavras de uma grávida entrevistada: *Eu, na altura, devia ter a barriga empinada, que as pessoas diziam que era rapaz. Uma pessoa ouvindo isto duas, três vezes, vai pensando que é, realmente, um rapaz. Quando fiz a primeira ecografia, disseram-me que era uma menina e foi um choque para mim. Fiquei revoltada mesmo. No dia do parto é que eu disse: pronto, é rapariga mesmo!* (Gráv. 28A, 2ªgrav.)

Parece-nos uma situação curiosa esta pois, para além do facto de ter uma formação académica de nível superior, a convicção de que iria ter um rapaz - o que dizia a toda a gente, conforme outros excertos da entrevista - manteve-se até ao momento do parto, sendo mais forte que todos os avanços tecnológicos, nomeadamente, a ecografia, que a contradizia.

Outro critério utilizado frequentemente, é o aspecto da cara da grávida, ter ou não a cara bonita, presença ou não de manchas (pano). Estamos, mais uma vez, perante uma crença com significados opostos, pois o mesmo facto significa sexos diferentes. Para umas, o facto de trazer a cara bonita prevê que seja menina, para outras, rapaz. O mesmo acontece relativamente às manchas, ao "pano".

Tendo presente o momento das entrevistas realizadas e algumas expressões utilizadas, poderemos dizer que esta crença se mantém com raízes bastante fortes. A aderência a este critério de predição do sexo é evidente nalgumas situações como, por exemplo, quando se ouve: *Eu queria um menino... como andava com a cara com umas manchas...* Ou quando atribuem esses saberes a terceiros e se identificam com o discurso popular: *Dizem que as meninas põem a cara mais feia, manchada. Eu, de facto, trago a cara um bocado manchada desta gravidez, coisa que das outras nunca me aconteceu. Não sei se nisso não terão um bocadinho de razão.* (Gráv. 35A, 3^ograv.)

A maneira como a grávida mostra as mãos quando, subitamente, lhe perguntam o que tem nelas ou pedem, simplesmente, para as mostrarem, é uma prática também frequente, referida. Nos casos descritos não há contradições de significado.

Os movimentos pendulares de uma agulha suspensa de uma linha sobre a mão da grávida, é outra das práticas frequentes. Referências a esta prática dos movimentos pendulares remetem-nos para a Idade Média, cujos significados dos tipos de movimentos são coincidentes (Barbaut, 1991).

De acordo com a crença antiga, já referida, desde Parménides (540-450 a.c.), de que do lado direito se desenvolvem os rapazes, aparecem-nos referências de que a

menina mexe do lado esquerdo e o menino do lado direito. No entanto, é referido que o rapaz começa a mexer mais tarde, contrariando o que referia Hipócrates (377 a.c.), que considerava que o rapaz se mexia mais cedo (Barbaut, 1991).

3.3.2 - RELATIVAS A INTERDIÇÕES E PRESCRIÇÕES

Interdição de contactos e de uso de objectos

A crença geralmente referida é que qualquer objecto, em contacto com a barriga da grávida, dentro dos bolsos ou fazendo parte do vestuário, principalmente se for de metal, provoca manchas no bebé. Isto concretiza a ideia de que os dois corpos (da mãe e do bebé) co-existem numa simbiose quase perfeita, em que as mais pequenas acções da mãe influenciam o bebé. Tudo o que a mãe faz ao seu corpo é susceptível de influenciar a criança (Loux, 1983).

Os objectos interditos referidos pelas grávidas foram os mais diversos, pelo que consideramos útil descrevê-los, bem como cada justificação da sua interdição.

Assim, a grávida não deve:

* *Usar fios, colares ao pescoço*; algumas não sabem porquê ou simplesmente porque faz mal ao bebé ou porque o bebé vem com manchas, sinais; o bebé nasce com a medalha do fio ou com a marca do objecto. No entanto, a justificação mais frequente é que o cordão umbilical se enrola no pescoço do bebé.

* *Usar botões, especialmente de metal*, porque faz mal ao bebé, ou porque nasce com manchas, sinais, com a marca do botão ou ainda porque o bebé nasce com o cordão umbilical enrolado ao pescoço.

* *Trazer chaves nos bolsos*, porque o bebé vem com manchas ou nasce com o desenho da chave ou porque pode deformar o bebé ou até pode nascer com o lábio rachado.

* *Usar alfinetes*, porque faz mal ao bebé. Pode nascer com manchas, com a marca do alfinete no corpo.

* *Trazer moedas nos bolsos*, porque o bebé nasce com manchas, com a marca das moedas ou ainda porque o cordão umbilical se enrola no pescoço do bebé.

* *Usar roupa apertada ou costuras*. Algumas não sabem porquê ou porque o bebé nasce com manchas, com a marca da costura no corpo ou ainda porque o bebé não se sente bem com coisas em cima.

* *Usar cintos com fivelas*, porque o bebé nasce com manchas, com a marca da fivela ou porque dá azar.

* *Usar a carteira encostada à barriga*, porque o bebé vem com manchas, com a marca da carteira e o bebé não quer nada em cima.

* *Trazer a tesoura no bolso*, porque o bebé nasce com a marca da tesoura no corpo.

* *Trazer cordas à cinta ou usar fechos de correr*, porque o cordão umbilical enrola-se no pescoço do bebé.

* *Encostar à barriga o ferro de passar a roupa*, porque o bebé nasce com a marca do ferro.

* *Trazer azeitonas ou caroços no bolso ou no regaço*, porque o bebé nasce com a marca no corpo.

* *Entornar café em cima da barriga*, porque aparece uma mancha escura no bebé.

* *Trazer rosas no bolso*, porque aparecem manchas no bebé.

* *Trazer folhas de flor no bolso*, porque aparecem manchas na cara do bebé.

* *Ser tocada na barriga, com as mãos de outra pessoa*, porque a criança pode vir tocada.

Neste leque de interdições de contactos e de uso de objectos, aparecem situações que nos parece possível encontrar uma explicação lógica, diferente das apresentadas, nomeadamente, para o uso de fios e colares ao pescoço, pela semelhança que se pode atribuir com o cordão umbilical e à sua localização no pescoço da mãe, que corresponderia à mesma localização no bebé, do cordão umbilical.

A interdição de trazer objectos contundentes ou cortantes, podemos entendê-la como prevenção de acidentes na grávida, para não haver possibilidades de se cortar ou picar com os objectos referidos.

A proibição do uso de roupa apertada, cintos, poderá ter a ver, simplesmente, com a preocupação de evitar alguns desconfortos à grávida.

De resto, as situações e suas justificações parecem ilógicas, como qualquer mito, mas ao mesmo tempo fascinantes (Burkert, 1991) e coincidem, muitas delas, com as que apresentámos a partir da pesquisa bibliográfica efectuada, remontando à antiguidade e que continuam a reproduzir-se com um carácter universal.

Interdição de contactos com animais

A grávida não deve:

* *Encostar qualquer animal à barriga*, porque aparecem manchas, sinais, no bebé ou até a marca do animal ou podem aparecer manchas com pêlos no bebé.

* *Trazer gatos ao colo*, especial referência ao gato siamês, porque o bebé pode nascer com pêlos ou pode vir com o "rom-rom" que eles fazem.

* *Pegar no cão ou no coelho*, porque o bebé pode nascer com pêlos.

* *Trazer os "pitos" no regaço*, porque provocam manchas, sinais no bebé.

* *Mexer nas penas dos animais*, porque faz mal.

* *Ver um rato, ratazana, aranha, um monstro*, por causa do susto, o bebé pode nascer com a marca do animal e aparecem manchas com pêlos no bebé.

* *Deixar lambar a barriga por um bezerro*, porque aparecem sinais na cara do bebé.

Algumas interdições de contacto com animais poderão ser uma forma de evitar possíveis alergias ao pêlo dos animais e a toxoplasmose com o contacto com o gato.

Interdição de práticas alimentares

A grávida não deve comer:

* *Raia*, simplesmente porque faz mal ou por causa de ter ovulação e menstruação; pode provocar malformações nos primeiros tempos de gravidez; faz crescer a barriga ou porque pode nascer um bicho.

* *Polvo*, porque faz mal, por causa de ter ovulação e menstruação como as mulheres; pode provocar o aborto durante os primeiros meses; provoca manchas no bebé; faz crescer a barriga ou porque pode nascer um bicho.

* *Marisco*, porque faz mal ou pode provocar malformações nos primeiros tempos; porque há certos animais que se auto-reproduzem ou porque é um bicho esquisito ou ainda porque pode provocar o aborto, durante os primeiros meses.

* *Cavala, sardinha, salsa*, porque faz mal, mas não sabem porquê.

* *Solha*, porque faz mal, por causa de ter ovulação e menstruação.

* *Lulas*, por terem ovulação e menstruação e podem provocar o aborto, durante os primeiros meses.

* *Lampreia*, porque é um animal que não tem espinha.

* *Peixe com pele escura*, porque provoca manchas no bebé.

* *Cabeça do coelho*, porque faz mal, o bebé nasce com os olhos abertos.

* *Azeitonas*, porque faz mal, provoca a cegueira do bebé.

- * *Tudo o que tenha caroço*, provoca manchas no bebé.
- * *Não deve beber chá de salva ou de mirra*, porque é abortivo.

Interdição de hábitos

A grávida não deve:

- * *Apanhar rosas*, porque nascem cravos no bebé.
- * *Cheirar flores*, porque faz mal, dá azar ou porque o bebé pode nascer com uma flor marcada no corpo.
- * *Andar debaixo de cordas, arames ou saltar um fio*, porque o bebé pode nascer com a "envide" (cordão umbilical) enrolada ao pescoço.
- * *Coser roupa rota vestida*, não sabem porquê.
- * *Passar debaixo de estendais da roupa ou de escadas ou ainda atravessar a corda, saltar por cima dela, quando se vai à lenha*, porque o bebé pode nascer com o cordão umbilical enrolado ao pescoço.
- * *Estar ao pé dos mortos*, porque é mau.
- * *Deixar roupa do enxoval do bebé estendida, durante a noite*, porque é mau, o bebé apanha a Lua (desaparece com o baptismo).
- * *Ter relações sexuais depois dos 7 meses*, provoca a cegueira do bebé e pode romper o saco das águas.

São diversas as referências às proibições de contacto com flores, na bibliografia consultada (Pires, 1903; Joaquim, 1983; Vasconcelos, 1986; Fontes, 1992). A especificidade da rosa parece traduzir um certo privilégio de entre as outras, mas reconhece-se que, ao longo da história e nos nossos dias ela ocupa um lugar de destaque em todas as situações, por vezes com significados opostos (Branco, 1886).

No entanto, esta proibição poderá, no fundo, querer evitar possíveis alergias da grávida aos pólenes das flores.

Crenças relativas a prescrições

As crenças relativas a prescrições dizem respeito aos hábitos alimentares.

Assim, a grávida deve:

* *Beber aguardente*, de preferência em jejum, para desinfectar o bebé, matar os micróbios.

* *Beber vinho* para fazer leite.

* *Comer bacalhau salgado*, também para fazer leite.

* *Comer por dois*.

Destas prescrições, é de salientar a ingestão de aguardente que coincide com uma crença da zona de Serpa referida na revista *Tradição* (1899), com o fim de evitar "bichos intra-uterinos", já abordada neste trabalho.

A ingestão de bacalhau salgado com o fim de "fazer leite", tem a sua explicação lógica, uma vez que obriga a beber bastante água e seria a água que facilitaria o aparecimento de mais leite, esquecendo-se dos efeitos maléficos do sal.

O aforismo "comer por dois" contradiz as orientações que são dadas, hoje em dia, relativas aos hábitos alimentares, pois apela mais à quantidade do que à qualidade.

3.4 - INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS NOS COMPORTAMENTOS E ATITUDES DAS GRÁVIDAS

Procurámos identificar modificações de comportamentos das grávidas em função dos conhecimentos adquiridos sobre a gravidez, transmitidos pelos técnicos de saúde e, também, em função das crenças.

A adopção de comportamentos diferentes, em função da situação de gravidez, tendo por base o leque de saberes nessa área, é manifestada claramente.

Estas mudanças de comportamentos são manifestadas por 37 grávidas (92,5%), abrangem diversas áreas do seu estilo de vida e são determinadas por conhecimentos adquiridos a partir, fundamentalmente, dos médicos e enfermeiros, leituras e outros conhecimentos cuja origem é mais difícil de definir, a que chamamos "saberes sociais".

Os conhecimentos adquiridos através dos médicos e enfermeiros vão determinar mudanças, principalmente, nos hábitos alimentares, funcionando como regras de conduta, conforme expressam 15 grávidas (37,5%). Estas mudanças traduzem-se na melhoria da qualidade alimentar, nomeadamente na diminuição ou supressão de ingestão de bebidas alcoólicas, gorduras, farináceos, sal e outros condimentos, assim como num maior consumo de frutas e saladas.

As mudanças de comportamentos atribuídos aos conhecimentos adquiridos através de livros são diminutas, uma vez que apenas duas grávidas referem terem reduzido o consumo de cigarros em função disso.

Para identificar mudanças de comportamentos atribuídas aos saberes sociais, dividimos estes em dois sub-grupos: conhecimentos que já tinham quando engravidaram, por "terem ouvido dizer", ao longo da sua vida e as crenças sobre a gravidez que conhecem.

Relativamente ao primeiro sub-grupo, encontramos 14 grávidas (35%) que referem ter havido modificações e estas são relativas, principalmente, aos hábitos

alimentares, conforme referem nove grávidas e aos hábitos de consumo de tabaco em que seis grávidas reduziram ou deixaram de consumir.

As crenças parecem ser o factor determinante de elevado número de comportamentos específicos, confirmados por 28 grávidas (70%).

Geralmente, as grávidas que conhecem crenças, acabam por adoptar comportamentos de acordo com o conteúdo delas, conforme constatámos nas entrevistas. No entanto, podemos identificar os comportamentos mais frequentemente adoptados, em função das crenças verbalizadas.

Assim, encontramos grávidas que não comem raia durante a gravidez, pelas diversas razões já apresentadas, na descrição das crenças conhecidas por elas (10 referências), assim como o polvo (5 ref.). Não usam objectos nos bolsos (6 ref.), fios ou cordões ao pescoço (6 ref.), nem cintos, fivelas, botões metálicos (5 ref.).

Refira-se que é frequente encontrar uma certa dissonância entre aquilo que é verbalizado pela grávida, relativamente às crenças e o comportamento que, de imediato, manifesta.

Como exemplo disso, podemos referir algumas das suas expressões. Para isso estabelecemos três grupos de grávidas, em função daquilo que verbalizam:

- As que afirmam que acreditam e agem como tal

. *Eu acredito. Não como polvo ou raia.*

. *No fundo, acredito. Não uso fios porque ando grávida, não como raia.*

- As que afirmam que não acreditam e têm comportamentos contraditórios

. *Não acredito. Mas não uso alfinetes.*

. *Não, não acredito. O engraçado é que já não visto mais o macacão com botões à frente... Também tenho medo. Já que eu quero ter um filho pequitinho...*

- As que vivem numa constante dúvida, um certo conflito interior, entre o acreditar e o não acreditar mas, geralmente, agem como quem acredita

- . Pelo sim, pelo não, evito usar essas coisas...*
- . Nem acredito, nem deixo de acreditar. Estou sempre com um pé atrás e não faço... a gente tem medo...*
- . Não sei se acredito nem se não mas, a partir do momento em que ouvi, já não quiz mais usar coisas com costuras.*

Estes são, apenas, alguns extractos exemplificativos das entrevistas. Ressalta, no entanto, que muitos comportamentos não resultam simplesmente do facto de acreditarem no conteúdo da crença, mas o medo que ele gera é que leva as grávidas a agir de determinada maneira, com o intuito de, por qualquer forma, proteger o feto.

Estes factos levam-nos a poder dizer, com alguma evidência, que a adesão a crenças, mais ou menos assumidas, por parte das grávidas, determina comportamentos específicos, podendo considerar-se que a nossa sub-hipótese definida relativamente a este assunto se confirma positivamente.

4 - CONCLUSÃO

Não houve intenção de ir ao fundo desta temática e, por isso, não pretendemos nem podemos apresentar conclusões definitivas.

Pretendemos que seja mais um contributo para análise de um campo ainda pouco explorado que é a co-existência dos saberes profanos e saberes científicos nas práticas dos cuidados de saúde.

No entanto, a partir das dimensões expressas nas hipóteses definidas, a análise dos dados feita ao longo deste trabalho, leva-nos a algumas constatações que consideramos importante realçar.

A representação da gravidez aparece direccionada, fundamentalmente, por três ideias expressas pelas grávidas entrevistadas:

- A gravidez como um estado de saúde, nas suas diversas dimensões, ressaltando um estado de equilíbrio, bem estar, satisfação e realização pessoal.

- A gravidez como um estado de doença, ligada ao sofrimento e conformismo com a situação.

- A gravidez como, simplesmente, transformação do corpo, sendo encarada como um estado normal.

Relativamente à educação para a saúde, os médicos consideram-na uma actividade, fundamentalmente, do âmbito da enfermagem.

É concebida, tanto pelos médicos como pelos enfermeiros, principalmente, como a transmissão de informação e prestação de esclarecimentos às grávidas. No entanto, a sua valorização e prática constitui maior preocupação por parte dos enfermeiros.

Os enfermeiros realizam sessões de educação para a saúde, em que a preocupação de dar informação sobre os mais diversos assuntos relativos à gravidez,

parece sobrepôr-se ao reconhecimento da importância da necessidade de espaços para que a grávida exponha tudo o que a preocupa, nomeadamente, os ditos e crenças.

Assim, a integração dos saberes sociais pelos enfermeiros, na educação para a saúde das grávidas, é feita ocasionalmente, essencialmente quando são proporcionados às grávidas momentos para os verbalizarem, adquirindo um estatuto de pouca relevância no processo da gravidez e na prática da educação para a saúde. Essa integração, por parte dos médicos, torna-se despercebida, pela dificuldade em identificar a existência de situações de educação para a saúde e pela ausência de oportunidades de a grávida as exprimir.

O explicitado até aqui, traduzindo o conteúdo da hipótese central do nosso trabalho, não nos permite afirmar, peremptoriamente, que as crenças sobre a gravidez são integradas na educação para a saúde, pelos técnicos.

Analisámos a formação curricular dos técnicos de saúde, na procura de factores determinantes daquela integração ou não, de acordo com o enunciado de uma sub-hipótese definida. A formação parece não determinar o modelo das práticas de educação para a saúde entre os médicos e entre os enfermeiros, uma vez que a formação dos médicos na área da educação para a saúde é idêntica e a formação dos enfermeiros também é idêntica, entre si.

No entanto, a formação dos enfermeiros nas áreas de *educação para a saúde e pedagogia* poderá ter uma influência determinante na prática da educação para a saúde, comparativamente com a prática dos médicos. Pode considerar-se que a Enfermagem é mais interventiva nesta área do que a Medicina, contribuindo para isso a sua formação específica, tornando-a uma característica da sua cultura profissional.

Assim, a formação parece não ser relevante relativamente à integração ou não dos saberes das grávidas mas é, sem dúvida, determinante e diferenciadora nas práticas da educação para a saúde entre médicos e enfermeiros.

No mundo da grávida as crenças parecem ter uma dinâmica peculiar, integrando-se na sua história de vida, fazendo parte da sua própria cultura.

Pela análise feita, as crenças constituem um factor determinante de elevado número de comportamentos. Muitos deles não resultam, simplesmente, do facto de acreditarem no conteúdo da crença, mas o medo que ele gera leva as grávidas a agirem de determinada maneira, com o intuito de, por qualquer forma, protegerem o feto e a si próprias.

Parece-nos ter evidenciado, por um lado, a existência de crenças relativas à gravidez, por outro, a sua importância de que elas se revestem no dia a dia da grávida. Com isso, propomos a sua relativização como meio de transformação a favor do Homem em geral, como parte do seu percurso existencial, do seu desenvolvimento pessoal que é sinónimo de saúde global.

O trabalho apresentado não é, de forma alguma, tarefa acabada. Pretende ser, simplesmente, o início de um trabalho mais alargado a nível de instituições prestadoras de cuidados de saúde, abrangendo uma maior área geográfica.

É esta a virtude que reconhecemos a este trabalho: a força e vontade de o continuar.

BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Manuel Viegas (s.d.). *Aprendizagem e motivação*. Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- ABRIC, Jean-Claude (1989). L'étude expérimentale des représentations sociales. In JODELET, Denise. *Les représentations sociales*. Paris, P.U.F.
- AKOUN, André (1972). *Dicionário de Antropologia*. Lisboa, Verbo.
- ALFERES, Valentim Rodrigues (1987). O Corpo: Regularidades discursivas, representações e patologias. In *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº23, pp.211-219.
- ALVEAR, Lucia Mazarraza (1989). Como promocionar la salud. In *Rol*, anoXII, nº 130.
- ANGUERRA, Maria Teresa (1989). *Metodologia de la Observacion en las Ciencias Humanas*. Madrid, Cátedra.
- AREIA, M.L. Rodrigues (1988). Malades et bien-portants: une symbolique pour l'étude de la production sociale de la maladie. *Separata de: Antropologia-Etnografia 6*. Coimbra, Instituto de Antropologia.
- ARGIMÓN PALLAS, J.M.; JIMÉNEZ VILLA, J. (1991). *Metodologia de Investigacion*. Barcelona, Ediciones Doyma.
- A TRADIÇÃO (1899). *Crenças e Tradições*, 2ª ed. Serpa.
- AUGÉ, Marc (1986). L'Anthropologie de la maladie. In *L'Homme* 97-98, XXVI (1-2) pp. 81-90.
- BARBAUT, Jacques (1991). *O Nascimento através dos Tempos*. Lisboa, Terramar.
- BARBOSA, António (1987). Educação para a Saúde: determinação individual ou social? In *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23, pp. 169-184.
- BARDIN, Laurence (1979). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70.
- BASTO, Claudio (1923). Determinismo e previsão do sexo. In *Águia*, nº 7, Vol. XXII, Porto, pp. 1-2.
- BASTOS, Cristiana; LEVY, Teresa (1987). Aspirinas, palavras e cruces: práticas médicas vistas pela Antropologia. In *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23, pp. 221-232.
- BERGER, Peter (1986). *Perspectivas Sociológicas*, 7ªed. Petrópolis, Vozes.
- BÍBLIA SAGRADA (1968). 3ª ed. Lisboa, Difusora Bíblica.
- BLACK, William George (1889). *Medicina Popular: un capitulo en la História de una cultura*. Madrid, El Progreso Editorial.
- BLANCO, Juan Francisco (s.d.). *El tiempo: meteorologia y cronologia populares*. Salamanca, Archivo de Tradiciones Salmantinas.
- BOOKMILLER, Mae M. et al (1959). *Enfermeria Obstétrica*. México, Editorial Interamericana.
- BRAGA, Teófilo (1985). *O Povo Português nos seus costumes, crenças e tradições*. 1ª ed. Lisboa, Publicações D. Quixote, Vol. I.
- BRAGA, Teófilo (1986). *O Povo Português nos seus costumes, crenças e tradições*. Lisboa, Publicações D. Quixote, Vol. II.

- BRANCO, Cecília Schmidt (1886). *A rosa na vida dos povos*. Biblioteca de las Tradiciones Populares Españolas, VIII.
- BRUYNE, Paul de et al (1991). *Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais*. 5ª ed. Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves.
- BURKERT, Walter (1991). *Mito e Mitologia*. Lisboa, Edições 70.
- CAMARGO, M.T.L.A. (1976). Medicina Popular. *Cadernos de Folclore*, nº8
- CAMPOS, A. Correia de (1983). *Saúde, o custo de um valor sem preço*. Lisboa, Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos.
- CARAPINHEIRO, Graça (1987). Cenários de estratégias médicas no hospital. In *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23, pp. 141-156.
- CARAPINHEIRO, Graça (1993). *Saberes e Poderes no Hospital*. Porto, Edições Afrontamento.
- CARNEIRO, A. Lima (1944). Para evitar nados Mortos. In: *Douro Litoral*, VIII, Porto.
- CARRUTH, B.R; SKINNER, J. D. (1991). *Practitioners beware: regional differences in beliefs about nutrition during pregnancy*. I - Am -Diet. Assoc. 91 (4): 435-40.
- CARVALHO, Arlindo (1990). Educação para a saúde. In *Servir*, Vol. 38 (4), pp.151-153.
- CARVALHO, Augusto da Silva (1931). Subsídios para a história das parteiras portuguesas. In: *Medicina Contemporânea*, nº31, ano XLIX, Lisboa.
- CÉSAR, Getúlio (1975). *Crendices, suas origens e classificação*. Rio de Janeiro, APEX.
- CHAUVENET, Antoinette (1972). Professions hospitalières et division du travail. In *Sociologie du travail*, 13 (2), Avril-Juin.
- CHAVES, Mário (1972). *Saúde e Sistemas*. Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas.
- CHIAVENATO, Idalberto (1977). *Introdução à Teoria Geral da Administração*. S. Paulo, McGraw-Hill.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise (1989). *Promover a vida*. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- COLLIÈRE, Marie-Françoise (1992). De l'utilisation de l'Anthropologie pour aborder les situations de soins. In *Soins*, nº 557, pp. 43-58.
- COPANS, J. et al (1971). *Antropologia, Ciência das sociedades primitivas?* Lisboa, Edições 70.
- CORDEIRO, J. Dias (1987). *A Saúde Mental e a Vida*. Lisboa, Edições Salamandra.
- COSTA, Adélia (1991). *Representações Sociais de Homens e de Mulheres*. Lisboa, Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, 1992.
- COTTRAUX, et al (1985). *Méthodes et Echelles d'évaluation des Comportements*. Issy-Les-Moulineaux, Editions EAP.
- COUTURE, Denise (1988) Technologies médicales et statut des corps professionnels dans la division du travail socio-sanitaire. In: *Sociologie et Sociétés*, Vol. XX, nº 2, p.p. 77-89.

- CRUZ, Maria Manuela (1990). Encantos e Desencantos da Maternidade. *Análise Psicológica*, nº4, Série VIII, pp 367-370.
- CUVILLIER, Armand (1977). *Manual de Sociologia*, Vol IV, Coimbra, Coimbra Editora.
- DACIANO, Bertino (1956). Inventário histórico-arqueológico, artístico e etnográfico do concelho de Matosinhos. *Boletim da Biblioteca Pública de Matosinhos*, 3, pp 67-79.
- DAVIS, R.L. et al (1992). Smoking during pregnancy among northwest Native Americans. *Public-Health Rep.* 107 (1): 66-9.
- DECHENT, Mercedes Pérez (1992). Educação para a saúde na Andaluzia. In *Saúde e Escola*, nº10, pp. 18-21.
- DECONCHY, Jean-Pierre (1988). Sistemas de creencias y representaciones ideológicas. In MOSCOVICI, S. (1988). *Psicologia Social II*. Barcelona, Ediciones Paidós.
- DERLON, Pierre (1975). *Tradições ocultas dos ciganos*. Lisboa, Livraria Bertrand.
- DESCHAMPS, Jean-Pierre; DANZON, Marc (1992). La santé, un effort commun. In *La Santé de l'homme*, nº 297, pp.5-8.
- DIAS, Manuel (1989). *Exorcismo e feitiços da Medicina Popular*. Lisboa, Publicações Europa-América.
- DIAS, Pe Joaquim Teixeira (1943). Tradições Populares de Resende. In: *Douro Litoral*, VI, Domingos Barreira.
- DIRECÇÃO GERAL DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (1989). Conceitos utilizados em Saúde Materna. *Circular Normativa* nº 19 de 8/5/89.
- DIRECÇÃO GERAL DOS HOSPITAIS (1965). *Curso de Enfermagem Geral*. Lisboa,
- DOISE, Willem (1989). Attitudes et représentations sociales. In JODELET, Denise. *Les représentations sociales*. Paris, P.U.F.
- DURKHEIM, Emile (1984). *As regras do Método Sociológico*. 2ª ed. Lisboa, Editorial Presença.
- ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA (1978). *Curso de Medicina do Trabalho. Saneamento Básico. Conceitos Básicos*. (Policopiado) Lisboa.
- ESTRELA, Albano (1986). *Teoria e Prática de Observação de Classes*. 2ª ed. Lisboa, INIC.
- FARR, Robert M. (1984). Les représentations sociales. In MOSCOVICI, Serge. *Psychologie sociale*. Paris, P.U.F.
- FATRAS, Jean-Yves (1993). L'éducation pour la santé et l'hôpital. In *La Santé de l'homme*, nº 302, pp. 8-9.
- FÉLIX, Noémia Neves (1991). *O perfil do Professor como base para a avaliação dos programas de formação de professores*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação/Análise e Organização do Ensino. FPCE da Universidade de Lisboa.
- FERRARI, Alfonso Trujillo (1982). *Metodologia da Pesquisa Científica*. S. Paulo, McGraw-Hill.

- FERRAROTTI, Franco (1988). Sobre a Autonomia do método biográfico. In NOVOA, António et al. *O Método (Auto) biográfico e a Formação*. Lisboa, DRHS/CFAP.
- FERREIRA et al (1990). O luto por morte perinatal e/ou malformação do bebé. In: *Análise Psicológica*, nº4, Série VIII, pp 399-402.
- FERRONHA, Filomena M.R.; VIEIRA, Fernando S. (1988). Ansiedade na gravidez: um trabalho de campo. In: *Psiquiatria Clínica*, Vol. 9, nº 4, pp 367-370.
- FONTE, Barroso da (1985). *Rezas, crendices e medicina popular em terras de Barroso*. Porto, Sociedade Portuguesa de Antropologia e Etnologia.
- FONTES, António Lourenço (1992). *Etnografia Transmontana*. Lisboa, Editorial Domingos Barreira, Vol. I.
- FORTIN, M.F. et al. (1988). *Introduction à la recherche*. Montréal, Ed. Décarie.
- GENNEP, Arnold Van (1980). *Coutumes et croyances populaires en France*. Paris, Le Chemin Vert, 1980.
- GHIGLIONE, Rodolphe et al (1980). *Manuel d'analyse de contenu*. Paris, Armand Colin.
- GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin (1992). *O Inquérito*. Oeiras, Celta Editora.
- GIL, António Carlos (1989). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 2ª ed. S. Paulo, Editora Atlas.
- GOETZ, J.P.; LeCOMPTE, M.D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid, Ediciones Morata.
- GRAWITZ, Madeleine (1990). *Méthodes des Sciences Sociales*. 8ª ed. Paris, Dalloz.
- GREEN, Lawrence W. (1984). Health Education Models. In MATARAZZO, Joseph D. et al. *Behavioral Health*. New York, John Wiley & Sons.
- GREENE, W. H; SIMONS-MORTON, B. G. (1988). *Educación para la salud*. México, Interamericana.
- GUERREIRO, Manuel Viegas (1981). *Pitões das Júnias: esboço de monografia etnográfica*. Lisboa, Serviço Nacional de Parques, Reservas e Património Paisagístico.
- HARRÉ, Rom (1989). Grammaire et lexiques, vecteurs des représentations sociales. In JODELET, Denise. *Les représentations sociales*. Paris, P.U.F.
- HERSKOVITS, Melville J. (1975). *Antropologia Cultural. Man and his works* S. Paulo, Edições Mestre Jou.
- HERZLICH, Claudine (1972). La représentation sociale. In MOSCOVICI, Serge. *Introduction à la Psychologie Sociale*. Paris, Livrairie Larousse.
- HERZLICH, Claudine (1984). *Santé et maladie*. Paris, École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- HESPANHA, Maria José Ferros (1987). O corpo, a doença e o médico. In *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23, pp. 195-210.
- HOUART, Jacques (1985). *Anthropologie et épistémologie*. Coimbra, Instituto de Antropologia.

- IDE, C.A.C.; CHAVES, E.C. (1990) Saúde e educação enquanto práticas sociais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, S. Paulo, 24 (2):225-236.
- INSTITUTO DE CLÍNICA GERAL DA ZONA CENTRO (1992). *V Programa de Formação Específica em Clínica Geral*. Coimbra.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (1977). *Curso de Enfermagem*. Lisboa, INSA.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (1983). *Cursos de Especialização em Enfermagem...*, Lisboa, INSA.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DR. RICARDO JORGE (1987). *Curso de Enfermagem Geral, Plano de Estudos e Programas*. Lisboa, INSA.
- JOAQUIM, Teresa (1983). *Dar à Luz*. Lisboa, Publicações D. Quixote.
- JODELET, Denise (1984). Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie. In MOSCOVICI, Serge. *Psychologie Sociale*. Paris, P.U.F.
- JODELET, Denise (1989). *Les représentations sociales*. Paris, P.U.F.
- JOYCE-MONIZ, Luis (1979). *A modificação do comportamento*. Lisboa, Livros Horizonte.
- JUNQUEIRO, Arronches (1902). Crenças, superstições e usos tradicionais (Setúbal). In: *A Tradição*, ano IV, Vol. IV, nº 6, Serpa.
- KAËS, René (1989). *Psychanalyse et représentation sociale*. In: JODELET, Denise. *Les représentations Sociales*. Sociologie d'aujourd'hui, PUF.
- KIDDER, Luise H. (1981). *Métodos de Pesquisa nas Ciências Sociais*. 2ª ed. S. Paulo, EPU.
- KITZINGER, Sheila (1978). *Mães. Um Estudo Antropológico da Maternidade* Lisboa, Editorial Presença.
- LAPLANTINE, François (1989). Anthropologie des systemes de représentations de la maladie. In JODELET, Denise (1989). *Les représentations sociales*, Sociologie d'aujourd'hui, Paris, PUF.
- LAUWE, Marie-Josée Chombart de et al (1989). La représentation sociale dans le domaine de l'enfance. In JODELET, Denise. *Les représentations sociales*. Paris, P.U.F.
- Le BRETON, David (1988). *Corps et sociétés*. Paris, Meridiens Klincksieck.
- LE MOS, Maximiano (1881). *A Medicina em Portugal*. Porto, Imprensa Commercial.
- LÉVI-STRAUSS, Claude (1958). *Anthropologie Structurale*. Paris.
- LEYENS, Jacques-Philippe (1985). *Teorias da Personalidade na Dinâmica Social*. Lisboa, Verbo.
- LIMA, Augusto Mesquitela et al (1982). *Introdução à Antropologia Cultural*. 4ª ed. Lisboa, Editorial Presença.
- LIMA, Fernando de Castro Pires (1930). Apontamentos de Terapêutica popular. In: *Revista Lusitana*, Vol. 28º, Lisboa.
- LIMA, Maria Luisa Pedroso de (1993). Atitudes. In VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta (1993). *Psicologia Social*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, pp. 167-198.
- LIMA, Mesquitela (1983). *Antropologia do Simbólico*. Lisboa, Editorial Presença.
- LIMA, Pedro et al (1991). Classificação de Profissões nos Censos 91. In: *Sociologia-Problemas e Práticas*, nº 10, pp 43-66.
- LINTON, Ralph (1967). *Le Fondement Culturel de la Personnalité*. Paris, Dunod.

- LOUX, Françoise (1983). *Traditions et soins d'aujourd'hui*. Paris, InterEditions.
- LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E.D.A. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. S. Paulo, Editora Pedagógica e Universitária.
- MACFARLANE, Aidan (1992). *A Psicologia do Nascimento*. Lisboa, Edições Salamandra.
- MACHADO, José Pedro (1967). *Dicionário Etimológico da Língua Portuguesa*. 2ª ed. Vol.II, Livros Horizonte.
- MARIAS, Julian (1955). *A Estrutura Social: teoria e método*. S. Paulo, Duas Cidades.
- MARINO FERRO, Xosé Ramón (1985). *Cultura popular*. Santiago de Compostela, Museu do Pobo Galego.
- MARTINS, Cyro (1979). *Perspectivas da relação médico-paciente*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- MATARAZZO, Joseph D. et al (1984). *Behavioral Health*. New York, John Wiley & Sons.
- MATOS, Isabel (1993). Menino ou Menina? In *Pais e Filhos*, nº 24/93.
- MIALARET, Gaston (1976). *As Ciências da Educação*. 2ª ed. Lisboa, Moraes Editores.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1993). *Legislação da Saúde*. Lisboa, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1992). *Portaria 145/92 de 6 de Maio*. D.R. nº 104, p 3996-3998.
- MOLINA, N. A. (1978). *Antigo livro de S. Cipriano: O gigante e verdadeiro capa de aço*. Lisboa, Centro do Livro Brasileiro.
- MONTEIL, Jean Marc; MAILHOT, Louis (1988). Éléments d'une représentation sociale de la formation: analyse d'une enquête auprès d'une population de formateurs. In: *Connexions*, nº 51, Paris.
- MONTMOLLIN, Germaine de (1984). Le changement d'atitude. In MOSCOVICI, Serge. *Psychologie Sociale*. Paris, P.U.F.
- MORIN, Edgar (1987). *O Método III*. Mem Martins, Publicações Europa-América.
- MOSCOVICI, Sergr (1985). *Psicologia Social I*. Barcelona, Paidós Ibérica.
- MOSCOVICI, Serge (1988). *Psicologia Social II*. Barcelona, Paidós Ibérica.
- MUCCHIELLI, Roger (1972). *L'entretien de face a face dans la relation d'aide*. Paris, Les Editions E.S.F.
- MUCCHIELLI, Roger (1982). *L'analyse de contenu des documents et des communications*. 4ª ed. Paris, Les Editions E.S.F.
- MYERS, S.J. et al (1990). Unlicensed midwifery practice in Washington State. *Public-Health*, 80 (6) : 726-8.
- NOVA ENCICLOPÉDIA PORTUGUESA (1992). Vol.3, Lisboa, Ediclube.
- NÓVOA, António et al (1988). *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa, DRHS/CFAP.
- NUNES, Berta (1987). Sobre as medicinas e as artes de curar. In *Revista Crítica de Ciências Sociais*, nº 23, pp. 233-242.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1983). *Nouvelles approches de l'éducation pour la santé dans le cadre des soins de santé primaires*. Genève.

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1990). *D'Alma-Ata à l'an 2000*. Genève.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1985). *As metas da saúde para todos*. Lisboa, DGDEPMS.
- PAÇO, Tenente Afonso (1930). Usos e costumes, crenças e tradições. In *Revista Lusitana*, Vol. 28º, Lisboa, p. 245.
- PAICHELER, Henri (1988). La Epistemologia del sentido comum. In MOSCOVICI, S. (1988). *Psicologia Social II*. Barcelona, Ediciones Paidós.
- PAIVA, José Pedro (1990). *Medo e necessidade: prática e crenças mágicas na diocese de Coimbra (1650-1740)*. Coimbra, Universidade de Coimbra.
- PARDAL, Manuela Santos (1990). Educação para a Saúde. Conceitos e Perspectivas. In *Saúde e Escola*, nº 6, pp.11-14.
- PEREIRA, Benjamin Enes (1965). *Bibliografia Analítica de Etnografia Portuguesa*. Lisboa, Centro de Estudos de Etnologia Peninsular.
- PEREZ, Rosa Maria de Figueiredo (1992). *Hierarquia e intocabilidade*. Tese de Doutoramento, Lisboa, ISCTE.
- PIAGET, Jean; INHELDER, Barbel (1979). *A Psicologia da criança*. Lisboa, Moraes Editores.
- PINA, Luis de (1929). *Bruzas e Medicina*. Porto, Imprensa Portuguesa.
- PINA, Luis de (1929). Vimaranes. Materiais para a história da Medicina Portuguesa. *Arqueologia-Antropologia-História*. 1vol. Porto.
- PINA, Luis de; MENESES, Maria Olivia Ruber de (1966). Expressões etnográficas em obras clássicas médicas portuguesas. *Revista de Etnografia*, Vol. VI, Tomo 2, nº 12.
- PINA, Luis (s.d.) *Medicina Popular*, Vol. 25 (205)
- PIRES, A. Thomaz (1903). Investigações Etnográficas. *Revista Lusitana*, Vol. VIII, Lisboa.
- PIRES, A. Thomaz (1907). Investigações Etnográficas. *Revista Lusitana*, Vol. X, Lisboa.
- POSTIC, Marcel (1984). *A Relação Pedagógica*. Coimbra, Coimbra Editora.
- QUEENAN, John T. (1987). *Gravidez de alto risco*. S. Paulo, Editora Manole.
- QUINN, V.P. et al (1991). Women who stop smoking spontaneously prior to prenatal care and predictors of relapse before delivery. *Addict-Behav.* 16 (1-2) : 29-40.
- QIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, LucVan (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva.
- RIBEIRO, José Luis Pais (1989). A Intervenção Psicológica na Promoção da Saúde. In *Jornal de Psicologia*, 8,2, 19-22.
- RIBEIRO, Margarida (1990). *Temas de Etnologia. Maternidade*. Lisboa, Livros Horizonte.
- RICE, Marilyn (1985). Educacion en Salud, cambio de comportamiento, tecnologias de comunicacion y materiales educativos. In *Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 98 (1).
- ROCHER, Guy (1979). *Sociologia Geral 2*. 3ª ed. Lisboa, Editorial Presença.
- ROLO, António Raimundo et al. (1988). Para uma Antropologia da educação. *O Professor*, 114, Dez. pp.6-14.

- ROSA, Annamaria Silvana de (1988). Sur l'usage des associations libres dans l'étude des représentations sociales de la maladie mentale. Paris, *Connexions*, n° 51.
- ROSENDO, Graça (1992). Os mitos da Maternidade. In *Pais e Filhos*, n° 13, pp 24-27.
- SANTOS, Boaventura de Sousa (1987). O Estado e as políticas de Saúde. In *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n° 23, pp. 13-74.
- SANTOS, Boaventura de Sousa (1990a). *Um discurso sobre as ciências*. 4ª ed. Porto, Edições Afrontamento.
- SANTOS, Boaventura de Sousa (1990b). *Introdução a uma ciência pós-moderna*. 2ª ed. Porto, Edições Afrontamento.
- SIGAUDÈS, D. (1989). L'education pour la santé. In BRUCKER, Gilles et al. *Santé Publique*. Paris, Edition Marketing.
- SIMÕES, A.A. da Costa (1860). *Topographia-médica das Cinco Villas e Arega*. Coimbra, Imprensa da Universidade.
- SOCIEDADE DE LINGUA PORTUGUESA (1989). *Grande Dicionário da Língua Portuguesa*. Lisboa, Euro-Formação.
- SOIFER, Raquel (1991). *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 5ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas.
- SPERBER, Dan (1989). L'étude anthropologique des représentations: problèmes et perspectives. In: JODELET, *Les représentations sociales*. Paris, PUF.
- STROLEGO, F. et al (1991). The influence of lunar phases on the frequency of deliveries. In: *Minerva-Ginecol*. 43 (7-8) : 359-63.
- STRYCHAR, I.M. et al (1990). The relationship among learning, health beliefs, alcohol consumption and tobacco use of primigravida. *Public-Health*, s. 81 (6) : 462-7.
- TÄHKÄ, Veikko (1988). *O relacionamento médico-paciente*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- TAVARES, José; ALARCÃO, Isabel (1985). *Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem*. Coimbra, Livraria Almedina.
- TITIEV, Mischa (1982). *Introdução à Antropologia Cultural*. 4ª ed. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- UNIVERSIDADE DE COIMBRA (1992). *Prospecto da Universidade de Coimbra*, Coimbra, Serviço de Documentação e Publicações da Universidade de Coimbra.
- UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE (UEM) (1980). *Curso de Ciências da Educação*. Maputo.
- VALA, Jorge (1993). Representações Sociais - para uma Psicologia Social do Pensamento Social. In VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta (1993). *Psicologia Social*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian.
- VASCONCELOS, João (1923). Tradições populares. In *Revista Lusitana*, Vol. 25º, Lisboa.
- VASCONCELOS, J. Leite de (1986). *Tradições Populares de Portugal*. 2ª ed Lisboa, Imprensa Nacional-Casa da Moeda.
- VEALE, D.J. et al (1992). South African traditional herbal medicines used during pregnancy and childbirth. Johannesburg, *J. Ethnopharmacol*. 36 (3) : 185-91.

- VIEIRA, Fernando Santos; FERRONHA, Filomena (1988). Gravidez, aspectos psicológicos - uma reflexão. In: *Psiquiatria Clínica*, 9 (4)pp 371-374.
- VIEIRA, Sónia (1986). *Introdução à Biostatística*. 4ª ed. Rio de Janeiro, Editora Campus.
- WILLIAMS, Susan M. (1988). A educação para a saúde. *Nursing*, nº 9 out.

ANEXO 1

Guião de entrevista aos médicos

GUIÃO DE ENTREVISTA AOS MÉDICOS

OBJECTIVOS:

- 1 - Caracterizar socio-profissionalmente os médicos entrevistados;
- 2 - Obter informação que permita identificar o conhecimento que os médicos têm dos saberes das Grávidas;
- 3 - Identificar a importância atribuída aos saberes, pelo médicos, bem como a sua posição perante as crenças explicitadas pelas grávidas;
- 4 - Colher informação dos médicos sobre a integração dos saberes das grávidas na educação para a saúde;
- 5 - Identificar factores que promovem ou não a integração destes saberes.

DIMENSÕES DE ANÁLISE	NÍVEIS DE ANÁLISE	VARIÁVEIS	OBSERVAÇÕES
<p>I</p> <p>PERCURSO PROFISSIONAL</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Breve caracterização do percurso profissional: <ul style="list-style-type: none"> • Idade • Especialidade (possível/desejada) • Categoria • Tempo de exercício nesta área de prestação de cuidados ... 	
<p>II</p> <p>EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</p>	<p>CONCEPÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</p> <p>CONHECIMENTOS DOS SABERES DA GRÁVIDA SOBRE A GRAVIDEZ</p> <p>INTEGRAÇÃO DOS SABERES NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Como entende a educação para a saúde - Importância que atribui - Natureza dos saberes - Fonte desses saberes - Importância atribuída - Posição perante as crenças explicitadas pelas grávidas - Utilização dos saberes na educação para a saúde das grávidas - Factores que promovem/dificultam a integração destes saberes na educação para a saúde 	

ANEXO 2

Guião de entrevista aos enfermeiros

GUIÃO DE ENTREVISTA AOS ENFERMEIROS

OBJECTIVOS:

- 1 - Caracterizar socio-profissionalmente as enfermeiras entrevistadas;**
- 2 - Obter informação que permita identificar o conhecimento que as enfermeiras têm dos saberes das Grávidas;**
- 3 - Identificar a importância atribuída aos saberes, pelas enfermeiras, bem como a sua posição perante as crenças explicitadas pelas grávidas;**
- 4 - Colher informação das enfermeiras sobre a integração dos saberes das grávidas na educação para a saúde;**
- 5 - Identificar factores que promovem ou não a integração destes saberes.**

DIMENSÕES DE ANÁLISE	NÍVEIS DE ANÁLISE	VARIÁVEIS	OBSERVAÇÕES
<p>I PERCURSO PROFISSIONAL</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Breve caracterização do percurso profissional: <ul style="list-style-type: none"> • Idade • Hab. literárias: À entrada no Curso e agora • Formação profissional: Base - ano / Pós-base - ano • Categoria • Tempo de exercício nesta área de prestação de cuidados 	
<p>II EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</p>	<p>CONCEPÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</p> <p>CONHECIMENTO DOS SABERES DA GRÁVIDA SOBRE A GRAVIDEZ</p> <p>INTEGRAÇÃO DOS SABERES NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Como entende a educação para a saúde - Importância que atribui - Natureza dos saberes - Fonte desses saberes - Importância atribuída - Posição perante as crenças explicadas pelas grávidas - Utilização dos saberes na educação para a saúde das grávidas - Factores que promovem/dificultam a integração destes saberes na educação para a saúde 	<p>Identificar factores mais importantes</p>

ANEXO 3

Guião de entrevista às grávidas

GUIÃO DE ENTREVISTA ÀS GRÁVIDAS

OBJECTIVOS:

- 1 - Caracterizar socio-profissionalmente as grávidas entrevistadas;
- 2 - Recolher informação que permita caracterizar a representação da gravidez;
- 3 - Identificar crenças sobre a gravidez;
- 4 - Recolher informação que permita identificar mudanças de comportamentos da grávida e suas causas;
- 5 - Conhecer as expectativas quanto à gravidez e parto.

DIMENSÕES DE ANÁLISE	NÍVEIS DE ANÁLISE	VARIÁVEIS	OBSERVAÇÕES
<p>I</p> <p>CARACTERIZAÇÃO SOCIO-PROFISSIONAL</p>	<p>DADOS BIOGRÁFICOS</p> <p>HABILITAÇÕES ESCOLARES</p> <p>SITUAÇÃO PROFISSIONAL</p> <p>EPISÓDIOS DE MIGRAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Idade - Naturalidade - Residência (localidade e tempo) - Estado civil - Da grávida - Do marido - Dos pais - Da grávida - Do marido - Dos pais - Da grávida - Do marido - Dos pais 	<p>Antes do início da recolha de dados, explicar a razão da entrevista, justificar a importância da colaboração da grávida e referir o carácter confidencial das informações</p>
<p>II</p> <p>ANTECEDENTES</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Tempo de gravidez - Número de gravidezes - Número de filhos - Doenças <ul style="list-style-type: none"> • da grávida • do marido • dos pais 	
<p>III</p> <p>ACEITAÇÃO DA GRAVIDEZ</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Pela grávida - Pelo marido - Pelos filhos - Outros familiares 	
<p>IV</p> <p>CONCEPÇÕES DA GRAVIDEZ</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Definição de gravidez - Percepção da sua gravidez <ul style="list-style-type: none"> • Antes e depois de estar grávida - Coincidências/descoincidências desta percepção 	

DIMENSÕES DE ANÁLISE	NÍVEIS DE ANÁLISE	VARIÁVEIS	OBSERVAÇÕES
V SABERES SOBRE A GRAVIDEZ	PRIMEIROS CONHECIMENTOS SOBRE A GRAVIDEZ SABERES FAMILIARES SABERES SOCIAIS SABERES INSTITUCIONAIS	<ul style="list-style-type: none"> - Momento dos primeiros conhecimentos - Tipos de conhecimentos - Fonte desses conhecimentos - Conhecimentos recebidos na família <ul style="list-style-type: none"> • Informação • Crenças • Comportamentos permitidos e proibidos • Agentes de transmissão desses conhecimentos • Agentes de transmissão, coincidentes de comportamentos e crenças. - Outras fontes de informação: <ul style="list-style-type: none"> • Colegas • Amigos • Outros familiares • Mass media • Livros - Tipos de informação - Outras fontes: <ul style="list-style-type: none"> • Profissionais de saúde (serviços de saúde) • profissionais da educação (escola) 	<p>Explorar a existência de crenças, ditos populares e uso de objectos.</p> <p>Indagar importância que atribui a informação transmitida pelos diferentes profissionais e se expoe as suas preocupações, duvidas, crenças, aos profissionais de saúde e porque.</p>
VI MUDANÇAS DE COMPORTAMENTOS		<ul style="list-style-type: none"> - Existência ou não de modificações do comportamento em consequência da gravidez: <ul style="list-style-type: none"> • Quais • Razões dessas modificações 	
VII EXPECTATIVAS ACERCA DA GRAVIDEZ, PARTO		<ul style="list-style-type: none"> - Como espera que irá correr a gravidez até ao fim e o parto; - O que mais a preocupa. 	
VIII INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR			<p>Dar oportunidade à grávida de referir aspectos que não tenham sido abordados</p>

ANEXO 4

Codificação das entrevistas

CODIFICAÇÃO DAS ENTREVISTAS

e.e. - enfermeiro especialista

e.e.r.s. - enfermeiro especialista responsável pelo serviço

m.a.f. - médico assistente da Faculdade de Medicina

m.a.g. - médico assistente graduado

m. a. h. - médico assistente hospitalar

m.c.s. - médico chefe de serviço

m.e. - médico especialista

m.g.e. - médico graduado em especialista

