



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

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

LITERACIA EM SAÚDE MATERNA:

Uma estratégia para a promoção de uma gravidez saudável

Maria de Fátima do Rosário Santos

Coimbra, outubro de 2018



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM EM
SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA

LITERACIA EM SAÚDE MATERNA:

Uma estratégia para a promoção de uma gravidez saudável

Maria de Fátima do Rosário Santos

Orientadora: Mestre Ana Maria Poço dos Santos

Coorientadora: Mestre Rita de Cássia Teixeira Rangel

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

Coimbra, outubro de 2018

“Há algumas coisas que não se pode aprender rapidamente, e o tempo, que é só o de que dispomos, cobra um preço alto pela aquisição delas. São as coisas mais simples do mundo, e porque leva a vida inteira de um homem para conhecê-las, a pequena novidade que cada homem extrai da vida custa muito caro e é a única herança que ele poderá deixar”

(Hemingway, 1932)

Dedico esta dissertação a todas as enfermeiras EESMO e parteiras tradicionais de uma terra moçambicana chamada Mitande, antiga Belém, verdadeiras heroínas da obstetrícia, que fizeram nascer em mim o desejo de saber mais sobre a arte de partejar.

AGRADECIMENTOS

A presente investigação só foi possível por diversas contribuições, científicas e afetivas, pelo que manifesto o meu sincero agradecimento:

- às Professoras Ana Poço e Rita Rangel, pela sua disponibilidade e contribuição científica;
- às participantes do estudo que, mais do que responder a questões, partilharam comigo um momento das suas vidas de forma tão íntima e especial, e a todos aqueles que mas referenciaram;
- às maravilhas, mais do que colegas de especialidade, parceiras incansáveis num percurso por vezes atribulado;
- aos amigos e aos colegas dos vários serviços, por ouvirem os meus desabafos e facilitarem este percurso;
- à Margarida, pela amizade, por queimarmos etapas em conjunto, por saber sempre quando (des)focar a minha atenção;
- à Família, pela presença constante, pelo apoio, pela compreensão e pelo estímulo a continuar;
- ao Edgar pela sabedoria, paciência, apoio incondicional e espírito crítico, que melhoraram sem dúvida o resultado final.

A todos, o meu sincero agradecimento

ABREVIATURAS E SIGLAS

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

et al. – e outros

IG – Idade gestacional

LSM – Literacia em Saúde Materna

OMS – Organização Mundial de Saúde

PPPP – Preparação Para o Parto e Parentalidade

RN – Recém-nascido

RESUMO

Enquadramento: A gravidez constitui uma etapa no ciclo vital da mulher na qual é essencial que adquira conhecimentos, autoconfiança e compreensão necessários para tomar decisões responsáveis que influenciem a sua saúde enquanto grávida e a do recém-nascido. A literacia em saúde materna constitui uma estratégia para promover uma gravidez saudável ao fortalecer a participação e o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades da mulher relativos à gravidez e à maternidade.

Objetivos: Identificar os conhecimentos da mulher grávida sobre a promoção da saúde pré-natal; Conhecer as estratégias da mulher grávida para tomar decisões promotoras de uma gravidez saudável.

Métodos: Investigação de natureza qualitativa do tipo descritivo. Amostra constituída por doze mulheres grávidas, selecionada por conveniência. Os dados foram recolhidos através de uma entrevista semi-estruturada, entre maio e julho de 2018. Na análise dos dados seguiu-se as orientações metodológicas de Bogdan e Biklen (1994).

Resultados: Emergiram sete categorias: Aderindo a hábitos de vida adequados à gravidez; Procurando cuidados de saúde sexual e reprodutiva; Atribuindo importância a cuidados de vigilância pré-natal; Vivenciando sintomas fisiológicos comuns da gravidez; Vivenciando sinais de alerta; Perspetivando o parto; Desenvolvendo o papel parental. Identificaram-se os conhecimentos que as mulheres grávidas possuem relativos a alimentação, atividade física, segurança rodoviária e uso de substâncias psicoativas. As participantes atribuíram importância aos cuidados pré-concepcionais, selecionam o local de vigilância pré-natal, procuram sessões de PPPP para melhorar os seus conhecimentos sobre maternidade e demonstram possuir estratégias para aceder a cuidados de saúde perante sinais de alerta.

Conclusões: As participantes demonstraram conhecimentos que lhes permitiram melhorar a capacidade para cuidar de si próprias enquanto grávidas e do recém-nascido e estratégias para utilizar as informações que lhes foram dadas por profissionais de saúde durante a assistência pré-natal para tomar decisões no seu dia-a-dia promotoras de uma gravidez saudável. A assistência em saúde pré-natal surge como promotora da literacia em saúde materna. A gravidez constitui uma oportunidade para os enfermeiros EEESMO ensinarem e aconselharem a mulher grávida a adotar um estilo de vida saudável, o que irá influenciar a sua saúde e a do seu contexto familiar, ao aumentar a sua literacia em saúde materna.

ABSTRACT

Issue: Pregnancy is a stage in a woman's life cycle where it is essential that she acquires the knowledge, self-confidence and understanding needed to make responsible decisions that influence her health while pregnant and that of the newborn. Maternal health literacy is a strategy to promote a healthy pregnancy by strengthening the participation and development of women's knowledge and skills related to pregnancy and motherhood.

Objectives: To identify the knowledge of the pregnant woman about the promotion of prenatal health; To know the strategies of the pregnant woman to make decisions that promote a healthy pregnancy.

Material and Methods: Research of qualitative nature of the descriptive type. Sample consisting of twelve pregnant women, selected for convenience. Data were collected through a semi-structured interview between May and July 2018. Data analysis followed the methodological guidelines of Bogdan and Biklen (1994).

Results: Seven categories emerged: Adhering to life habits appropriate to pregnancy; Looking for sexual and reproductive health care; Assigning importance to pre-natal surveillance care; Experiencing common physiological symptoms of pregnancy; Experiencing warning signs; Perspecting the birth; Developing parental role. We identified the knowledge that pregnant women have about feeding, physical activity, road safety and the use of psychoactive substances. Participants attributed importance to pre-conceptual care, selected the pre-natal surveillance site, sought Preparation for Childbirth sessions to improve their knowledge about maternity, and demonstrated strategies for accessing health care at warning signs.

Conclusions: Participants demonstrated knowledge that enabled them to improve their ability to care for themselves as pregnant women and the newborn and strategies for using the information given to them by health professionals during pre-natal care to make decisions in their daily lives, promoters of a healthy pregnancy. Pre-natal health care emerges as a promoter of maternal health literacy. Pregnancy provides an opportunity for midwives to teach and advise pregnant women how to adopt a healthy lifestyle, which will influence their health and the health of the family context by increasing their literacy in maternal health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Categoria: Aderindo a hábitos de vida adequados à gravidez.....	63
Figura 2 - Categoria: Procurando cuidados de saúde sexual e reprodutiva.....	85
Figura 3 - Categoria: Atribuindo importância a cuidados de vigilância pré-natal.....	90
Figura 4 - Categoria: Vivenciando sintomas fisiológicos comuns da gravidez	97
Figura 5 - Categoria: Vivenciando sinais de alerta	102
Figura 6 - Categoria: Perspetivando o parto.....	106
Figura 7 - Categoria: Desenvolvendo o papel parental	120
Figura 8 - A literacia em saúde materna da mulher grávida: categorias e subcategorias identificadas.....	125

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das participantes	59
Tabela 2 - Caracterização obstétrica das participantes	60

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	21
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1 - LITERACIA EM SAUDE	27
2 - LITERACIA EM SAÚDE MATERNA	31
3 - A MULHER E A GRAVIDEZ.....	37
3.1 - A MULHER QUE SE TORNA GRÁVIDA EM PORTUGAL.....	38
4 - ASSISTÊNCIA EM SAÚDE PRÉ-NATAL.....	39
4.1 - INTERVENÇÕES NUTRICIONAIS	41
4.2 - AVALIAÇÃO DA MULHER GRÁVIDA E DO FETO.....	42
4.3 - MEDIDAS PREVENTIVAS	44
4.4 - INTERVENÇÕES PARA SINTOMAS FISIOLÓGICOS COMUNS	45
4.5 - INTERVENÇÕES NOS SISTEMAS DE SAÚDE PARA MELHORAR A UTILIZAÇÃO E A QUALIDADE DOS CUIDADOS PRÉ-NATAIS	47
PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO	49
5 - METODOLOGIA.....	51
5.1 - - QUESTÃO E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO	51
5.2 - MÉTODO E TIPO DE ESTUDO.....	52
5.3 - PARTICIPANTES	53
5.4 - PROCESSO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO	55
5.5 - ASSEGURANDO O RIGOR DA INVESTIGAÇÃO	56
5.6 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	57
6 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	59
6.1 - CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	59
6.2 - ANÁLISE E DISCUSSÃO	61
6.2.1 - Categoria: “Aderindo a hábitos de vida adequados à gravidez”	63
6.2.2 - Categoria: “Procurando cuidados de saúde sexual e reprodutiva”	84
6.2.3 - Categoria: “Atribuindo importância à assistência em saúde pré-natal”	90
6.2.4 - Categoria: “Vivenciando sintomas fisiológicos comuns da gravidez”	96
6.2.5 - Categoria: “Vivenciando sinais de alerta”	102
6.2.6 - Categoria: “Perspetivando o parto”	106
6.2.7 - Categoria: “Desenvolvendo o papel parental”	119
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
CONCLUSÃO	129
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	137

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião de Entrevista

APÊNDICE II – Carta Informativa - Consentimento Informado

ANEXOS

ANEXO I - Parecer nºP497-04/2018 da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

INTRODUÇÃO

A saúde reprodutiva e a maternidade saudável – incluindo a mãe e o filho – são hoje mundialmente reconhecidos como aspetos de desenvolvimento dos direitos humanos, sendo que cada mulher deve desfrutar o mais alto nível de saúde durante este período da sua vida (OMS, 2016).

Durante a gravidez é essencial que a mulher adquira conhecimentos, autoconfiança e compreensão necessários para tomar decisões responsáveis que influenciem a sua saúde enquanto grávida, bem como a do recém-nascido (RN). A literacia em saúde materna (LSM) constitui uma estratégia para promover uma gravidez saudável ao fortalecer a participação e o desenvolvimento dos conhecimentos da mulher relativos à gravidez e à maternidade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define literacia em saúde como competências cognitivas e sociais, a acrescentar à capacidade dos indivíduos para acederem, compreenderem e utilizarem informação de modo a promover e a manter uma boa saúde (Loureiro, 2009).

A LSM refere-se à habilidade cognitiva e social que motiva e capacita a mulher para compreender e utilizar informação de modo a promover e a manter a sua saúde e a dos seus filhos (Ferreira, 2013), a detetar fatores de risco, a identificar os sinais de alarme durante a gravidez e a adotar um estilo de vida saudável (Mojoyinola, 2011; Khorasani, Peyman & Esmaily, 2018).

A missão do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica (EEESMO) passa por assegurar cuidados especializados nos contextos em que a mulher se encontra, produzindo ganhos em saúde pela promoção da autonomia da mesma nas decisões, pela capacitação para o autocuidado e autovigilância, promovendo desta forma a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com a gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

De acordo com as orientações estratégicas europeias para o fortalecimento da Enfermagem e da Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em relação às metas de Saúde 2020 (OMS, 2015), os EEESMO são elementos essenciais das equipas multidisciplinares e interdisciplinares para propiciar um começo de vida saudável, capacitar para a autogestão dos cuidados e promover a literacia em saúde.

É consensual que a mulher grávida com uma adequada LSM tem capacidade para procurar informação, utilizá-la de modo a promover o bem-estar materno-fetal e recorrer a serviços de saúde quando necessário. Mas, qual a literacia em saúde materna das mulheres grávidas, com vista a vivenciarem uma maternidade saudável?

Esta foi a questão de investigação orientadora da presente investigação que teve como objetivos:

- Identificar os conhecimentos da mulher grávida sobre a promoção da saúde pré-natal;
- Conhecer as estratégias da mulher grávida para tomar decisões promotoras de uma gravidez saudável.

Atendendo à natureza dos objetivos definidos, desenvolveu-se uma investigação de natureza qualitativa do tipo descritivo. A amostra foi selecionada por conveniência e o acesso às participantes realizou-se através de “bola de neve”, por referência de pessoas conhecidas da investigadora. Foram entrevistadas doze mulheres grávidas que obedeciam aos critérios de inclusão e não se encontravam nos critérios de exclusão, estando assim constituída a amostra.

Os dados foram recolhidos entre 18 de maio e 6 de julho de 2018 por meio de uma entrevista semiestruturada em profundidade construída pela investigadora. As notas de campo foram registadas, as entrevistas audiogravadas foram transcritas integralmente e cada transcrição foi validada pela respetiva participante.

Optou-se por seguir as orientações metodológicas dos autores Bogdan e Biklen (1994) tendo-se recorrido ao uso do software Nvivo 10 para análise de dados. A investigação foi escrita de acordo com a terminologia e orientações de Bogdan e Biklen (1994).

A nível estrutural, esta investigação encontra-se dividida em duas partes. A primeira parte corresponde ao enquadramento teórico, onde se contextualiza a questão de investigação e se procura abranger de forma objetiva e sistematizada as áreas em estudo. Apresenta-se uma breve abordagem teórica do conceito de literacia em saúde, sua importância para a promoção da saúde dos indivíduos, família e comunidade e os dados conhecidos sobre literacia em saúde na Europa e em Portugal. Segue-se uma abordagem à literacia em saúde materna, onde é apresentada uma definição do conceito, um levantamento da importância da literacia em saúde materna por parte das mulheres grávidas e suas implicações na promoção da saúde materno-fetal e familiar e é proposto um conjunto de intervenções para a melhoria da literacia em saúde e em saúde materna. De seguida, no capítulo três – a mulher e a gravidez - apresentam-se os conceitos de gravidez e as implicações da gravidez na vida da mulher, e faz-se um retrato da mulher grávida em Portugal, atualmente. Por último apresenta-se um conjunto

de intervenções, de acordo com orientações nacionais e internacionais e de acordo com a pesquisa bibliográfica realizada, relativo à assistência em saúde pré-natal.

A segunda parte, denominada de estudo empírico, é constituída por dois capítulos. No primeiro capítulo apresenta-se a metodologia, onde se incluem a questão e objetivos de investigação, aspetos relacionados com as escolhas metodológicas nomeadamente método e tipo de estudo, participantes, processo de recolha de informação e os procedimentos formais e éticos tidos em conta. No segundo capítulo apresenta-se a caracterização sociodemográfica e obstétrica das participantes e a análise e discussão dos resultados obtidos. Por fim, são descritas considerações finais sobre o conhecimento produzido na investigação e as respetivas implicações para a prática.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 - LITERACIA EM SAUDE

Literacia foi um conceito introduzido em Portugal por Ana Benavente, no estudo “A literacia em Portugal: resultados de uma pesquisa extensiva e monográfica”, no qual afirma que a literacia procura saber não o que as pessoas aprendem, mas sim o que, na vida quotidiana, são capazes de utilizar (Lopes como referido por Ferreira, 2013).

Literacia em saúde é, segundo a OMS, definida como as competências cognitivas e sociais, a acrescentar à capacidade dos indivíduos para ganharem acesso, compreenderem e utilizarem informação de forma que promovam e mantenham uma boa saúde (Loureiro, 2009).

Em 2012, o *European Health Literacy Consortium* referiu também que a literacia em saúde capacita as pessoas de conhecimento, motivação e competência que lhes possibilita aceder, compreender, avaliar e mobilizar informações relativas à saúde. Desta forma, permite que cada pessoa possa fazer uma avaliação pessoal e tomar decisões na sua vida quotidiana, relativamente à promoção da saúde, prevenção de doença e aos cuidados de saúde, de forma a manter ou melhorar a qualidade de vida ao longo do seu ciclo vital (Serrão, Veiga, & Vieira, 2015).

A literacia permite que os cidadãos se tornem aptos para tomar decisões informadas em matéria de saúde. A tomada de decisão informada e esclarecida pressupõe um conhecimento básico de saúde, ser capaz de ler, compreender e avaliar informação, tendo aptidão para analisar riscos, fazer previsões, interagir com profissionais de saúde, seguir recomendações e decidir como e quando procurar um profissional de saúde. Os cidadãos dispõem, assim, de uma maior responsabilidade pela sua própria saúde e gestão da doença, pelo facto de possuírem capacidade de autogestão e de procura de medidas preventivas (Martins, 2015; New Zealand Nurses Organisation & College of Nurses, 2011; Pereira, 2013).

O conceito de literacia em saúde pode ser subdividido em três dimensões: a literacia funcional, a literacia comunicativa e a literacia crítica (Nutbeam et al. como referido por Marques, 2017; Health Literacy Centre Europe, 2015c).

A literacia funcional em saúde engloba conhecimentos básicos de leitura e escrita, referindo-se à capacidade de o indivíduo entender os seus problemas de saúde, executar tarefas ou seguir instruções escritas em rótulos ou outros materiais. Os

indivíduos com uma limitada literacia funcional em saúde têm geralmente problemas em ler, escrever ou calcular, tendo frequentemente capacidade limitada para atender às suas necessidades noutras áreas da vida (Nutbeam et al. como referido por Marques, 2017; Health Literacy Centre Europe, 2015c).

A literacia comunicativa consiste no desenvolvimento de habilidades para participar nas atividades quotidianas, extrair informações e estar apto para repassar as informações adquiridas (Nutbeam et al. como referido por Marques, 2017). Refere-se à capacidade de comunicar facilmente sobre a sua situação de saúde, fazer perguntas para melhorar o seu entendimento sobre determinado assunto e identificar as próprias lacunas de conhecimento. A inadequada literacia comunicativa em saúde manifesta-se pela dificuldade do indivíduo em explicar problemas de saúde ou discuti-los com profissionais de saúde. O indivíduo pode ter pouca experiência no sistema de saúde, experienciando as relações com os profissionais de saúde como desiguais, podendo omitir questões para não ocupar tempo ao profissional de saúde ou esquecer rapidamente o que lhes foi transmitido devido à situação de stress que a interação com o profissional de saúde lhe proporciona (Health Literacy Centre Europe, 2015c).

A literacia crítica engloba a capacidade de analisar criticamente informações em saúde e saber utilizá-las para seu próprio benefício (Nutbeam et al. como referido por Marques, 2017). Refere-se à tomada de decisões informadas em saúde no contexto da vida cotidiana - em casa, na comunidade, no local de trabalho, no sistema de saúde, o que confere ao indivíduo o senso de responsabilidade e de controle da sua própria saúde. Indivíduos com uma inadequada literacia em saúde podem não ter capacidade para tomar as suas próprias decisões baseadas no conhecimento e nas informações disponíveis devido à falta de habilidades para avaliar criticamente essas informações (Health Literacy Centre Europe, 2015c).

New Zealand Nurses Organisation and College of Nurses (2011) resume que pessoas com níveis adequados de literacia em saúde têm menor probabilidade de ser hospitalizadas e de recorrer a serviços de urgência, maior probabilidade de aderir e participar em rastreios, nomeadamente mamografia, e de aderir à vacina contra influenza. A literacia em saúde capacita também as pessoas a cumprir o regime terapêutico de forma adequada, a saber interpretar rótulos e mensagens de saúde, a ter uma melhor compreensão sobre a sua doença crónica, demonstrando melhores habilidades para gerir o seu estado de saúde-doença

Por outro lado, uma inadequada literacia em saúde tem sido relacionada com menor saúde, tanto física como mental (Serrão et al, 2015). É transversal a todas as idades,

raças e estratos socioeconómicos, sendo mais prevalente em populações com fracos recursos (Pereira, 2013).

Uma limitada literacia em saúde está relacionada com maiores custos em cuidados de saúde e com taxas de hospitalização mais elevadas (Martins, 2015; Khorasani et al., 2018). *Health Literacy Centre Europe* (2015a) afirma que a limitada literacia em saúde é dispendiosa tanto para os indivíduos como para os prestadores de cuidados de saúde e para a sociedade em geral, afirmando que estudos de cálculo de custos sobre a limitada literacia em saúde nas populações americanas e suíças apontam para um aumento dos orçamentos nacionais de saúde em mais 3-5%. Os mesmos autores referem que este valor, apesar de muito significativo, pode ser ainda superior se tiver em conta dados relativos à limitada literacia em saúde difíceis de calcular, como a perda de receita fiscal devido a anos perdidos de emprego produtivo. Como exemplo destaca-se que o programa referido por *Health Literacy Centre Europe* (2015a), em que se ensinou os pais a tratar doenças comuns na infância em casa, tendo resultado em reduções significativas no recurso a serviços de saúde, absentismo escolar e absentismo laboral dos pais ou cuidadores.

Em 2011 realizou-se, em oito países europeus, um estudo europeu sobre literacia em saúde. Este estudo veio demonstrar que 12% da população tem uma inadequada literacia em saúde e 35% tem literacia em saúde que é limitada. A prevalência de literacia em saúde inadequada e limitada varia entre os países europeus, estando associada ao estatuto socioeconómico, a minorias étnicas, ao nível educacional, entre outros fatores sociais. A pesquisa constatou que o aumento da idade é um fator de risco para o baixo nível de literacia em saúde em todos os países europeus, sendo que uma grande maioria das pessoas com mais de 75 anos tem uma literacia em saúde inadequada ou limitada, precisamente no momento da vida em que as suas necessidades de saúde serão, provavelmente, maiores (Health Literacy Centre Europe, 2015b).

O nível de literacia em saúde da população portuguesa é desconhecido. Estando a literacia em saúde intimamente relacionada com os níveis de literacia em geral, Goes, et al. (2015) refere que os estudos existentes em Portugal sobre o tema, apesar de escassos, manifestam de forma semelhante os baixos níveis de literacia da população.

Paiva, Silva, Severo, Ferreira e Lunet (2017) estudaram a prevalência da literacia em saúde inadequada e os fatores sociodemográficos associados numa amostra de 1554 pessoas residentes em Portugal, tendo concluído que a prevalência de inadequada literacia em saúde foi de 72,9%, mais elevada do que a observada noutros países

européus. As pessoas com literacia em saúde inadequada eram significativamente mais velhas e com menor escolaridade.

Martins (2015) refere que avaliar a literacia em saúde da população portuguesa nos vários sectores da população e capacitar os cidadãos de forma a tomarem decisões conscientes, informadas e responsáveis sobre a sua saúde são estratégias necessárias para melhorar a saúde da população em geral.

Entende-se hoje que a literacia em saúde se torna um princípio fundamental para a promoção da saúde, podendo fazer a diferença nomeadamente em pessoas com antecedentes culturais e linguísticos minoritários ou com estatuto socioeconómico que dificulte o acesso aos serviços de saúde. Contudo, colocar este princípio em prática apresenta desafios significativos aos profissionais de saúde devido às limitações de recursos que estes enfrentam na prestação de cuidados, incluindo o conhecimento inadequado sobre a importância da literacia (Wilmore, et al., 2015).

As intervenções na área da saúde direcionadas para a literacia em saúde são geralmente promissoras pois apresentam uma abordagem abrangente, que engloba não só os conhecimentos, como também as habilidades e atitudes, dentro do contexto da pessoa. Neste âmbito, combinam-se estratégias de intervenção que melhoram as habilidades de literacia em saúde das pessoas ao mesmo tempo que transmitem estratégias que atenuam os efeitos negativos do baixo nível de literacia em saúde ao diminuir a necessidade de recorrer a serviços de saúde. Intervenções direcionadas simultaneamente para fortalecer a literacia em saúde de utentes e profissionais são mais bem-sucedidas do que uma abordagem apenas voltada para profissionais ou para utentes (Health Literacy Centre Europe, 2017).

De acordo com *Health Literacy Centre Europe* (2015b), as intervenções para melhorar a literacia em saúde estão em consonância com os objetivos da União Europeia para alcançar a equidade e a inclusão social melhorando, por exemplo, o acesso aos serviços sociais e de saúde. Sugere-se, assim, a promoção de políticas e programas de ação relacionados com a vida saudável e o envelhecimento saudável, devendo ter em conta a diversidade étnica da Europa, incentivando a adaptação das intervenções às circunstâncias locais.

Em suma, melhorar a literacia em saúde é considerada uma prioridade fundamental para permitir uma boa saúde na Europa (*Health Literacy Centre Europe*, 2015b).

2 - LITERACIA EM SAÚDE MATERNA

A literacia em saúde materna (LSM) está relacionada com “as habilidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade das mulheres para compreender e utilizar a informação de forma a promover e manter a sua saúde e a dos seus filhos” (Ferreira, 2013, p. 38).

A LSM refere-se ao conhecimento e capacidade da mulher grávida para detetar fatores de risco, identificar os sinais de alarme durante a gravidez que se possam tornar complicações e adotar um estilo de vida saudável que englobe uma alimentação adequada (Mojoyinola, 2011; Khorasani et al., 2018; Kohan, Ghasemi & Dodangeh como referido por Ferreira, 2013).

O estado de saúde de uma mulher e o seu nível de conhecimento sobre saúde durante as fases pré-concepcional, gravidez e pós-parto afetam diretamente a sua gravidez e a saúde do seu filho (Khorasani et al., 2018).

As mulheres com uma limitada literacia em saúde são mais propensas a ter uma gravidez não planeada quando comparadas com mulheres com literacia em saúde adequada (Kilfoyle, Vitko, O’Conor & Bailey, 2016). O facto de a mulher recorrer à consulta pré-concepcional permite a avaliação das expectativas futuras relativas à gestação, a avaliação da saúde do casal, a identificação de fatores de risco e a antecipação de intervenções direcionadas ao controle dos fatores de risco, que teriam potencial para levar a desfechos obstétricos desfavoráveis (Rebollo-Garriga, Martínez-Juan, Puig, Nieto-Tirado, & Rodríguez, 2018).

Na revisão sistemática da literatura, Kilfoyle et al. (2016) refere que mulheres com literacia em saúde limitada têm mais propensão para iniciar a assistência em saúde pré-natal após o primeiro trimestre e/ou faltar a consultas pré-natais quando comparadas com mulheres grávidas com adequada literacia em saúde. Também mulheres com uma gravidez de risco devido a diabetes gestacional que apresentaram níveis limitados de literacia em saúde tiveram menos probabilidade de receber aconselhamento de um obstetra e iniciaram a assistência em saúde pré-natal com uma idade gestacional posterior.

A limitada literacia em saúde na mulher grávida está associada à não adesão a suplementos vitamínicos durante a gravidez e a uma menor adesão à toma de ácido

fólico no período pré-concepcional e durante o primeiro trimestre de gravidez. A mulher grávida com limitada literacia em saúde atribui crenças negativas ao uso de medicamentos durante a gravidez, associando-lhe riscos e comprometendo a sua adesão. Em contrapartida, mulheres com nível adequado de literacia em saúde demonstram interesse em adquirir mais informação sobre o uso de medicamentos (Kilfoyle et al., 2016).

Mulheres com limitada literacia em saúde são mais propensas a ter depressão durante a gravidez e nas seis semanas após o parto. No pós-parto, estas mulheres relataram níveis inferiores de amamentação exclusiva quando comparadas com mulheres com literacia em saúde adequada. No estudo de Poorman et al. como referido por Kilfoyle (2016), 30% das mulheres com literacia em saúde limitada nunca amamentaram, em comparação com 13% das mulheres com literacia adequada em saúde.

A literacia em saúde torna-se essencial para promover a saúde não só da mulher, mas de toda a família (Khorasani et al., 2018). Por este motivo, aumentar a conscientização e a preparação da mulher durante a gravidez irá permitir-lhe que vivencie esta fase da vida com menos complicações, obtendo assim resultados positivos na gravidez e maternidade (Gharachourlo, Mahmoodi, Kamrani, Tehranizadeh, & Kabir, 2018). No estudo de Kohan, Ghasemi e Dodangeh como referido por Ferreira (2013), observou-se que pessoas com um nível de literacia geral mais elevado, têm melhores resultados em saúde durante a gravidez, filhos com maior peso ao nascer, menos recém-nascidos prematuros, menor taxa de mortalidade e amamentam durante um maior período de tempo.

A LSM influencia a capacidade da mulher grávida para circular nos sistemas de saúde (Smith & Carroll, 2017). Khorasani et al. (2018) alertam que a assistência em saúde pré-natal é, para muitas mulheres, o primeiro contacto a sós com o sistema de saúde. Este primeiro contacto, mesmo quando a mulher grávida detém um nível adequado de literacia em saúde, pode tornar-se assustador devido à complexidade do sistema. Mulheres com baixos níveis de literacia em saúde deparam-se com mais problemas para aprender novas informações e para seguir as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde.

Numa investigação realizada por Ghanbari, Majlessi, Ghaffari, Mahmoodi, Majdabadi como referido por Khorasani et al. (2018), em que se estudou o nível de literacia em saúde na mulher grávida, 30% destas tinham níveis inadequados de literacia em saúde. Num estudo realizado na Sibéria (Rússia), 44% das mulheres apresentaram baixos níveis de literacia em saúde (Khorasani et al., 2018).

O baixo nível de literacia em saúde da mulher grávida tem um efeito negativo sobre o seu conhecimento sobre saúde, sobre os comportamentos preventivos que adota, sobre a capacidade de procurar e aceder ao sistema de saúde, utilizar serviços preventivos e cuidar de seus filhos (Khorasani et al., 2018). Níveis inadequados de LSM na mulher grávida foram associados a uma probabilidade quatro vezes superior de ter um filho com risco de atraso no desenvolvimento (Hernandez-Mekonnen, et al., 2016), bem como a piores conhecimentos sobre aleitamento materno (Goes, et al., 2015).

De acordo com *New Zealand Nurses Organisation & College of Nurses* (2011), os EEESMO, pela natureza do seu trabalho, conhecem o impacto que uma inadequada literacia em saúde tem na vida e na saúde da população, como por exemplo na dificuldade de os pais lerem uma prescrição ou entenderem a importância de uma intervenção precoce quando a criança fica doente.

Perante a importância da literacia em saúde materna tanto para a mulher grávida, como para a sua família, os profissionais de saúde – nomeadamente os EEESMO, têm o dever de informar e capacitar a mulher grávida. A capacitação permite criar oportunidades para que a mulher grávida se sinta mais competente, independente, autoconfiante e seja capaz de encontrar a resolução para as suas necessidades (Pereira, Fernandes, Tavares, & Fernandes, 2011).

Através da capacitação da mulher grávida, é possível fortalecer a participação, defender os direitos e favorecer o desenvolvimento de seus conhecimentos a respeito das decisões relativas à gravidez, ao parto e ao pós-parto. Este desenvolvimento não é automático, pelo que surge a necessidade de ações estratégicas para sua obtenção. Nesta perspetiva, as ações educativas por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos EEESMO, são relevantes pois proporcionam confiança na relação entre o profissional e a mulher, reduzem a subordinação e promovem o protagonismo das mulheres nas suas decisões (Jardim, Silva, & Fonseca, 2017).

American College of Obstetricians and Gynecologists (2016) refere que, devido ao efeito potencial do conhecimento sobre a saúde do indivíduo, os profissionais de saúde, nomeadamente na área de obstetrícia, devem tomar medidas apropriadas para garantir uma comunicação compreensível de modo a que o indivíduo possa tomar decisões informadas relativas a si, à sua saúde e à procura de cuidados de saúde.

A nível nacional, a Ordem dos Enfermeiros (2011) refere que a missão do EEESMO passa por assegurar cuidados especializados nos contextos em que a mulher se encontra, produzindo ganhos em saúde pela promoção da autonomia daquela nas decisões, pela capacitação para o autocuidado e autovigilância promovendo, desta

forma, a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com a gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto.

Mojoyinola (2011) sugere que os profissionais de saúde, nomeadamente os EEESMO, devem contribuir para o aumento da literacia em saúde, durante a gravidez, através de recursos educacionais simples e incentivando as mulheres grávidas com baixo nível de literacia a adotar estilos de vida mais saudáveis, interpretar prescrições médicas, rotular medicamentos e outras informações essenciais durante a assistência em saúde pré-natal, para que possam vivenciar uma gravidez segura e positiva.

New Zealand Nurses Organisation & College of Nurses (2011) e *American College of Obstetricians and Gynecologists (2016)*, propõem estratégias a implementar nos serviços de saúde para melhorar a literacia em saúde. Sugere-se a melhoria da comunicação pela criação de um ambiente seguro e acolhedor que facilite que a pessoa se sinta à vontade para fazer perguntas; que se conheça o perfil daquela, nomeadamente a cultura, atitude, literacia, idioma, estatuto socioeconómico, práticas de saúde e estado emocional; que se verifique seu nível de conhecimento, compreensão e o que a pessoa pretende saber acerca de um determinado assunto; que se dividam informações complexas em partes compreensíveis, e que se organize informações para que os pontos mais importantes apareçam primeiro. Sugere-se ainda que se certifique se a pessoa está a acompanhar o raciocínio e avalie a compreensão da pessoa em relação à informação em saúde, pedindo que esta relate a informação por suas próprias palavras. O contacto telefónico e as centrais de atendimento podem constituir uma estratégia para que as pessoas com níveis mais baixos de literacia em saúde obtenham informações num formato completamente oral.

A utilização das informações sobre saúde para auxiliar a tomada de decisões pode ser melhorada através de diversos recursos, nomeadamente fluxogramas, figuras, símbolos, pelo investimento na melhoria da informação disponibilizada por programas, *softwares* e Internet, pela implementação de campanhas de marketing social, nomeadamente programas televisivos e na procura de novos métodos para divulgação de informações (*New Zealand Nurses Organisation & College of Nurses, 2011; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2016*).

A fim de melhorar a utilização dos serviços de saúde, *New Zealand Nurses Organisation & College of Nurses (2011)* propõe a revisão de formulários e instruções de saúde, a melhoria da acessibilidade física, com sinalização em diversos idiomas e recorrer a intérpretes sempre que necessário. A inclusão de programas que favoreçam a literacia

em saúde nos planos estratégicos propiciará o desenvolvimento da literacia em saúde da comunidade em geral.

Perante a evidência científica exposta, torna-se importante avaliar, promover e melhorar a literacia em saúde materna. Desta forma, a mulher grávida poderá tomar consciência dos processos fisiológicos da gravidez, da importância de conhecer os sinais de alerta e de aderir à assistência em saúde pré-natal.

3 - A MULHER E A GRAVIDEZ

A gravidez é um processo natural, fisiológico, que é vivenciado pela mulher ao longo da história da humanidade. Não se trata de um estado de doença com necessidade de tratamento, mas antes de uma adaptação a uma nova situação – a de ser mãe. Esta adaptação é marcada por modificações fisiológicas, a nível físico e emocional, que culmina com o nascimento de uma ou mais crianças. A forma como cada indivíduo vivencia esta transição e transformação é sempre individual e única (DGS, 2015a).

Segundo a definição apresentada pela Versão 2015 da Classificação Internacional para a Prática da Enfermagem, a gravidez é definida como:

Processo do sistema reprodutor: condição de desenvolver e nutrir um feto no corpo, com duração de aproximadamente 266 dias, desde a fecundação ao nascimento; a gravidez é normal, saudável, mas que implica alterações rápidas e inevitáveis nas funções corporais; o início da gravidez é indicado pela cessação dos períodos menstruais, enjoos matinais, aumento do volume das mamas e da pigmentação dos mamilos. (ICN, 2015, p. 60)

Durante a gravidez, o conjunto das tarefas de adaptação ao corpo que se transforma, a presença de um ser em gestação e a preparação para as futuras funções de mãe, transportam a grávida para uma vulnerabilidade psicoafectiva. Ocorre o aumento da ansiedade, focalizada principalmente no parto, na saúde do filho e na expectativa relativa ao seu desempenho como mãe. A gravidez constitui, assim, um momento de crise na vida da mulher e casal, independente de ser planeada ou não, por todas as mudanças que exige aos diversos níveis (Fausto & Coelho como referido por Santos, 2012).

As profundas transformações que a grávida vivencia em tempo limitado geram inúmeras necessidades, pelo que o exercício da maternidade deve ser compreendido como um processo social e culturalmente construído, que necessita ser aprendido no dia-a-dia, por transmissão de conhecimento, de vivências e de ajuda (Santos, 2012).

No processo “tornar-se mãe” a mulher torna-se “ativamente envolvida na procura de cuidados, informação e conselhos ao longo da gravidez” (Abbyad & Robertson como referido por Silva, 2014, p. 29), quer através da frequência de cursos, da seleção de

materiais de leitura sobre esta temática, dos conselhos recebidos, nomeadamente por profissionais de saúde e da observação de outros pais.

3.1 - A MULHER QUE SE TORNA GRÁVIDA EM PORTUGAL

Portugal, em 2016, foi um dos países da Europa com um nível de fecundidade mais baixo (PORDATA, 2018), valor associado sobretudo ao adiamento do projeto de maternidade e paternidade (Mendes, et al., 2016).

Em 2017, a idade média com que a mulher teve o primeiro filho foi de 30,3 anos (PORDATA, 2018). Estes dados justificam-se por os indivíduos que têm níveis de instrução mais elevados e que alongaram o período de educação de forma a adquirirem competências profissionais, frequentemente não transitam para a parentalidade antes dos 30 anos. Também os indivíduos com rendimentos mais elevados estão geralmente associados a níveis de dedicação em tempo nas carreiras profissionais mais elevados, que pode comprometer a constituição de uma família com filhos (Mendes, et al., 2016).

Em 2017, 53% dos nascimentos ocorreram fora do casamento e 17% sem coabitação dos pais (PORDATA, 2018). A experiência de um relacionamento conjugal é um fator determinante na transição quer para a maternidade, quer para a paternidade (Mendes, et al., 2016).

Segundo os dados da PORDATA (2018), quase 10% dos nascimentos ocorridos em território nacional no ano de 2017 foram filhos de mães com nacionalidade estrangeira. Os imigrantes são apontados como um dos grupos populacionais com maior risco para níveis inadequados de Literacia em Saúde (Gonçaves, 2015; Fernández-Gutiérrez, Bas-Sarmiento, Albar-Marín, Paloma-Castro, & Romero-Sánchez, 2018). Embora a literacia em saúde tenha sido apontada como ferramenta para reduzir as desigualdades em saúde, as populações imigrantes têm baixas pontuações em literacia em saúde, pior saúde, maiores taxas de internamentos hospitalares, menor adesão aos cuidados e menor adesão a serviços preventivos (Fernández-Gutiérrez et al., 2018).

Apresentada uma breve abordagem à gravidez e às alterações que esta implica na vida da mulher e do casal, bem como um breve retrato da mulher que se torna grávida em Portugal, seguidamente realiza-se uma abordagem à assistência em saúde pré-natal, que constitui uma oportunidade para promover a literacia em saúde materna da mulher grávida.

4 - ASSISTÊNCIA EM SAÚDE PRÉ-NATAL

A assistência em saúde pré-natal do EEESMO é definida pela Ordem dos Enfermeiros como sendo os cuidados de enfermagem especializados em saúde materna e obstetrícia prestados à grávida e à família, nos quais se procura o bem-estar materno-fetal. As intervenções podem ser planeadas e realizadas individualmente, nomeadamente através de consulta de enfermagem pré-natal, e/ou em grupo, por exemplo em sessões de preparação para o parto e parentalidade (PPPP). (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Para a OMS, os cuidados de saúde pré-natais constituem, dentro do ciclo de cuidados de saúde reprodutiva, uma base para a promoção da saúde pelo rastreio, diagnóstico e prevenção de uma multiplicidade de doenças. A implementação adequada de práticas baseadas em evidências tem demonstrado que os cuidados pré-natais podem salvar vidas, constituindo uma oportunidade para encontrar e apoiar as mulheres, as famílias e as comunidades em fases críticas da vida destas. As experiências positivas da mulher durante os cuidados de saúde pré-natais podem construir uma base sólida para uma maternidade saudável. Neste sentido, a OMS (2016) sublinha “a importância de estabelecer uma comunicação efetiva com as mulheres grávidas acerca de questões fisiológicas, biomédicas, comportamentais e socioculturais, e de um apoio respeitoso e efetivo, incluindo seus aspectos sociais, culturais, emocionais e psicológicos” (p. 1).

Ao longo do século XX demonstrou-se que a acessibilidade aos cuidados especializados desde o planeamento da gravidez até ao período pós-parto, permite diminuir drasticamente a morbilidade e mortalidade maternas, fetais e infantis (United Nations Children’s Fund como referido por DGS, 2015a). A melhoria na qualidade da assistência em saúde pré-natal e neonatal prestada à grávida e ao recém-nascido tem sido notória. A acrescentar, atualmente, a prestação de cuidados durante a gravidez, parto e pós-parto só pode ser compreendida como um processo assistencial contínuo (DGS, 2015a).

A assistência em saúde pré-natal permite realizar o acompanhamento clínico, prevenir intercorrências e atuar face a necessidades socioculturais, económicas e emocionais da grávida, além de oferecer à mulher a possibilidade de se tornar protagonista da sua experiência enquanto grávida, encarando a maternidade como um processo fisiológico e transformador (Jardim et al., 2017).

A DGS (2015a) propõe olhar para a gravidez como “uma possibilidade de intervenção que ultrapassa os ganhos associados ao seu desfecho, nomeadamente na modificação dos hábitos e comportamentos que se prolongam ao longo do ciclo de vida da mulher, da criança e de todo o agregado familiar” (p. 12). Recomenda assim a abordagem de temáticas como hábitos alimentares, exercício físico, cessação tabágica e do consumo de substâncias psicoativas, entre outras, durante a vigilância da gravidez de forma a modificar situações de risco de patologia futura.

Com base numa revisão sistemática de literatura sobre as perspetivas das mulheres relativamente aos cuidados de saúde pré-natal, a OMS (2016) demonstrou que as mulheres esperam que os cuidados pré-natais lhes proporcionem uma experiência positiva durante a gravidez, o que significa uma normalidade física e sociocultural, uma gravidez saudável para a mãe e para o recém-nascido – incluindo a prevenção ou o tratamento dos riscos, doenças e morte.

No mesmo sentido, a OMS (2016) publicou um guia prático com orientações que se destinam a priorizar a saúde e o bem-estar centrados na mulher grávida e não apenas a prevenção da morte e da morbilidade. Trata-se de uma abordagem baseada nos direitos humanos que promove uma “transição eficaz para o trabalho de parto e o parto e uma maternidade positiva (incluindo a autoestima materna, a competência e a autonomia)” (p. 1).

A referida publicação contém 49 recomendações, agrupadas em cinco tipos de intervenções: intervenções nutricionais; avaliação da mãe e do feto; medidas preventivas; intervenções para sintomas fisiológicos comuns; e intervenções nos sistemas de saúde para melhorar a utilização e a qualidade dos cuidados pré-natais.

As recomendações referidas englobam os temas a abordar durante a assistência de saúde pré-natal que informam e capacitam a mulher grávida para tomar decisões acertadas a diferentes níveis, de modo a assegurar o bem-estar materno/fetal e a promover a vivência da maternidade de forma positiva. Estas recomendações são, em suma, uma estratégia para promover a literacia em saúde materna da mulher grávida, realizada durante a assistência em saúde pré-natal. Dada a sua relevância para a literacia em saúde materna, apresenta-se de seguida uma breve abordagem a estes cinco tipos de intervenções, expondo-se ainda o que a pesquisa refere sobre os mesmos.

4.1 - INTERVENÇÕES NUTRICIONAIS

A OMS (2016) recomenda à mulher grávida uma alimentação saudável associada a realização de atividade física durante a gravidez, de forma a evitar o ganho excessivo de peso.

Neste aspeto, a Direção Geral de Saúde (DGS) (2015a) preconiza que, ao longo da assistência em saúde pré-natal, seja realizada a avaliação do estado nutricional e progresso ponderal, reforçando a importância de aconselhar a mulher grávida sobre o ganho de peso adequado. O inadequado ganho ponderal tem sido associado a um aumento do risco de atraso de crescimento intrauterino e mortalidade perinatal; por outro lado, o elevado ganho ponderal está associado ao aumento de peso do recém-nascido e, conseqüentemente, ao aumento do risco de complicações na vida adulta (Teixeira, Pestana, Calhau, Vicente & Graça, 2015).

A obesidade na mulher grávida está associada ao aumento do risco de parto prematuro espontâneo precoce, tanto por a obesidade constituir um fenómeno complexo de sobre e sob nutrição, como por alterar o estado imunológico da grávida; também o baixo índice de massa corporal está associado ao aumento do risco de parto prematuro, independentemente da paridade (Shaw et al., 2014).

Recomenda-se o suplemento oral diário de ferro elementar (30-60mg) e ácido fólico (400 µg,) na mulher grávida de forma a evitar anemia materna, infeção puerperal, baixo peso do recém-nascido à nascença e parto prematuro (DGS, 2015a; OMS, 2016).

A suplementação de ácido fólico deve iniciar-se cerca de dois meses antes da data de interrupção do método contraceptivo e manter-se no primeiro trimestre de gestação, de forma a prevenir malformações congénitas derivadas de defeitos do tubo neural (DGS, 2015a).

A suplementação de ferro durante a gravidez justifica-se pelo fato de a anemia ferropénica ser a deficiência nutricional mais comum na mulher grávida, estando associada a conseqüências potencialmente graves tanto para a mulher como para o feto, dado que aumenta a suscetibilidade a infeções, a morte materna por hemorragia, hipertensão gestacional e sépsis. Em relação às conseqüências fetais da anemia materna, estão descritas a prevalência acrescida de anemia no recém-nascido, a prevalência de partos prematuros e de baixo peso à nascença, o aumento da suscetibilidade para infeções, possíveis perturbações cognitivas e de desenvolvimento (Neves, Guimarães & Rolão, 2012).

Ainda relativamente às intervenções nutricionais, a OMS (2016) recomenda a diminuição da ingestão de cafeína nas mulheres grávidas que ingerem diariamente mais de 300mg. Esta recomendação justifica-se pelo facto de a cafeína atravessar a barreira placentária, pela reduzida capacidade do feto metabolizar a substância e pela diminuição da eliminação hepática da cafeína que ocorre durante a gravidez. O consumo moderado a elevado de cafeína está associado ao aumento do risco de aborto espontâneo ou nado morto (Matias, Jeri & Rodrigues, 2017).

As recomendações relativas às intervenções nutricionais apresentadas devem ser, na sua globalidade, ensinadas à mulher grávida para que esta tenha conhecimento sobre a sua importância. A literacia em saúde materna dá à mulher ferramentas para conseguir seleccionar e adotar estilos e hábitos de vida equilibrados (Kohan, Ghasemi & Dodangeh, como referido por Ferreira, 2013). A literacia em saúde materna constitui, assim, uma estratégia para a mulher grávida, de forma autónoma e responsável, adequar os seus hábitos alimentares e de vida a estas recomendações.

4.2 - AVALIAÇÃO DA MULHER GRÁVIDA E DO FETO

Em contexto de consulta pré-natais de rotina, a OMS (2016) define recomendações para uma correta avaliação do bem-estar materno e fetal, nos diversos contextos.

Embora a gravidez constitua um processo fisiológico, “existe uma pequena parcela de grávidas que possuem características específicas ou que desenvolvem patologias associadas à gravidez, apresentando maior probabilidade de uma evolução desfavorável tanto para a mãe como para o feto, o que caracteriza a gravidez de risco” (Sequeira, 2015, p. 19).

Uma gravidez de baixo risco é aquela em que “não é possível identificar, após avaliação clínica de acordo com a avaliação do risco pré-natal baseada na escala de Goodwin modificada (...), nenhum fator acrescido de morbilidade materna, fetal e/ou neonatal” (DGS, 2015a, p. 33). A *Escala de Goodwin Modificada* integra a história reprodutiva da mulher, avaliando fatores como a idade, a paridade, a história obstétrica anterior e fatores patológicos que condicionam a evolução da gravidez. Numa pontuação segundo o índice de gravidade de diferentes situações, a escala permite quantificar o risco da gravidez atual (Saraiva como referido por Sequeira, 2015). O risco é dinâmico ao longo da gravidez, pelo que deve ser reavaliado em todas as consultas e feito o devido acompanhamento e aconselhamento individualizado consoante a situação clínica (DGS, 2015a).

A nível da avaliação materna, a OMS (2016) preconiza o despiste da anemia pela realização de hemograma e a realização de uma cultura de urina de forma a despistar a bacteriúria assintomática na gravidez.

Em Portugal, o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco acrescenta outras análises laboratoriais a realizar a cada trimestre durante a gravidez, nomeadamente a determinação do grupo sanguíneo e fator RhD, o hemograma, a glicémia em jejum, o rastreio de hemoglobinopatias, sífilis, hepatite B, VIH, serologias da Rubéola, Toxoplasmose e Citomegalovirus (DGS, 2015a).

Da avaliação materna, inserida nas consultas de cuidados pré-natais, deverá fazer parte uma sondagem clínica sobre a eventualidade de existir violência por parceiro íntimo, avaliando as condições que podem ser provocadas ou complicadas pela violência (OMS, 2016). A violência dirigida à grávida poderá estar na causa do atraso no início da assistência em saúde pré-natal, podendo haver repercussões da violência no desenvolvimento fetal (DGS, 2015a). Torna-se assim imperativo a implementação de estratégias de prevenção e respostas a este tipo de violência, nomeadamente o empoderamento das mulheres, a ampliação de oportunidades no mercado de trabalho e a inclusão deste tema como prioritário na agenda política relativa à saúde (Teixeira, et al., 2015).

A deteção de hiperglicemia, cumprindo critérios específicos, deverá ser classificada como diabetes mellitus gestacional em qualquer momento da gravidez (OMS, 2016). A Diabetes mellitus gestacional tem como fatores de risco a idade materna avançada, o elevado índice de massa corporal pré-concepcional, a história de diabetes gestacional ou antecedentes familiares de diabetes mellitus. Destaca-se como complicações maternas as doenças hipertensivas da gravidez, o risco de desenvolver diabetes mellitus tipo 2 posteriormente. Como complicações fetais estão descritas o nascimento de recém-nascidos grandes para a idade gestacional (IG), o aumento da taxa de partos distócicos, síndrome de dificuldade respiratória do recém-nascido e complicações metabólicas (Massa, Rangel, Cardoso & Campos, 2015). Ao longo da gravidez a mulher a quem foi diagnosticada diabetes mellitus gestacional deverá ser capacitada para monitorizar a glicémia diariamente, cumprir uma dieta saudável, praticar regularmente exercício físico adequado e cumprir a medicação quando se justificar (Pereira, Silva, Nelson, Medeiros & Paulino, 2016).

Em relação ao uso de tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas durante a gravidez, a OMS (2016) preconiza que as mulheres sejam questionadas sobre o seu consumo, ou a exposição passiva ao fumo, o mais cedo possível. Em Portugal, a DGS

(2015a), refere que é um direito das mulheres serem informadas sobre os riscos associados ao consumo destas substâncias e à exposição ao fumo ambiental do tabaco. Acrescenta também que estas devem ter conhecimento sobre estratégias para reduzir o consumo e a exposição, bem como ser-lhes disponibilizadas intervenções psicossociais para a cessação do consumo, preferencialmente ainda no período pré-concepcional ou o mais precocemente possível durante a gravidez. Estas medidas são importantes pois o consumo de álcool e de outras substâncias tem sido associado a problemas de desenvolvimento fetal durante toda a gravidez, sendo o primeiro trimestre particularmente sensível por risco de aborto espontâneo e de causar malformações fetais, baixo peso à nascença, alterações intelectuais e comportamentais (DGS, 2015a).

Em relação à avaliação do bem-estar fetal, a OMS (2016) recomenda a realização de uma ecografia antes das 24 semanas que estime a IG, despiste anomalias fetais e gravidezes múltiplas, reduza a indução de trabalho de parto para gestações pós-termo e melhore a experiência da mulher na gravidez. Em Portugal, é preconizada a realização de três ecografias obstétricas em gravidezes de baixo risco, a primeira entre as 11 e as 13 semanas +6 dias; a segunda entre as 20 e as 22 semanas +6 dias e a terceira entre as 30 e as 32 semanas +6 dias (DGS, 2015a).

Segundo o *Committee on Obstetric Practice* (2017) a avaliação da IG é hoje importante pois depende dela a qualidade da assistência em saúde pré-natal de um modo geral. A sua correta avaliação reduz a necessidade de indução do trabalho de parto por gestação pós-termo. Para encontrar a IG e a data provável do parto deve-se ter em conta o dia da última menstruação, o primeiro exame ultrassonográfico ou ambos, sendo que a medição ultrassonográfica do embrião/feto no primeiro trimestre é o método mais preciso para estabelecer ou confirmar a idade gestacional. Estes dados devem ser determinados, discutidos com a grávida e documentados claramente.

A mulher grávida com uma adequada literacia em saúde materna saberá aceder a cuidados pré-concepcionais e pré-natais adequados de forma a obter assistência em saúde pré-natal conforme o preconizado a nível nacional e internacional.

4.3 - MEDIDAS PREVENTIVAS

Como medidas preventivas, a OMS (2016) recomenda a toma de antibiótico durante sete dias para todas as mulheres com bacteriúria assintomática, de forma a evitar a bacteriúria persistente, o parto prematuro associado e o baixo peso do recém-nascido para a IG. De acordo com Pagnonceli e Colacite (2016), entre as infeções mais frequentes na grávida destaca-se a infeção do trato urinário, facilitada pelas alterações

fisiológicas e anatômicas que ocorrem no trato urinário, constituindo um fator de risco para o parto prematuro. No início da gravidez, a bacteriúria assintomática pode levar a uma subsequente pielonefrite, pelo que as grávidas devem ser acompanhadas de forma particular no primeiro trimestre.

Também como medida preventiva, a OMS (2016) refere que deve-se realizar a profilaxia pré-natal com imunoglobina anti-D nas mulheres grávidas RhD negativo não sensibilizadas, às 28 e 34 semanas de gestação. Em Portugal, preconiza-se a administração da imunoglobulina anti-D (300 µg) a todas as grávidas RhD negativo não sensibilizadas, às 28 semanas de gestação, como forma de prevenção da doença hemolítica do recém-nascido e de redução do risco de isoimunização (DGS, 2015a).

A OMS (2016) recomenda, como medida preventiva, a vacinação com toxóide tetânico, a toda a mulher grávida, dependendo da anterior administração da vacina, de forma a evitar a mortalidade neonatal por tétano. Em Portugal, preconiza-se a avaliação do estado vacinal e atualização do mesmo, segundo o Programa Nacional de Vacinação, durante o período pré-concepcional. Durante a gravidez, podem ser administradas as vacinas de tétano e difteria (Td), hepatite B (VHB) e a vacina contra a gripe sazonal, sendo desaconselhadas as vacinas vivas (DGS, 2015a).

4.4 - INTERVENÇÕES PARA SINTOMAS FISIOLÓGICOS COMUNS

“Muitas mulheres saudáveis vivenciam uma variedade de sintomas ou desconfortos que surgem devido às mudanças fisiológicas normais, da adaptação do corpo à gravidez”, podendo permanecer durante todo o período gestacional ou ser temporários (DGS, 2015a, p. 57). Estas modificações a diferentes níveis durante a gravidez, a acrescentar às preocupações com o bem-estar fetal e com o seu próprio bem-estar, devem ser tidas em conta na assistência dos EEESMO. Os desconfortos inerentes às adaptações fisiológicas da gravidez podem levar a problemas de saúde a nível do bem-estar físico e psicológico da mulher, afetando negativamente a sua qualidade de vida e, posteriormente, a sua relação com a criança, parceiro e outros membros da família (Guerra, Braga, Quelhas & Silva, 2014).

A OMS (2016), no seu documento de “Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez”, recomenda intervenções para cada sintoma fisiológico comum durante a gravidez.

Segundo Body e Christie como referido por Carvalho (2016), as náuseas e vômitos comuns na gravidez estão relacionados com as elevadas quantidades de progesterona,

que exerce um efeito inibitório na musculatura lisa, tecido predominante no sistema digestivo, resultando na diminuição da contractilidade do trato gastrointestinal. De forma a aliviar as náuseas e vômitos no início da gravidez, a OMS (2016) recomenda o gengibre, a camomila, a vitamina B6 e/ou a acupuntura.

O refluxo gastroesofágico ocorre desde o final do primeiro e início do segundo trimestre, podendo prevalecer até ao final da gravidez, com a possibilidade de piorar progressivamente, e para o qual contribuem fatores hormonais (presença de elevadas quantidades de estrogênio e progesterona) e mecânicos (relaxamento do esfíncter esofágico inferior e redução da motilidade do trato gastrointestinal) contribui para episódios de azia durante a gravidez (Body & Christie como referido por Carvalho, 2016). A azia pode ser contornada pela dieta e estilo de vida; podendo também ser oferecidos à mulher grávida antiácidos quando a mudança de estilo de vida não for suficiente (OMS, 2016).

A obstipação é outra das complicações mais frequente na gravidez, com causas multifatoriais, nomeadamente a falta de exercício físico e um estilo de vida sedentário, baixo consumo de fibras naturais e de líquidos, a ingestão de suplementos de ferro, bem como a compressão do cólon pelo útero e os efeitos fisiológicos da progesterona, que além de inibir a musculatura lisa e reduzir o peristaltismo intestinal, provoca o aumento na produção da aldosterona, aumentando a absorção de água no cólon (Body & Christie como referido por Carvalho, 2016). Para contornar a obstipação, a modificação da dieta e a ingestão sêmola de trigo são recomendações da OMS (2016).

Com o avançar da gravidez ocorrem dificuldades no retorno venoso, por um lado devido à diminuição do tónus e relaxamento das paredes dos vasos sanguíneos e válvulas venosas por ação da progesterona, por outro devido à pressão exercida pelo útero em crescimento sobre as veias ilíacas e a veia cava inferior. Surge assim um bloqueio na circulação venosa que leva ao aparecimento de varizes e de hemorroidas, originando desconforto materno e possíveis episódios dolorosos (Body & Christie como referido por Carvalho, 2016). Para minimizar os desconfortos associados a veias varicosas e edema, recomendam-se opções não farmacológicas como meias de descanso, elevação das pernas e imersão em água (OMS, 2016).

A OMS (2016) aponta ainda outras sintomatologias fisiológicas comuns na gravidez, como as câibras e dores lombares e pélvicas. Para tratamento das câibras a nível dos membros inferiores está recomendado o uso de magnésio e/ou cálcio. De modo a evitar as dores lombares e pélvicas, recomenda-se exercício físico durante toda a gravidez, bem como fisioterapia, cintas de suporte e acupuntura.

A DGS (2015) salienta que os profissionais de saúde devem alertar a mulher grávida para os sinais ou sintomas que podem indicar um possível problema, nomeadamente hemorragia vaginal, perda de líquido pela vagina, corrimento vaginal com prurido/ardor, dores abdominais e/ou pélvicas, episódios de arrepios ou febre, dor e/ou ardor quando urina, presença de vômitos persistentes, dores de cabeça fortes ou contínuas, perturbações da visão e diminuição dos movimentos fetais. Cabe aos profissionais de saúde promover o conhecimento sobre estes e outros sinais de alerta e aconselhar a mulher grávida a procurar um serviço de saúde se existir qualquer um dos sinais referidos.

A literacia em saúde materna faculta a mulher de conhecimentos e capacidades para saber adaptar-se à sintomatologia fisiológica comum da gravidez e saber quando está perante um sintoma de risco, como atuar e onde recorrer.

4.5 - INTERVENÇÕES NOS SISTEMAS DE SAÚDE PARA MELHORAR A UTILIZAÇÃO E A QUALIDADE DOS CUIDADOS PRÉ-NATAIS

A OMS (2016), recomenda que toda a mulher grávida “tenha um caderno de anotações próprio durante a gravidez para melhorar a continuidade, qualidade dos cuidados e a sua experiência na gravidez” (p. 8). Em Portugal, a DGS (2015) elege o Boletim de Saúde da Grávida como instrumento fundamental para a transmissão dos dados relativos à saúde materna e fetal, uma vez que assegura a circulação da informação clínica relevante e contribui para a articulação entre os cuidados de saúde primários (CSP) e os cuidados hospitalares. Assim, todos os dados clínicos, observações e avaliações realizadas em consultas devem constar no Boletim de Saúde da Grávida e no processo clínico.

Os modelos de cuidados pré-natais preconizados pela OMS (2016) recomendam um mínimo de oito contactos com as equipas de saúde, de forma a reduzir a mortalidade perinatal e a melhorar a experiência das mulheres com os cuidados de saúde. Em Portugal, a DGS (2015), preconiza que a mulher grávida realize a primeira consulta de assistência em saúde pré-natal o mais cedo possível, até às doze semanas de gestação, realizando as seguintes em intervalos entre quatro e seis semanas até atingir as trinta semanas de gestação. Entre as trinta e as trinta e seis semanas de gestação é recomendado ter consultas de assistência em saúde pré-natal com intervalos entre duas a três semanas e, após as 36 semanas, com intervalo entre uma e duas semanas até ao parto. Entre as trinta e seis e as quarenta semanas, todas as grávidas devem ter

acesso a uma consulta semanal no hospital em que se prevê que ocorra o parto (DGS, 2015a).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), as consultas de enfermagem pré-natal visam definir um plano de cuidados individualizado em parceria com a mulher e a família, de forma a promover uma vivência saudável da gravidez, facilitar a transição para a parentalidade e a participação ativa da grávida/família em todo o processo. Tem-se assim em vista o desenvolvimento de competências parentais, o empoderamento e a utilização de estratégias para o autocontrolo durante o trabalho de parto e parto; a formulação do plano de parto e de parentalidade bem como a prevenção e deteção o mais precoce possível de complicações materno-fetais (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O EEESMO, elemento integrante da equipa de saúde multidisciplinar, deve reconhecer na grávida uma pessoa com expectativas, desejos e necessidades, pelo que se torna relevante, durante a assistência em saúde pré-natal, proporcionar-lhe o acesso à informação baseada em evidências científicas, de forma a dar-lhe ferramentas para que o processo de decisão da mulher seja livre e verdadeiro, favorecendo, assim, a sua capacitação em questões de saúde. Desta forma, a postura adotada pelo EEESMO durante a assistência em saúde pré-natal pode influenciar a capacitação da mulher em questões relacionadas com todo o período da maternidade, dando-lhe ferramentas para que se façam respeitar os seus direitos, contribuindo também para a diminuição da violência obstétrica (Jardim et al., 2017).

PARTE II: ESTUDO EMPÍRICO

5 - METODOLOGIA

O desenvolvimento de uma investigação implica a definição de um plano metodológico de forma a assegurar o rigor científico ao longo de um percurso pré-estabelecido, que garanta a qualidade e a fiabilidade dos resultados. Segundo Fortin (2009, p. 40), é o investigador que “determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas”, sendo que, do tipo de objetivos definidos depende a natureza do desenho de investigação.

Na pesquisa qualitativa, e de acordo com Bogdan e Biklen (1994), o investigador deve redigir inicialmente uma proposta que irá orientar todo o trabalho, salvaguardando-se que “os planos evoluem à medida que se familiarizam com o ambiente, pessoas e outras fontes de dados, os quais são adquiridos através da observação directa” (p. 83).

Uma proposta relativa a um estudo qualitativo deve responder a questões específicas, nomeadamente: “O que pretende fazer?”; “Como o vai fazer?”; “Porque o vai fazer?”; “De que forma aquilo que vai fazer se relaciona com o que outros já fizeram?”; “Qual é o contributo potencial (para a investigação básica e/ou prática) do seu trabalho?” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 106). No intuito de dar resposta a estas questões, expõe-se, no presente capítulo, a questão e objetivos de investigação, o método e tipo de estudo, os participantes, o processo de recolha de dados, de que forma se assegura o rigor da investigação e os procedimentos formais e éticos tidos em conta.

5.1 - - QUESTÃO E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

A saúde reprodutiva e a maternidade saudável são hoje mundialmente reconhecidas como aspetos de desenvolvimento e direitos humanos, sendo que cada mulher deve desfrutar o mais alto nível de saúde durante este período da sua vida (OMS, 2016).

Durante a gravidez é essencial que a mulher adquira conhecimentos, autoconfiança e compreensão necessárias para tomar decisões responsáveis que influenciem a sua saúde. O Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020 preconiza a capacitação dos cidadãos para torná-los mais autónomos e responsáveis pela sua saúde e a de quem deles depende (DGS, 2015a). A literacia em saúde materna constitui uma estratégia para promover uma gravidez saudável ao fortalecer a participação e o desenvolvimento dos conhecimentos da mulher relativos à gravidez e à maternidade.

A nível nacional, a Ordem dos Enfermeiros (2011) refere que a missão do EEESMO passa por assegurar cuidados especializados nos contextos em que a mulher se encontra, produzindo ganhos em saúde pela promoção da autonomia da mesma nas decisões, pela capacitação para o autocuidado e autovigilância, promovendo desta forma a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com a gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto.

Parcos são os estudos encontrados na revisão de literatura sobre literacia em saúde materna, nomeadamente em Portugal. A experiência clínica da investigadora tem permitido constatar que, durante a gravidez, a mulher demonstra dificuldade na tomada de decisões respeitantes a questões relativas à sua saúde e aos direitos que lhe assistem e que estão previstos em documentos nacionais e internacionais.

Os autores Bogdan e Biklen (1994) salientam a importância de ser incluído num estudo qualitativo uma ou mais questões analíticas. Este tipo de questões visa orientar e ajudar a organizar a recolha de dados à medida que a investigação vai decorrendo, devendo essas estar intimamente relacionadas com o tipo de estudo que se pretende realizar. Considerou-se assim relevante formular como questão analítica que irá orientar o trabalho: “Qual a literacia em saúde materna das mulheres grávidas, com vista a vivenciarem uma maternidade saudável?”.

A partir da questão formulada, definiram-se os seguintes objetivos de investigação:

- Identificar os conhecimentos da mulher grávida sobre a promoção da saúde pré-natal;
- Conhecer as estratégias da mulher grávida para tomar decisões promotoras de uma gravidez saudável.

5.2 - MÉTODO E TIPO DE ESTUDO

De acordo com Bogdan e Biklen (1994), uma pesquisa que pretenda colher dados no ambiente natural em que as ações ocorrem, descrever situações vividas pelos participantes e interpretar os significados que os mesmos lhes atribuem, justifica a realização de uma abordagem qualitativa. Atendendo à natureza dos objetivos definidos para o presente estudo, assumiu-se a abordagem de pesquisa qualitativa como a mais adequada. De acordo com Santos, Neves e Carnevale (2016) “a pesquisa qualitativa, amplamente narrativa, firma-se, fundamentalmente, em dados baseados na linguagem e comportamento, os quais a relevância não é significativa através de cálculos numéricos e procedimentos estatísticos” (p. 193).

Bogdan e Biklen (1994) apresentam cinco características que configuram a metodologia qualitativa, nomeadamente que:

“1) na investigação qualitativa a fonte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal” (p. 47), o que se traduz pela recolha de dados em situação, complementada pela informação obtida através do contacto direto. O instrumento base de análise ultrapassa os materiais registados mecanicamente, sendo antes constituído pelo entendimento que o investigador tem dos mesmos.

“2) a investigação qualitativa é descritiva” (p. 48) pelo que os dados recolhidos são constituídos por imagens ou palavras, como por exemplo transcrições de entrevistas e notas de campo, de forma a analisar toda a riqueza dos dados, tendo como premissa que tudo tem potencial para constituir uma pista que permita a compreensão mais esclarecedora do objeto de estudo.

“3) os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos” (p. 49), sendo a complexidade do quotidiano sistematicamente retratada na pesquisa qualitativa.

“4) os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva” (p. 50), procurando construir abstrações à medida que os dados são recolhidos e agrupados. “Não se trata de montar um quebra-cabeças cuja forma final conhecemos de antemão” (p. 50), mas sim construir um quadro que ganha forma à medida que se recolhem e analisam as partes.

“5) O significado é de importância vital na abordagem qualitativa” (p. 50), os investigadores procuram o modo como diferentes pessoas dão sentido às suas vidas, valorizando as diferentes perspetivas dos participantes.

Optou-se por seguir a orientação para análise de dados de acordo com os autores Bogdan e Biklen (1994) pois, segundo os mesmos, os investigadores qualitativos em educação questionam os sujeitos de investigação com o objetivo de perceber “aquilo que eles experimentam, o modo como eles interpretam as suas experiências e o modo como eles próprios estruturam o mundo social em que vivem” (p. 51). Os investigadores qualitativos estabelecem, ao longo do estudo, estratégias e procedimentos que lhes permitem ter em consideração as experiências do ponto de vista do participante (Bogdan & Biklen, 1994).

5.3 - PARTICIPANTES

As pessoas que participaram neste estudo serão designadas por participantes.

Segundo Fortin (2009) a investigação qualitativa recorre a uma amostra não probabilística de forma a responder a características precisas. De acordo com Carpenter e Streubert (2013), “os indivíduos são selecionados para participarem na investigação qualitativa de acordo com a sua experiência em primeira-mão com a cultura, processo social ou fenómeno de interesse” (p. 29). A seleção dos participantes é realizada com a finalidade de estes descreverem uma experiência em que participaram, contrastando com a investigação quantitativa, uma vez que não há necessidade de selecionar os indivíduos de modo aleatório dado que a manipulação, controlo e generalização dos resultados não são os objetivos da investigação.

Para a realização deste estudo, selecionou-se a amostra por conveniência, tendo o acesso às participantes sido realizado através de “bola de neve”, iniciando com a referenciação de pessoas conhecidas da investigadora.

No processo de construção do universo empírico do estudo, definiram-se como **critérios de inclusão** neste estudo:

- Grávidas que compreendem e falem a língua portuguesa;
- Terem realizado a assistência em saúde pré-natal em Portugal;
- Grávidas com idade igual ou superior a 18 anos;
- Grávidas com idade gestacional igual ou superior a 37 semanas;
- Nulíparas;
- Gravidez de feto único;
- Quererem livremente participar no estudo e assinar o consentimento informado.

E como **critérios de exclusão**:

- Serem conhecidas da investigadora;
- Terem sido utentes / clientes da investigadora.

Segundo Bogdan e Biklen (1994), os investigadores qualitativos aferem o momento em que terminam a recolha de dados quando atingem o momento que designam por saturação de dados, isto é, o ponto em que a aquisição de informação se torna redundante e a informação nova é diminuta. Fortin (2009) refere que, na investigação qualitativa, o número de participantes é geralmente pequeno, entre 6 e 10 participantes, podendo ser maior se se estuda um fenómeno complexo. Loureiro (2002) acrescenta que, para assumir a saturação dos dados numa pesquisa qualitativa, o processo de análise deve decorrer em simultâneo com a recolha de dados.

Apesar de a investigadora estar consciente da possibilidade de, a cada entrevista, encontrar novos dados, considerou-se ter atingido a saturação dos dados na décima segunda entrevista, atendendo a que os dados recolhidos não apresentavam novo

conteúdo e ter-se considerado suficientes para responder aos objectivos definidos para esta investigação.

5.4 - PROCESSO DE RECOLHA DE INFORMAÇÃO

Como recurso metodológico para recolha de informação seleccionou-se a entrevista semiestruturada, tendo como referência Bogdan e Biklen (1994). Os autores afirmam que este instrumento de pesquisa possibilita a formulação de um roteiro de entrevista, no qual as perguntas são abertas e flexíveis. Carpenter e Streubert (2013) acrescentam que a entrevista semi-estruturada é uma entrevista flexível, constituída por perguntas orientadoras, em que a oportunidade de contar uma história é inerente ao formato da entrevista. Fortin (2009) refere que a entrevista semiestruturada permite ao participante exprimir os seus sentimentos e opiniões sobre o tema tratado, tendo como objetivo compreender o ponto de vista do participante. Neste método, a ordem das questões é flexível, podendo-se iniciar a entrevista com questões mais simples e colocar progressivamente questões mais complexas, devendo ser assegurado que, no final da entrevista, todos os temas tenham sido abordados. A entrevista semiestruturada assemelha-se, assim, a uma conversa informal.

Bogdan e Biklen (1994) alertam que as entrevistas semi-estruturadas “devem evitar perguntas que possam ser respondidas “sim” e “não”, uma vez que os pormenores e detalhes são revelados a partir de perguntas que exigem exploração” (p. 136).

Foi elaborado um guião de entrevista semiestruturada, com questões que exigissem a exploração de ideias. O guião foi analisado e avaliado por três investigadores peritos e foi realizado um pré-teste que consistiu na realização da entrevista a três grávidas. Testou-se assim a compreensão das questões, o sentido da sequência das questões apresentadas, se estas contemplavam o objetivo do estudo e se a técnica utilizada para a entrevista estava adequada. O guião da entrevista encontra-se no Apêndice I.

A entrevista semiestruturada foi aplicada individualmente a cada participante do estudo, num ambiente informal, descontraído, da preferência da participante, de forma a que esta se sentisse à vontade para falar livremente dos seus pontos de vista, conforme recomenda Bogdan e Biklen (1994). As entrevistas foram realizadas no período de 18 de maio a 6 de julho de 2018.

O registo dos dados processou-se através da gravação digital direta, depois de as participantes assinarem o consentimento informado. As entrevistas tiveram uma duração média de 49 minutos, tendo variado entre 20 minutos e 120 minutos. A duração

da entrevista dependeu da receptividade e da abertura das participantes, tendo demorado o tempo necessário até estas sentirem que tinham esgotado o tema. Durante a realização de cada entrevista teve-se o cuidado de respeitar as técnicas de comunicação, particularmente a escuta ativa, dando liberdade às participantes para se expressarem livremente, respeitando os silêncios. Sempre que considerado necessário, a investigadora introduziu questões de forma a clarificar ideias.

Após realização das entrevistas, a audiogravação foi transcrita integralmente, respeitando a linguagem utilizada pelas participantes, conforme sugere Bogdan e Biklen (1994). Este processo revelou-se particularmente moroso, contudo, permitiu ter um contacto atualizado e próximo dos dados, proporcionando um conhecimento aprofundado dos mesmos, o que se tornou extramente útil na fase da categorização da informação. Cada transcrição de entrevista foi lida pela respetiva participante, que confirmou por escrito o conteúdo da entrevista. Foi atribuído um código (E1 a E12) a cada entrevista realizada.

Proseguiu-se com a análise e tratamento dos dados, de acordo com as indicações de Bogdan e Biklen (1994), tendo-se recorrido ao uso do *software* Nvivo 10. Os autores supracitados referem que a análise de dados consiste num processo cuidadoso de procura e organização, onde são tidas em conta as transcrições de entrevistas, notas de campo e outros instrumentos reunidos, de forma melhorar o entendimento e possibilitar a apresentação daquilo que foi descoberto.

5.5 - ASSEGURANDO O RIGOR DA INVESTIGAÇÃO

De modo a garantir a **credibilidade** do estudo o número de participantes foi encontrado quando se atingiu a saturação dos dados. Realizou-se também a triangulação, conforme recomenda Loureiro (2002) tendo uma investigadora experiente na área e na investigação qualitativa verificado cada fase do processo, particularmente o processo de descrição e interpretação dos achados. A leitura e validação de cada *vebertim* de entrevista pela respetiva participante permitiu que estas verificassem se os relatos correspondiam às suas experiências, tendo-se procedido a todas as alterações propostas pelas participantes, de modo que os dados recolhidos correspondessem à realidade tal como foi vivida por cada participante.

Apesar de na investigação qualitativa não se pretender generalizar os achados da investigação, admite-se a possibilidade de **transferibilidade** realizada pelo leitor que lê o estudo (Loureiro, 2002). De modo a permitir a transferibilidade, o que corresponde à validade externa num estudo quantitativo, houve necessidade de esquematizar os

resultados obtidos através de uma representação esquemática com os elementos essenciais obtidos, de modo a facilitar a sua compreensão. Esta representação esquemática encontra-se em na figura 8 (capítulo 7 – Considerações Finais).

O facto de uma investigadora experiente ter seguido o método utilizado de análise dos dados recolhidos e ter chegado a conclusões semelhantes pressupõe o critério de **dependência**, descrito por Loureiro (2002) como paralelo à fidedignidade, ou seja, estabilidade, na pesquisa quantitativa.

A **confirmabilidade** foi assegurada pela realização do estudo seguindo a metodologia de acordo com um autor inicialmente definido - Bogdan e Biklen (1994) - tendo-se validado o guião com três investigadoras experientes e pela revisão da literatura.

5.6 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

De acordo com Bogdan e Biklen, duas questões dominam o panorama recente no âmbito da ética relativamente à investigação que envolve sujeitos humanos, nomeadamente que “os sujeitos aderem voluntariamente aos projectos de investigação, cientes da natureza do estudo e dos perigos e obrigações nele envolvidos”; e que “os sujeitos não são expostos a riscos superiores aos ganhos que possam advir.” (1994, p.75). Estas diretrizes são geralmente aplicadas recorrendo a formulário no qual se expõe a descrição do estudo e o que será feito com os resultados, sendo que, para o âmbito deste estudo, a assinatura do sujeito no formulário constitui a prova de um consentimento informado. Os mesmos autores fazem referência a comissões relativas aos direitos dos sujeitos humanos, “cujo objectivo é o de considerar as propostas de investigação, certificando-se que a investigação proposta assegura o consentimento informado e a segurança dos participantes” (1994, p.76)

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra no mês de maio de 2018 (Anexo I).

A confidencialidade dos dados foi garantida através do anonimato das participantes ao longo de todo o estudo, através da atribuição de um código a cada entrevista, de forma a nunca revelar a sua identificação. Os resultados da investigação foram apenas utilizados na elaboração e divulgação científica, tendo-se procedido à destruição das gravações das entrevistas após a sua transcrição e análise.

Previamente a cada entrevista, cada participante foi informada dos objetivos e finalidades do estudo, assim como a natureza da participação – de modo a assegurar

que a mesma fosse voluntária, livre e de espontânea vontade. Foi solicitado a cada participante o consentimento informado por escrito, e entregue uma cópia, assinada pela investigadora, com o contacto da mesma, tendo sido disponibilizada toda a atenção relativamente ao esclarecimento de dúvidas. Segundo Polit e Beck como referido por Carpenter e Streubert (2013) “o consentimento informado significa que os participantes possuem informação adequada relativamente à investigação; são capazes de compreender a informação e têm o poder de escolher livremente, capacitando-os a escolherem voluntariamente participar na investigação ou declinar” (p. 62). As participantes foram também esclarecidas da natureza confidencial de todas as informações disponibilizadas e da possibilidade de desistência em qualquer momento. O documento explicativo do projeto e consentimento informado que foi entregue às participantes encontra-se no Apêndice II.

6 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No presente capítulo são apresentados e discutidos os principais resultados da investigação. Começa-se por expor a caracterização dos participantes do estudo para, posteriormente, se proceder à análise de dados e discussão.

6.1 - CARATERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Neste estudo participaram 12 mulheres grávidas que correspondiam aos critérios de inclusão. Os dados sociodemográficos das mesmas estão esquematizados na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das participantes

<i>Código</i>	<i>Idade</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>Residência (distrito)</i>	<i>Habilitações Literárias</i>	<i>Profissão</i>
<i>E1</i>	29	casada	Leiria	mestrado	fisioterapeuta
<i>E2</i>	35	casada	Coimbra	12º ano	escriturária
<i>E3</i>	28	solteira	Leiria	licenciatura	Assistente social
<i>E4</i>	30	casada	Leiria	mestrado	enfermeira
<i>E5</i>	33	casada	Leiria	licenciatura	massagista
<i>E6</i>	34	casada	Leiria	9º ano	logista
<i>E7</i>	21	solteira	Leiria	12º ano + CET	auxiliar ação médica
<i>E8</i>	32	casada	Leiria	12º ano	cabeleireira
<i>E9</i>	31	casada	Leiria	licenciatura	enfermeira
<i>E10</i>	25	casada	Leiria	licenciatura	assistente social
<i>E11</i>	31	casada	Santarém	curso técnico profissional	técnica de farmácia
<i>E12</i>	27	casada	Leiria	licenciatura	terapeuta ocupacional

No que se refere à caracterização das participantes do estudo, as mulheres grávidas têm **idades** compreendidas entre 21 e 35 anos, com uma média de idades de 29,7 anos. Os companheiros têm idades compreendidas entre 24 e 39 anos, com uma média de 32,8 anos.

Relativamente ao **estado civil**, a maioria das participantes são casadas (n=10), sendo que as participantes solteiras vivem em união de facto (n=2).

Relativamente ao **local de residência**, a maioria das participantes residem no distrito de Leiria (n=10), sendo uma participante do distrito de Santarém e uma do distrito de Coimbra.

Quanto às **habilitações literárias**, a maioria das participantes tem Licenciatura (n=5), as restantes possuem o 9.º ano (n=1), o 12.º ano (n=3), Curso técnico profissional (n=1) e Mestrado (n=2). Em relação aos companheiros, possuem o 9.º ano (n=4); o 12.º ano (n=4); Licenciatura (n=3) e Mestrado (n=1).

A **histórica obstétrica** das participantes encontra-se resumida da tabela 2. A maioria das grávidas são primigestas (n=10), uma das grávidas (E8) tem história de um aborto espontâneo, e uma grávida (E2) tem história obstétrica de quatro abortos espontâneos. Em ambas as participantes, os abortos espontâneos ocorreram no primeiro trimestre de gravidez.

Tabela 2 - Caracterização obstétrica das participantes

Código	Gesta	IG	Cuidados pré-concecionais	Local vigilância da gravidez	PPPP
E1	I	39	não	CSP + obstetra particular	sim
E2	V*	40	sim	maternidade	não
E3	I	40	sim	CSP	sim
E4	I	37	sim	maternidade	sim
E5	I	37	sim	obstetra particular	sim
E6	I	39	sim	CSP + obstetra particular	sim
E7	I	37	não	CSP	sim
E8	II**	37	sim	CSP + obstetra particular	sim
E9	I	37	não	CSP + obstetra particular	sim
E10	I	37	sim	CSP + obstetra particular	sim
E11	I	38	sim	CSP + obstetra particular	sim
E12	I	38	sim	CSP + obstetra particular	sim

*história de 4 abortos espontâneos com IG de 10, 8, 9 e 10 semanas, respetivamente

**história de 1 aborto espontâneo com IG de 9 semanas

No que se refere à **idade gestacional** da gravidez atual, aquando a realização da recolha de dados, a maioria encontrava-se com 37 semanas (n=6), tendo também participantes com 38 semanas de gestação (n=2); com 39 semanas (n=2) e com 40 semanas de gestação (n=2).

No que diz respeito ao **local de vigilância da gravidez**, a maioria das participantes vigiou a gravidez atual nos CSP e em obstetra particular (n=7), sendo que duas das participantes vigiaram a gravidez nos CSP, duas vigiaram a gravidez na maternidade e

uma vigiou a gravidez apenas em obstetra particular. As participantes referiram que, nos CSP foram vigiadas pelo médico de medicina geral e familiar e por enfermeiro, no serviço público, não souberam esclarecer se o enfermeiro presente nas consultas de assistência em saúde pré-natal era EEESMO ou enfermeiro generalista. A nível particular, as participantes referiram que tiveram contacto apenas com médico obstetra, não tendo contacto com enfermeiro. As participantes que frequentaram a assistência em saúde pré-natal na maternidade tiveram contacto com enfermeiro e médico obstetra, sendo que não se conhece se os enfermeiros com quem contactaram eram EEESMO, generalistas ou se possuem outra especialidade.

Quanto à frequência de sessões de **preparação para o parto e parentalidade (PPPP)**, a maioria das participantes frequentou (n=11). Uma das participantes (E11) refere que, devido à situação de gravidez de risco e indicação para repouso no leito, frequentou apenas duas das sessões. A participante que não frequentou sessões, manifestou interesse em frequentar, porém a situação de gravidez de risco e a indicação de repouso absoluto impossibilitou-a de o fazer. Quando ao profissional que realizou as sessões de PPPP, a maioria (n=10) foi realizada por EEESMO, tal como o indicado pela Ordem dos Enfermeiros no parecer CJ 22/2008 “só aos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é reconhecida competência para ministrar o curso de preparação para o parto” (p. 3). Uma das participantes (E1) referiu, ainda assim, que frequentou Sessões de PPPP com fisioterapeuta.

6.2 - ANÁLISE E DISCUSSÃO

As transcrições das respostas obtidas através das entrevistas foram submetidas à análise qualitativa segundo os preceitos da análise de dados de acordo com os autores Bogdan e Biklen (1994). Estes autores referem que, perante os dados recolhidos, o investigador qualitativo desenvolve um sistema de codificação de forma a organizá-los. O desenvolvimento de um sistema de codificação é assim resultado de uma série de passos, devendo o investigador percorrer os dados na procura de regularidades, padrões e tópicos presentes nos dados e, em seguida, escrever palavras e frases que representam estes mesmos tópicos e padrões.

A análise de dados foi iniciada, conforme indicam Bogdan e Biklen (1994), com uma leitura de todas as páginas de dados, na qual se começou a identificar palavras, frases que se destacavam, criando assim uma lista preliminar de categorias de codificação. Começou-se também a criar uma lista de ideias e diagramas onde se procurou esboçar as relações identificadas nesta primeira leitura.

Após o estabelecimento das categorias preliminares de codificação, as transcrições das entrevistas foram novamente lidas de forma a encontrar unidades de dados, isto é, partes das “notas de campo, transcrições ou documentos que caem dentro de um tópico particular representado pela categoria de codificação” (Bogdan & Biklen, 1994, p. 233). Os mesmos autores referem que esta primeira tentativa de atribuir categorias de codificação aos dados constitui um teste de viabilidade das categorias criadas, reforçando a ideia de que, com a análise de dados, não se procura encontrar o sistema de codificação certo, ou mesmo o melhor, pois isso difere de acordo com os objetivos do estudo.

Os autores propõem que a análise continue com o ensaio de diferentes possibilidades de codificação, reforçando que os códigos categorizam os dados a diferentes níveis. Assim, as categorias principais serão mais gerais e abrangentes e as subcategorias, que dividem as categorias principais em categorias mais pequenas, permitirão analisar aquelas de forma mais pormenorizada (Bogdan & Biklen, 1994)

Ensaaiaram-se várias possibilidades de codificação das unidades de dados identificadas, emergindo, por fim, um sistema de codificação constituído por sete categorias. Este sistema final pareceu ser o mais adequado para enquadrar os achados da investigação, dar resposta à questão de investigação e aos objetivos definidos.

Foram identificadas sete categorias, resultado do processo descrito de análise de dados de acordo com Bogdan e Biklen (1994), que representam a literacia em saúde descrita pelas participantes nas diversas vertentes da saúde materna. Sobressaem os conhecimentos que possuíam, de que forma a assistência de saúde pré-natal lhes facilitou a aquisição de conhecimentos e que estratégias adotaram com vista à promoção de uma gravidez saudável e da vivência positiva da maternidade. Emergem assim as categorias:

- Aderindo a hábitos de vida adequados à gravidez;
- Procurando cuidados de saúde sexual e reprodutiva;
- Atribuindo importância à assistência em saúde pré-natal;
- Vivenciando sintomas fisiológicos comuns da gravidez;
- Vivenciando sinais de alerta;
- Perspetivando o parto;
- Desenvolvendo o papel parental.

Nos próximos subcapítulos será explorada cada categoria, apresentando-se as subcategorias que emergiram da análise dos dados. As subcategorias do estudo permitirão pormenorizar os resultados obtidos relativamente ao modo como as mulheres

evidenciam a sua literacia em saúde materna perante as diversas situações relacionadas com os conhecimentos e as estratégias encontradas para a tomada de decisões promotoras de uma gravidez saudável.

A exposição do sistema de codificação será acompanhada pelos exemplos das unidades de dados que sustentaram a codificação. O sistema de codificação (categorias e subcategorias) será apresentado a negrito. As unidades de campo apresentam-se em itálico, sendo que, sempre que necessário, são acrescentadas às mesmas, em parêntesis retos, notas que a autora considerou fundamentais para a perceção das mesmas, bem como notas de campo relativas à comunicação não verbal das participantes. Em concomitância, será apresentada a discussão dos dados, de forma a compreendê-los e a clarificar a problemática em estudo, recorrendo a evidências científicas publicadas recentemente, sempre que se considere pertinente.

6.2.1 - Categoria: “Aderindo a hábitos de vida adequados à gravidez”

As participantes, ao longo dos seus discursos, demonstraram ter um conjunto de conhecimentos que possuíam antes e que adquiriram durante a assistência de saúde pré-natal relativos a hábitos de vida. Foi consensual entre as participantes a alteração e/ou adequação dos hábitos de vida ao longo da gravidez, pelo que a categoria “Aderindo a hábitos de vida adequados à gravidez” foi identificada. De facto, em diversas áreas, as participantes procuraram informação, adquiriram conhecimento e modificaram comportamentos para seu benefício enquanto grávidas. Demonstraram, assim, capacidade para desenvolver estratégias promotoras de saúde durante a gravidez adequando a alimentação, selecionando atividades físicas seguras, promovendo a segurança rodoviária e mantendo um ambiente intrauterino adequado, conforme se esquematiza na figura 1.

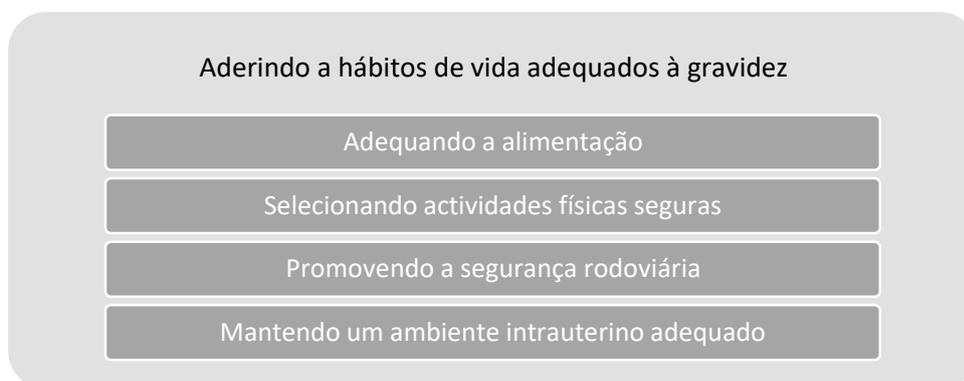


Figura 1 – Categoria: Aderindo a hábitos de vida adequados à gravidez

Na subcategoria **Adequando a alimentação**, as participantes, por um lado, referiram que mantiveram os hábitos alimentares anteriores, que, conforme afirmam, já cumpriam os requisitos de uma alimentação saudável:

“Faço mais ou menos o estilo que fazia que já era o estilo de vida saudável, (...) eu já tentava ter cuidados alimentares” (E9);

“Tentei comer um bocadinho mais variado, mas... manteve-se mais ou menos o que já fazia” (E1);

“Uma alimentação equilibrada, evitar doces, fritos. A minha alimentação não mudou muito, sinceramente” (E11);

“É assim, há dias em que me apetece comer saudável, como... é o que eu digo, como de tudo, como é pouquinho e várias vezes ao dia.... já fazia assim antes” (E3);

“Nunca me fizeram nada de planos alimentares ou de «toma atenção a isto» ou assim, também considero que tenho uma alimentação mais ou menos equilibrada” (E12);

Baião e Deslandes, como referido na revisão sistemática da literatura de Almeida (2015), vem afirmar que as necessidades nutricionais aumentam na gravidez, sendo recomendadas alterações na dieta com vista a manter a saúde materna, pelo que, neste período, a mulher deve cumprir regras alimentares que visam a proteção do binómio mãe-filho.

A DGS (2015b) esclarece que “as recomendações alimentares para o período da gravidez não são muito diferentes das recomendações alimentares para toda a população” (p. 5) sendo que as necessidades de energia e de nutrientes variam consoante o trimestre de gestação. Esta alteração ao longo da gravidez é notória no discurso de E3:

“Noto que tenho muito mais apetite agora, para aí há um mês atrás do que antes... antigamente comia um bocadito e ficava bem, agora não, estou bem é a comer [risos]...” (E3).

Relativamente à ingestão hídrica, as participantes referem que:

“Também beber muita água, mais de litro e meio, mas pronto, eu fico-me pelo litro e meio” (E4);

“Eu que passo a vida a beber água, (...) bebo água, bebo água fora das refeições... não bebo refrigerantes...” (E5).

A hidratação adequada é considerada essencial para uma gravidez saudável, pois, de acordo com a DGS (2015b), a grávida acumula entre seis a nove litros água durante a gestação, sendo recomendado a ingestão de um total de três litros de água diariamente, dos quais cerca de 2,3l devem ser oriundos de bebidas ingeridas. Neste âmbito, Santo, Caniço e Silva (2015) acrescentam que “a grávida deve consumir diariamente cerca de 2 litros de água (8- 10 copos), visto que desempenha importante papel no crescimento e desenvolvimento da placenta e líquido amniótico do feto, e ajuda a manter o equilíbrio hemodinâmico, além de ser importante na regulação do trânsito intestinal da grávida.” (Santo, Caniço, & Silva, 2015, p. 24).

É possível observar no discurso das participantes que, durante a gravidez, estas vivenciaram um processo de consciencialização dos hábitos alimentares praticados. É exemplo disso os seguintes discursos:

“A minha médica deu-me mesmo uma tabela com o que eu supostamente devia comer, e portei-me um bocadinho mal... eu como muito, aquilo só não me alimentava nem me sustentava, verdade seja dita! Eu basicamente como de duas em duas horas, mas sempre a comer, mas a alimentar-me, eu normalmente, então com a gravidez tem sido um desastre autêntico!” (E8);

“Confesso que abusei um bocadinho dos doces, eu sempre fui muito gulosa e tenho a plena consciência, mas fiz o teste dos diabetes e não tinha nada (...) acho que abusei um bocadinho nos doces, no meu 2º trimestre, porque no primeiro tive enjoos, no segundo trimestre foi mais complicado porque eu deixei de ter enjoos, e aquilo que eu não comi no primeiro...” (E10).

É notório nos discursos das participantes o aumento ponderal foi um dado objetivo tido em conta durante a gravidez e com o qual relacionaram os hábitos alimentares praticados.

“Uma das minhas preocupações foi estar com 60 kg quando engravidei e fiquei quase com 90 kg (...) nos primeiros meses de gravidez engordei 10 kg... tive de dieta, ele [o médico obstetra] deu-me um plano de acho que 1800 kcal que eu podia tomar por dia, um plano daquilo que eu devia comer” (E2);

“Francesinha apetecia-me, hambúrguer, pizza, porque isso é que eu engordei um bocadinho, eu engordei já 15kg, mas também o médico diz que as hormonas que eu tomo também não ajuda, tinha mais fome, pronto, acho que nisso fui um bocadito mázinha...” (E10).

Também relacionando com a alimentação, E3 descreve o aumento ponderal:

“Aumentei 4kg durante a gravidez. Quando engravidei pesava 86, depois fui até ao 83 por causa dos enjoos, não conseguia comer, não entrava nada... agora, quando é que eu fui ao registo? Sexta feira: 90kg”.

E8 demonstra conhecimento sobre o aumento ponderal recomendado para o seu índice de massa corporal ao referir que:

“Com a gravidez tem sido um desastre autêntico, apesar de que mesmo assim foram só 14 kg, só... pensei que fosse pior... [risos] eu por acaso vi quanto era suposto aumentar, mas foi na internet, entre 11 a 13kg, mais ou menos no índice da minha massa corporal, mas pronto já passou um bocadinho... também foi só um quilinho... também ainda não acabou [risos], mas pronto, não há-de ser nada...”.

E6 descreve o ganho ponderal, ao relacioná-lo com o desenvolvimento fetal e com os cuidados com a alimentação:

“aumentei 13 kg, mas praticamente, eu até aos 8kg que engordei, 8? Hum, Sim! praticamente esses 8kg nunca forma meus, era tudo para ele, ou para o líquido, ou para a bolsa, ou para o próprio peso dele, em que a médica me dizia que realmente... eu até dizia assim «oh doutora tenho que se calhar não comer tanto ou ter certos cuidados» e ela até dizia «não, não, tu não podes, porque tudo aquilo que tu tens, tu não engordaste ainda nem um kg teu» e agora mais para o fim acredito se calhar já tenho engordado alguma coisa porque nós notamos em nós, mas não engordei assim tanto derivado ao tempo que estive em casa, correu bem também, mas também tinha muito cuidado com a alimentação”.

Almeida (2015) concluiu que os hábitos alimentares podem influenciar o surgimento de intercorrências e complicações durante a gravidez, podendo afetar tanto a saúde da mulher, como refletir-se na saúde do feto e no período pós-parto, afirmando-se no estudo referido que “o aumento no consumo alimentar, associado com o sobrepeso ou a obesidade são atualmente os mais importantes influenciadores do surgimento de intercorrências durante a gestação” (2015, p. 36).

No estudo de McHugh, et al. (2017), em que se estudou o efeito do excesso de peso sobre o parto e os eventos adversos intraparto, numa amostra de 2336 mulheres nulíparas, constatou-se que as mulheres grávidas que ganharam peso excessivo durante a gravidez tiveram RN mais pesados, um trabalho de parto mais prolongado, uma maior taxa de hemorragias intraparto, estando mais propensas à necessidade de indução do parto comparadas com mulheres grávidas com adequado aumento ponderal.

O Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (DGS, 2015b) vem, neste sentido, salientar que o aumento ponderal durante a gravidez está relacionado com a formação da placenta, líquido amniótico, tecido mamário, gordura de reserva e com o próprio crescimento fetal, alertando que o “inadequado ganho de peso está associado ao aumento do risco de atraso de crescimento intrauterino e mortalidade perinatal” (p. 4). Por outro lado, o excessivo aumento ponderal da grávida está associado ao aumento de peso do recém-nascido e, secundariamente, ao aumento do risco de complicações na vida adulta. As recomendações da DGS (2015b) são no sentido de que o cálculo do ganho ponderal adequado durante a gravidez dependa do índice de massa corporal avaliado na primeira consulta de assistência em saúde pré-natal.

Destaca-se, assim, a importância de consciencializar as mulheres durante a gravidez, e, de preferência, no período pré-concepcional, a respeito da influência do peso adequado no período gestacional e do aumento ponderal recomendado (Almeida, 2015; McHugh, et al., 2017).

O estudo de Moran, Flynn, Louise, Deussen e Dodd (2017) onde mulheres grávidas com índice de massa corporal igual ou superior 25kg/m² receberam aconselhamento sobre estilo de vida (n = 943) ou tratamento padrão (n = 924), demonstrou que o aconselhamento sobre um estilo de vida saudável durante o período pré-natal a mulheres com sobrepeso e obesidade foi associada a uma melhoria dos padrões alimentares durante a gravidez que persistiram no pós-parto.

As alterações alimentares referidas pelas mulheres grávidas em relação à alimentação referem-se à procura de uma alimentação mais saudável, como é possível constatar com o discurso de E6:

“Eu tive mesmo muito cuidado com a alimentação, deixei de comer certas coisas porque não devia... enlatados, tudo, seja o que fosse desse género de comidas mais processadas deixei... e então primeiro agora está ele, que é mesmo assim...”

Também E3 refere que:

“Tentei ter algum cuidado com a alimentação e comer mais saudável”

Bem como E1:

“Tentei comer um bocadinho mais variado”

E5 afirma que as alterações que percecionou no seu corpo em transformação durante a gravidez motivaram as mudanças alimentares praticadas:

“Aligeirei, afinei... adaptei. (...) À medida que o tempo foi passando fui mudando alguns hábitos... sempre estive bastante atenta ao meu corpo e sempre que vi que aquilo não funcionava não tentava repetir ou então se me esquecesse aquilo depois corria mal e eu adotava logo uma estratégia. (...). De início, uma coisa que eu notei desde cedo foi que comer fruta, ou sobremesa a seguir à refeição, esquece, não é nada com ela [risos] ou seja, é comer comida. E fruta, aconselham comer sempre antes... a sobremesa era como se a atrapalhasse toda a absorção... nem assim um chocolatinho, nada, esquece, nada! Então fui um bocadinho afinando...”

Já outras grávidas referem que as alterações alimentares que efetuaram se deveram ao que lhes foi aconselhado por profissionais de saúde, como é de seguida exposto.

“Eu adorava coca-cola e não posso beber, sumos naturais e assim... [o médico obstetra] disse só que fazia mal, e que era mais por causa do açúcar e assim, pronto, o marisco, o chocolate...” (E10)

“Tive de dieta, [o médico obstetra] deu-me um plano de acho que 1800kcal que eu podia tomar por dia, um plano daquilo que eu devia comer porque eu levantava-me, não é, para comer, aquela azia, tinha muita fome, ele diz que não podia ser. Cumpri, não à risca e não como estava lá, porque depois eu ficava com muita fraqueza e dor de cabeça, mas tentei cumprir” (E2).

De facto, as alterações nutricionais e metabólicas durante a gravidez visam proporcionar o ambiente adequado ao desenvolvimento embrionário e fetal, pelo que é geralmente incluído nos protocolos de cuidados pré-natais, uma vez que a “inadequação da dieta na gravidez é um problema de saúde pública e aumenta o risco de baixo peso ao nascer, crescimento fetal inferior, defeitos do tubo neural, obesidade materna, pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e parto prematuro” (Almeida, 2015, p. 19). A falta de conhecimento das grávidas sobre os princípios da alimentação saudável reflete-se diretamente nas suas opções dietéticas, que podem ser influenciadas pelo aumento do apetite, paladar acentuado, condições socioeconómicas e influências locais (Almeida, 2015).

A literacia em saúde materna na mulher grávida permite-lhe fazer opções relativas aos seus hábitos de vida, capacitando-a cognitivamente e socialmente de modo a optar por uma alimentação adequada durante a gravidez (Khorasani et al., 2018). No estudo de Poorman et al. como referido por Khorasani et al. (2018), a inadequada literacia em saúde materna foi associada à ingestão inadequada de vitaminas durante a gravidez.

Da análise realizada aos discursos das participantes é possível identificar os conhecimentos que estas têm sobre a alimentação adequada durante a gravidez, que

já possuíam e que adquiriram com a assistência pré-natal, bem como as estratégias encontradas para adequar a alimentação à gravidez. Apesar dos conhecimentos identificados, as participantes verbalizaram ter cometido erros alimentares:

“confesso que abusei um bocadinho dos doces (...) francesinha apetecia-me, hambúrguer, pizza” (E10).

Pode-se atribuir a esta incoerência entre os conhecimentos e os comportamentos o desejo alimentar conhecido na grávida, dado que os desejos na mulher grávida estão associados ao consumo alimentar excessivo. O estudo de Blau, Orloff, Flammer, Slatch e Hormes (2018) concluiu que a frequência com que as mulheres grávidas referiram desejos alimentares por alimentos gordurosos está associado a ganho ponderal em excesso durante a gravidez.

Em suma, as mulheres grávidas participantes no estudo, **aderindo a hábitos de vida adequados à gravidez**, evidenciaram conhecimentos e estratégias que lhes permitiram tomar decisões promotoras de uma gravidez saudável, **adequando a alimentação**. A análise desta subcategoria revelou que as participantes souberam identificar alguns hábitos alimentares anteriores como saudáveis, nomeadamente uma alimentação variada e equilibrada, evitando alimentos doces, fritos e processados e ingerindo uma adequada quantidade de água diariamente. Durante a gravidez, a procura autónoma por informação relativa à alimentação saudável, ao aumento ponderal adequado na gravidez e o contacto com os diversos profissionais de saúde permitiram-lhes tomar consciência dos seus hábitos alimentares e, conseqüentemente, fazer alterações alimentares no sentido de promover o bem-estar materno-fetal, evidenciando desta forma uma adequada literacia em saúde materna no que diz respeito à alimentação. Os desejos alimentares e o aumento do apetite no segundo e terceiro trimestre foram os motivos dissuasores da adesão a uma alimentação adequada à gravidez.

Importa salientar que os discursos das participantes focam a ação médica no momento de aconselhar sobre a dieta, havendo pouca referência à Enfermagem, e, particularmente, à Enfermagem Especializada em Saúde Materna e Obstétrica. E10, no final da sua entrevista, sugere:

“Formações sobre a alimentação saudável...é a única coisa que eu não vi, não tive acesso”.

Perante a importância de adequar a alimentação à gravidez fundamentada acima, encontra-se aqui um campo de ação para os enfermeiros EEESMO intervirem no sentido de melhorar a literacia em saúde materna da mulher grávida e promover a saúde pré-natal. Esta intervenção pode ser inserida ou reforçada nas consultas de assistência

em saúde pré-natal e nas sessões de PPPP, dado que lhes está inerente o acompanhamento da mulher grávida ao longo das semanas de gestação.

Aderindo a hábitos de vida adequados à gravidez, as participantes descreveram as atitudes tomadas relativamente à atividade física, pelo que foi identificada a subcategoria **selecionando atividades físicas seguras**.

As participantes afirmaram ter praticado atividade física com variado nível de intensidade, sendo notório que algumas das mulheres grávidas referiram-se à atividade física como uma prática frequente, como se pode constatar nos seguintes discursos:

“Fiz quase sempre até ao fim, bicicleta” (E1);

“Depois de passar aquelas quebras de tensão... até aos 4/5 meses... comecei a fazer as caminhadas aqui ou lá ao pé da minha casa” (E3);

“Caminhadas faço, sim, mais agora até para o fim. Nas aulas de preparação para o parto também temos a vertente prática, sim, também fazia alguns exercícios dados em aula, aqui em casa. Sem bola de pilatos, só as básculas, e depois exercícios de respiração, essas coisas...” (E12);

“Ontem fiz 10 km a pé [risos] ontem à noite estava aqui com uma dor nas virilhas, credo! Foi tudo seguido, a andar, mas sempre bem, sempre bem, sem fazer esforços, sempre a andar bem, é tudo plano” (E4);

“la fazer caminhadas regularmente, quer dizer, no início...sempre..., mas andei a fazer sempre caminhadas com a minha mãe porque eu gosto muito de caminhar e ela também (...). Tenho feito exercícios na bola de pilatos (...) E vejo televisão em vez de estar sentada no sofá ou deitada, assim sentadinha na bola e vou fazer exercícios, vou andando para o lado vou rondando, vou dando saltinhos... na preparação para o parto, como nós usamos também muito, temos aquela sala com colchões e com bolas de pilatos, que dá uma para cada uma e também fazemos de vez em quando exercícios lá e então tenho aproveitado. E em casa como tenho a bola aproveito e faço também.” (E7).

Nos discursos de E5 e E6 está patente o conhecimento da importância de realizar exercício físico, sendo este realizado com uma intensidade ligeira:

“O que eu faço é só caminhada, sei que devia talvez fazer mais qualquer coisa. Mas pronto... Também faço preparação para o parto” (E5);

“Bola de pilates... eu era para comprar, mas depois, como eu ia às aulas, depois, eu pensei assim: depois das aulas não vou comprar porque o garoto vai nascer

breve. Mas eu gostei, e a anca... nós estamos sentadas de uma maneira mais correta. (...) Exercício físico só na preparação para o parto. Tirando isso eu sou uma molengona, não fiz nada” (E6).

Da análise do discurso das participantes é possível apreender que as mesmas têm conhecimentos sobre a importância da atividade física e tomam a decisão de realizar uma ou mais práticas, entre elas destaca-se as caminhadas (E4, E5, E7, E9, E12), bicicleta (E1), bola de pilates (E7) e natação (E9).

Os resultados encontrados vão ao encontro das conclusões do estudo de Capito (2017) que teve como objetivo estudar os hábitos de exercício físico da mulher portuguesa antes e ao longo da gravidez. No estudo referido, a caminhada foi a atividade física mais referida pelas mulheres grávidas. Capito (2017) refere que esta preferência se deve ao facto de se poder praticar 30 ou mais minutos, 5 ou mais dias por semana, sem riscos associados dado que tem uma intensidade reduzida e a mulher sente-se confortável e segura, a acrescentar ao facto de ser uma atividade económica.

O Congresso Americano de Obstetras e Ginecologistas (2017) recomenda que as mulheres grávidas sem complicações devam realizar 30 minutos de atividade física por dia, na maioria dos dias da semana.

Segato, et al. como referido por Almeida e Souza (2016) refere que a atividade física de intensidade moderada, durante a gravidez sem complicações, pode trazer vários benefícios à saúde do binómio grávida-feto, uma vez que tem potencial para minimizar reações provocadas pelo *stress* como, por exemplo, aumento da frequência cardíaca, pressão arterial e ativação do sistema nervoso. A atividade física durante a gravidez promove a distração e o relaxamento, controla o aumento ponderal, melhora a autoestima e atenua os desconfortos físicos comuns da gestação, tal como também E9 refere:

“Praticava natação e continuei a praticar, e caminhadas. A minha obstetra nunca foi muito a favor, mas eu fiz o choradinho, por causa da coluna, e tinha dores e não sei quê, e que me sentia bem e ela lá deixou. E agora disseram para deixar de fazer às 34 semanas, pelos riscos (...) uma pessoa depois fica com o sentimento de culpa se acontece alguma coisa... (...) os exercícios de kegel, até tenho feito um esforço para fazer, acho que não faço todos os dias” (E9).

A DGS (2015a) refere que, durante a gravidez, o “exercício físico melhora o tónus muscular, a força, a resistência e a postura, ajudando a reduzir os edemas, a aliviar as lombalgias e a obstipação” (p. 55). Estão recomendados exercícios de baixo impacto, como caminhadas, natação e yoga, desde que a grávida não se encontre em risco de

parto pré-termo, placenta prévia, hemorragia vaginal ou de rutura prematura de membranas. Acrescenta-se ainda que, em concordância com a atitude de E9 relativamente à natação, se a grávida praticava algum desporto anteriormente, pode mantê-lo com moderação, desde que não implique contacto físico ou que envolva risco de trauma abdominal uma vez que quedas e stress exagerado podem influenciar o desenvolvimento fetal.

Cruzando as recomendações que E9 recebeu na assistência de saúde pré-natal relativas à prática de natação com as recomendações nacionais e o exposto na pesquisa científica, importa refletir se eventuais mitos de profissionais de saúde relativos à prática de atividade física durante a gravidez não influenciam negativamente a mulher grávida na procura de práticas saudáveis, promotoras de uma gravidez positiva. Neste sentido, também Nascimento, Godoy, Surita e Silva (2014) alertam que a adesão a atividade física durante a gravidez pode ser difícil “pois há entre as mulheres, seus médicos e cuidadores receios e dúvidas quanto à segurança da sua prática, necessitando de esclarecimentos objetivos e incentivos permanentes” (p. 7). Certo é que, durante a gravidez, a prática de atividade física requer uma atenção especial. Montenegro como referido por Almeida e Souza (2016) salientam, nomeadamente, que a posição supina deve ser evitada devido à compressão do útero sobre a veia cava e consequente redução do retorno venoso, bem como exercícios que possam afetar o equilíbrio. A atividade física da grávida, apesar dos benefícios descritos, deve ser orientada por um profissional capacitado sobre os exercícios adequados ao período gravídico, sem excessos.

Pela análise dos discursos das participantes, considera-se que está latente a preocupação em selecionar atividades físicas seguras ao longo da gravidez, podendo interpretá-la como o conhecimento que as mulheres detêm sobre as suas vantagens para promover uma gravidez saudável. Esta interpretação vai ao encontro do que foi concluído no estudo de Melton, Bland, Marshall e Bigham (2016). Trata-se de um estudo realizado nos Estados Unidos da América, cujo objetivo foi avaliar a efetividade de uma campanha de educação em saúde sobre atividade física entre mulheres grávidas e mulheres em idade reprodutiva. Este estudo constatou que a campanha de educação em saúde sobre atividade física aumenta o conhecimento e influencia o comportamento da mulher em idade reprodutiva e da mulher grávida relativamente à prática de atividade física, constituindo assim uma forma de promoção da saúde materna e infantil.

Apesar de ser evidente que as participantes reconhecem o exercício físico como benéfico, problemas obstétricos diversos condicionaram a prática de atividade física, como se pode ler no discurso de E7:

“Mas aparece ali um problema na perna, um eritema nodoso da grávida, que eu nem sabia o que era isso e é diagnosticado em dermatologia, e depois aí aconselharam-me a não fazer caminhadas porque podia voltar outra vez isso. E como tive de estar de repouso duas semanas para conseguir ultrapassar, agora disseram-me para não fazer muitas caminhadas para não voltar”.

Também E8, devido à situação de gravidez de risco, passou por um período de repouso, em que não pode realizar atividade física:

“pelas 30 semanas, foi quando ela [a médica] viu que estava com colo curto, que estava com princípio de dilatação, foi quando fiquei em casa supostamente sossegadinha (...). Tive ali aquelas três semanas paradas que foi aquela fase em que pronto, me mandou mesmo estagnar, depois quando ela me disse, pronto, estava tudo estável, que já estava tudo mais calmo, aí voltei ao trabalho, mas pausadamente.”

Nota-se, também, no discurso de E11, a dificuldade associada ao repouso exigido por uma gravidez de risco:

“Estive em repouso (...). Foi horrível... os nove meses em casa é horrível, é a pior coisa. Então o terceiro trimestre que foi quando eu tive de estar até há duas semanas que eu tive de estar de repouso foi horrível. Da cama para o sofá e do sofá para a cama é horrível. E o primeiro trimestre também tive de repouso, foi horrível. Antes de engravidar tive de estar de repouso... só o segundo trimestre é que foi bom.”

Estes discursos sobre a exigência de repouso associada à gravidez de risco (os motivos do risco não foram descritos extensivamente uma vez que não é esse o âmbito deste estudo) levam à reflexão do que refere Guimarães (2013), quando afirma que a mulher grávida que vivencia uma gravidez de risco “precisa encontrar meios que a faça sentir-se empoderada de si e da situação para poder enfrentar todos os obstáculos (...) no confronto com uma realidade não antes experienciada.” (p. 163-164). E2 descreve o regressar à vida normal e a dificuldade associada na realização de pequenas atividades, depois do período de repouso absoluto por gravidez de risco:

“Custava-me muito fazer certos movimentos, mas tive de começar, que se entrasse em trabalho de parto para não ser tão doloroso. Só para ter a noção, eu quando limpava o bibi, o gesto de... eu não conseguia abrir as pernas. E era muito difícil. Depois comecei a fazer umas caminhadas e até tive uma recuperação boa, já faço tudo”.

As participantes não demonstraram conhecimento sobre atividades físicas indicadas para a sua situação de gravidez de risco. Nascimento, Godoy, Surita e Silva (2014) dão alguns exemplos de exercícios físicos que podem ser realizados durante a gravidez que não têm contraindicações para a sua prática, nomeadamente exercícios de treino dos músculos do assoalho pélvico. Particularmente no primeiro trimestre “não há contraindicação para as mobilizações articulares e relaxamento”, bem como para a realização de alongamentos (p. 7). Destaca-se a importância de realização de mais estudos sobre atividades físicas adequadas à mulher que vivencia uma gravidez de risco, para que esta possa realizar atividade física adaptada à sua situação e usufruir dos benefícios da mesma, sem colocar em risco o bem-estar materno-fetal. Só na presença de estudos conclusivos será possível os profissionais de saúde, nomeadamente EEESMO's, aconselharem devidamente a mulher que vivencia uma gravidez de risco a realizarem atividade física segura.

Outra condicionante à atividade física identificada na análise dos dados prende-se com os desconfortos associados à gravidez, tal como é possível constatar no discurso de E3:

“Ao início andava no ginásio, quando engravidei, ainda fui um mês, um mês e meio, mas eu ficava muito cansada, mesmo só a fazer caminhadas na passadeira, ficava mesmo muito cansada então depois desisti do ginásio.”

Também E4 refere que a dor a impossibilitou de realizar atividade física da forma como gostaria num período limitado da sua gravidez:

“Tenho feito... tirando aquele período em que não me podia mexer, quando tive as dores, pelas dores não me conseguia mexer, tive mesmo praticamente 2 meses de repouso, mas só porque não conseguia... nunca tive indicação de repouso, mas era por que, pronto, não conseguia mesmo. Depois passou!”

E2, depois do período de repouso no leito, nomeia os edemas dos membros inferiores como desconforto que a impossibilita de realizar a atividade física que pretendia:

“Depois comecei a fazer umas caminhadas (...) agora não porque já tenho os joelhos todos inchados, e isso assim.”

É possível identificar a dor (E7, E4), o cansaço (E3, E5) e os edemas nos membros inferiores (E2) como motivos que condicionaram a prática de atividade física. Também no estudo de Capito (2017), as mulheres grávidas participantes demonstraram conhecimentos sobre a influência positiva da atividade física, referindo como principal razão para a fraca adesão o desconforto físico, mais acentuado no 3.º trimestre.

Conforme refere Santo et al. (2015), são crescentes as evidências sobre os benefícios da atividade física iniciada numa fase precoce da gravidez, devendo, por isso, a sua realização ser incentivada pelos profissionais de saúde.

De salientar que as participantes referiram a PPPP como o local onde foi abordado o tema da atividade física e onde a sua prática foi incentivada e realizada. Apesar de, em consultas de assistência em saúde pré-natal, este assunto ter sido pouco abordado, evidenciou-se uma preocupação latente nos discursos das mulheres grávidas com a realização de atividade física numa perspetiva de hábito de vida saudável. Isto demonstra que as participantes reconhecem os benefícios da atividade física para o seu bem-estar enquanto grávidas, procuram informação e questionam os profissionais de saúde relativamente à adequação da atividade física (recorde-se o discurso de E9) evidenciando assim conhecimentos sobre a atividade física, iniciativa de procurar informações baseadas em evidência científica e estratégias adequadas para tomar decisões que promovam uma gravidez saudável.

Em suma, as participantes verbalizam interesse em realizar atividade física, verbalizando realiza-la com intensidade ligeira a moderada. Referem realizar caminhadas, bicicleta, bola de pilates e natação, atividades estas que já realizavam antes e/ou que iniciaram durante a gravidez. Descrevem as atividades praticadas como promotoras de conforto e atenuantes dos desconfortos físicos comuns da gravidez, demonstrando preocupação em conhecer as atividades físicas seguras que não colocam em risco o bem-estar materno-fetal. Os motivos que condicionaram a atividade física durante a gravidez foram estar perante uma gravidez de risco, os desconfortos físicos comuns da gravidez (edemas dos membros inferiores, cansaço), eritema noduloso da grávida e a presença de colo cervical curto.

A subcategoria **promovendo a segurança rodoviária** foi inserida da categoria **“Aderindo a hábitos de vida adequados à gravidez”** pois os discursos das participantes focaram a segurança e evidenciaram conhecimentos e estratégias adotadas para tomar decisões e adaptar comportamentos nesta área de forma a não comprometerem a segurança materno-fetal.

O conhecimento que detêm sobre a segurança rodoviária da grávida e a informação que retiveram dos diversos profissionais de saúde com quem contactaram durante a assistência em saúde pré-natal foi descrito pelas participantes da seguinte forma:

“Falaram-me que, quando ando de carro, sobre a posição do cinto, abaixo da barriga.” (E1);

“Para a grávida falaram da maneira como temos de usar o cinto aqui por baixo... eu sempre usei por baixo, que era onde me dava jeito.” (E3);

"Para a grávida falaram do cinto de segurança. (...) também há um cinto que dá para adaptar ao cinto do carro, que é próprio para grávida, mas eu não senti necessidade de usar isso" (E4);

“Foi até no Centro de Saúde, por acaso, que eu nem sequer sabia, que ela ensinou-me logo como é que eu devia fazer com o cinto, passar por baixo da barriga, passar no meio do peito, por acaso elas nesse ponto explicaram-me logo o que é que tínhamos de fazer.” (E8).

“Na preparação para o parto falámos na segurança rodoviária, mas falámos a nível depois para o bebé, não falamos para nós... falámos, mas foi muito curto: a importância de ter o cinto... pronto, mas foi muito, muito curta, a informação sobre o cinto...” (E10);

De acordo com a DGS (2015a), “todas as grávidas devem usar o cinto de segurança, tendo o cuidado de não deixar que o mesmo exerça pressão sobre o abdómen. A faixa transversal do cinto de segurança será colocada sobre os ossos da bacia, de modo a ficar apoiada em baixo, e a faixa longitudinal, sobre o ombro, passando pelo esterno” (p. 63). No 3.º trimestre os lugares com *airbag* frontal devem ser evitados, bem como poderá ser desaconselhada a condução no final da gravidez devido à proximidade do *airbag*.

As participantes demonstram nos seus discursos acima citados, de uma forma geral, conhecimentos sobre a segurança rodoviária no que diz respeito à colocação do cinto, não havendo em nenhuma entrevista referência aos cuidados relativos com o *airbag*.

As mulheres grávidas que participaram no estudo afirmam utilizar os conhecimentos que têm, tendo estes sido adquiridos por profissionais de saúde, nomeadamente EEESMO inseridos nas sessões de PPPP:

“Na preparação para o parto falámos na segurança rodoviária” (E10).

Tanto no *verbatim* das entrevistas como pela interpretação da linguagem não verbal aquando a abordagem deste tema é possível deduzir a facilidade no uso correto do cinto de segurança, mesmo quando a participante não recebeu informação sobre segurança rodoviária na gravidez, como refere E7:

“Da grávida, da posição do cinto, nunca me falaram como seria correto. Ponho o cinto debaixo da barriga porque fica mais confortável cá por baixo, não aperta...” (E7).

Nesta investigação, não se evidenciaram dificuldades ou resistência na adoção de medidas de segurança rodoviária. Pelo contrário, o estudo de Lam, To e Ma (2016), que teve como objetivo avaliar as práticas, crenças e conhecimentos das mulheres grávidas de Hong Kong sobre o uso correto do cinto de segurança, vem concluir que, durante a gravidez, as mulheres diminuem a adesão ao cinto de segurança, em consonância com o evoluir da gravidez, sendo que o conhecimento destas era inadequado e apenas uma minoria recebeu informações relevantes.

O estudo de Klinich, et al. (2008) vem reforçar a importância de medidas de segurança rodoviária ao procurar compreender os fatores associados aos desfechos fetais adversos de 57 grávidas envolvidas em colisões de veículos. Concluiu-se nesse estudo que a gravidade do acidente, a lesão materna grave e a falta ou o uso inadequado do cinto de segurança estão associados a um maior risco de resultado fetal adverso, reforçando assim as recomendações para as mulheres grávidas utilizarem os cintos de segurança devidamente posicionados.

Em suma, é possível concluir que as participantes desta investigação aderem a medidas de segurança rodoviária, nomeadamente o uso do cinto de segurança, e que obtiveram conhecimentos relativos ao uso correto do cinto de segurança durante a gravidez nas sessões de PPPP, ou seja, através de EEESMO. Contudo, não conhecem os cuidados a ter relativos ao uso do *airbag* frontal.

Por fim, dentro da categoria “**Aderindo a hábitos de vida adequados à gravidez**” identificam-se conhecimentos que as participantes descrevem e estratégias que adotaram durante a gravidez **mantendo um ambiente intrauterino adequado**, subcategoria identificada com base nos resultados do estudo de Magalhães, Fracoli, Siqueira, Chiesa e Reticena (2018).

No discurso das mulheres grávidas é transversal os cuidados com a manipulação segura de alimentos, nomeadamente no que se refere à prevenção da contaminação por toxoplasmose, conforme se pode ler nos seguintes excertos:

“Sempre tive bem esclarecida, porque eu não sou imune e tive uma médica e ela explicou-me tudo em relação a isso e quando fui com a enfermeira M. [PPPP] realmente aquilo que ela me explicou era aquilo que eu já sabia, portanto em relação a isso sempre tive o máximo cuidado com a alimentação por não ser imune” (E6);

“Não sou imune [à toxoplasmose]. Percebi os cuidados logo ao início” (E7);

“Sou imune à toxoplasmose, por isso não tive de ter aqueles cuidados.” (E8);

“Tento evitar algumas coisas com as restrições de não ser imune à toxoplasmose” (E9);

“Não sou imune à toxoplasmose. Explicaram-me os cuidados em relação à toxoplasmose.” (E11);

“Eu não sou imune à toxoplasmose, portanto tive que ter alguns cuidados nesse sentido, mas de resto... disseram-me mais ou menos que eu tinha que ter cuidados” (E12).

Neste âmbito, a DGS (2015b) nomeia os cuidados que a mulher grávida deve ter para evitar a contaminação por alimentos, referindo a importância de “lavar muito bem os legumes com água corrente; lavar todos os frutos, mesmo se pretender descascá-los” (p. 18). Estes cuidados são descritos pelas participantes:

“Sei que a alface devia ser sempre muito bem lavada, os alimentos bem lavadinhos, (...) sei que estes cuidados tinham a ver com uma enzima qualquer da terra... por causa do... cocó dos gatos... não sou imune à toxoplasmose e tive de ter estes cuidados...” (E3);

A DGS (2015b) reforça também os cuidados a ter com a manipulação de excrementos de gato, nomeadamente o uso de luvas e a lavagem correta das mãos após manipulação. Estes cuidados foram tidos e descritos por E10:

“Tenho 15 gatos na rua, de minha casa e eu a partir do momento que soube que estava grávida, acabou! Aí segui tudo muito, muito à risca” (E10).

Schneider *et al.* (2017) referem que a toxoplasmose, transmitida pelo protozoário *toxoplasma gondii*, é uma infeção parasitária comum em humanos, considerada um grave problema de saúde pública. A infeção em grávidas pode levar a aborto espontâneo, alteração no crescimento intrauterino, prematuridade e comprometimento neurológico e oftálmico. Por este motivo salienta-se a importância do EEESMO ensinar sobre a prevenção da transmissão da toxoplasmose durante a assistência de saúde pré-natal e, se possível, no período pré-concepcional, de forma a que a mulher grávida tenha conhecimentos e competência para adequar a sua alimentação e a manipulação de alimentos de forma segura.

Também na subcategoria **mantendo um ambiente intrauterino adequado** surge, dos discursos das mulheres grávidas, a preocupação com a medicação. Neste âmbito, as grávidas referem que apenas tomaram medicamentos prescritos com receita médica, como se pode constatar no discurso de E12:

“Não tomei nada por iniciativa própria, só tomei mesmo os que citei no início: o ferro o ácido fólico, os prescritos pelo médico” (E12).

Exceção a esta regra é a toma de paracetamol como analgésico e antipirético que, conforme se pode ler nas seguintes descrições, as participantes sabiam que podiam tomar durante a gravidez:

“Fazia o ben-u-ron, podia fazer três vezes dia, mas eu optava sempre por fazer só uma vez dia e à noite para conseguir tolerar a noite, até que as dores começavam sempre mais ao final do dia, hum... depois passou, demorou foi muito tempo a passar, porque como não podia tomar mais medicação... tinha vontade de tomar anti-inflamatórios, de tomar coisas mais fortes, mas como não podia... pronto, demorou mais tempo a passar. Já sabia que não podia tomar mais nada.” (E4);

“Quando tive febre, eu estava a tomar o ben-ur-on, acabava de tomar, a febre disparava” (E10);

“Só tomei ben-ur-on, era a única coisa que podia tomar. Já sabia, no geral já sabia, não podemos tomar nada... temos que aguentar. Não tomei mais medicação nenhuma na gravidez, só no início era folicil, e depois passou para folifer, por causa do ferro, para reforçar.” (E7);

“Acho que nem se considera auto-medicação, acho que é bom senso. Foi, após fazer a antitetânica ou a anti-D, que eu acho que foi a antitetânica, nunca tinha tido reação, mas nessa noite, tive sempre subfebril e acordei e fiz, até na altura eu nem sabia que podia fazer 1gr, fiz 500 de paracetamol de 8 em 8h 3 vezes, porque sentia quando passava o efeito do paracetamol a temperatura voltava a subir, e tomei. Mas isso acho que qualquer pessoa com bom senso toma, não vai à urgência por um quadro de febre esporádico, ainda para mais quando fez uma vacina...” (E9).

Neste último excerto da entrevista de E9, está subjacente que os conhecimentos que a participante detém sobre como atuar em caso de febre, mesmo durante a gravidez, ultrapassam o saber sobre determinado assunto, ao demonstrar competências para resolver um problema e saber quando recorrer ou não recorrer a serviços de saúde. Pode-se, neste discurso, interpretar que a literacia em saúde materna que esta participante tem permitiu-lhe fazer um uso correto dos serviços de saúde.

De acordo com Oliveira e Silva (2017), a “automedicação durante a gestação atinge dois organismos simultaneamente. A resposta fetal, diante da medicação, é diferente da observada na mãe, podendo resultar em toxicidade fetal com lesões variadas e algumas até irreversíveis” (p. 22).

Em Nápoles, um estudo realizado com 503 mulheres grávidas constatou que o conhecimento do risco potencial de uso de medicamentos não prescritos durante a gravidez foi significativamente maior em mulheres empregadas que receberam informações médicas, tendo demonstrado conhecimentos sobre os possíveis danos relacionados com o uso de medicamentos. Concluiu-se que programas educacionais sobre o uso seguro de medicamentos são importantes para aumentar o conhecimento sobre os potenciais riscos para as grávidas e para o feto, a fim de reduzir a automedicação (Navaro, Vezzosi, Santagati, & Angelillo, 2018).

Sobre este último ponto, também Oliveira e Silva (2017) se referem à importância da educação em saúde e da divulgação de informação detalhada sobre os possíveis efeitos adversos da automedicação, salientando que os medicamentos sejam utilizados apenas quando necessários.

Ainda dentro da subcategoria **mantendo um ambiente intrauterino adequado** destaca-se o consumo de substâncias psicoativas. Segundo a definição da OMS (2006), as substâncias psicoativas dispõem de propriedades que têm o potencial de mudar os processos de consciência, humor e pensamento individuais. As substâncias psicoativas abordadas pelas participantes foram a cafeína, o álcool e o tabaco. Não foram referidas pelas mulheres grávidas participantes consumo de outras substâncias para além das nomeadas.

Relativamente ao consumo de cafeína, apenas E6 referiu que não bebe café nem bebia antes da gravidez: *“Não bebo café porque não gosto, não é por mais nada, só se for leite com café que é como eu gosto, tirando isso não bebo porque já não bebia antes”*.

Várias foram as participantes que reduziram o consumo, por indicação de profissionais de saúde, referindo na sua maioria o aconselhamento que obtiveram da parte de profissionais de saúde, conforme se pode ler nos seus relatos:

“Agora faço pra’í dois cafés, três por semana, no máximo. No início bebia mais, agora... depois mais para o fim deixei... sim, a médica disse «ah, se conseguir não beber, não beba, se não, um também não há stress»”. (E1);

“Ao início enjoiei o café, não podia com o cheiro do café (...) mas eu gosto muito de café... foi até aos cinco meses... agora de manhã só me apetece café... bebo sempre o meu leitinho com o café... da máquina, o nespresso. Depois eu perguntei à médica se fazia mal e ela disse «não, também é só um por dia» e nem é das máquinas de café mesmo, não é expresso... é só mesmo daqueles de máquina de casa, e ela disse que não fazia mal e continuo a beber.” (E3);

“Eu bebia chá verde, deixei de beber (...) no início até bebi, mas com o hábito também não, e como eu sei que tem alguma cafeína, apesar de eu perguntar à médica e ela disse «um ou dois cafés por dia tranquilo, mais do que isso não». E eu expliquei-lhe que não, que bebia chá, e ela «ok, então fazes como o café, uma chávena, duas chávenas no máximo».” (E5);

“O café, agora bebo um, mas antes de engravidar bebia três, pronto, tive de reduzir para um, ainda por cima porque eu tinha a tensão alta. Pronto, agora só bebo um por dia. Disseram para beber um, porque era preferível beber um do que não beber nenhum e eu ficar mais ansiosa.” (E11);

“Sim bebo, fugazmente, não com muita frequência. Quer dizer bebia todos os dias. No início da gravidez cortei, e depois agora mais para o fim tenho bebido um por dia.” (E12).

E9 e E10 deixaram mesmo de ingerir cafeína durante a gravidez:

“Bebia esporadicamente um café. Mas deixei de beber na gravidez...” (E9);

“Bebo, mas é cevada, porque eu enjoei o café, e o café que eu bebia era sempre da máquina, era raro ir ao café. Deixei de beber porque enjoei, bebo mais cevada.” (E10).

Conforme o que foi referido na fundamentação teórica deste estudo, a OMS (2016) recomenda que as mulheres grávidas que ingerem diariamente mais de 300 mg diminuam o consumo. A importância de reduzir ou abolir o consumo materno de cafeína durante a gravidez é justificada pelo facto de este causar problemas fetais, nomeadamente a redução do crescimento, o baixo peso ao nascer, o aborto espontâneo, malformações e outros (Matias & Rodrigues, 2017; Silva, et al., 2015). Neste âmbito, é interessante analisar o discurso de E8, uma vez que esta participante reconhece apenas como efeito secundário da cafeína o aumento da tensão arterial, não abordando no seu discurso qualquer sequela fetal:

“Por acaso a enfermeira até me falou sobre isso [cafeína], mas eu também sempre tive tensões super baixinhas, prontos, também achei que não seria por aí... deixei o da noite porque achei que, lá está, não tinha necessidade dele, consegui com o tempo ir deixando e acabei por deixar, mas foi por iniciativa própria, o da noite. Agora o da manhã e o da hora do almoço (...) eu cheguei a tomar café, almoçar, tomar café, tirar a tensão e estar baixinha, já grávida, por isso também achei que não seria mesmo por aí.”

Perante a descrição desta participante, evidencia-se a importância dos EEESMO, tanto durante o período pré-concepcional como durante a assistência em saúde pré-natal, não

só exporem as recomendações nacionais e internacionais sobre os hábitos de vida, nomeadamente no que se refere ao consumo de cafeína, como também desmistificar crenças que possam prejudicar o bem-estar materno-fetal ao esclarecer os motivos dessas mesmas recomendações, baseando-se em dados científicos.

Relativamente ao consumo de álcool, uma das participantes referiu consumir durante a gravidez.

“Antes já não era fumadora, mas gostava de beber, de vez em quando ainda bebo um copo mesmo grávida” (E1).

Relativamente ao contacto com bebidas alcoólicas, E3 referiu que:

“Bebia ocasionalmente, nas festas, mas não sou muito de álcool... e na gravidez apeteceu-me beber vinho tinto (...) só o cheiro... pensava «apetece-me tanto!», «ah, mas bebe só um bocadinho que não faz mal!» e eu: «não... embebedo já o garoto!» [Risos]. Foi um desejo um bocadinho estranho: vinho tinto, mas era só vinho tinto! Estava em casa às vezes a jantar e dizia assim: sabia agora aqui bem um copinho de vinho tinto... agora já me passou.”

Um estudo realizado no norte de Portugal em 2016 que teve como objetivo conhecer o consumo de álcool e a sua relação com as atitudes sobre a gravidez e a maternidade numa amostra de 134 mulheres grávidas revelou que 15,7% da amostra consumiu álcool durante a gravidez (Magalhães A. F., 2016).

Tanto a OMS (2016) a nível internacional, como a DGS (2015a) a nível nacional, referem que o consumo de álcool durante a gravidez tem repercussões negativas a nível materno, fetal e no recém-nascido. A sua gravidade está dependente da IG em que o consumo ocorre, sendo certo que as consequências da exposição ao álcool durante a gravidez manifestam-se a nível fetal e ao longo de toda a vida. Coutinho, *et al.* (2017) expõe a seguinte preocupação: “a ingestão de álcool durante a gestação deve levar-nos a questionar o sistema de saúde e a qualidade dos cuidados pré-natais oferecidos” (p. 193).

Relativamente ao consumo de tabaco, a única mulher grávida que referiu fumar durante a gravidez foi E8:

“Reduzi para mais de metade, mas não consegui deixar na totalidade, isso é que foi a minha única... o meu único tendão de Aquiles, a gravidez não é uma etapa fácil para isso. Supostamente eu já andava a tentar deixar antes de engravidar, mas depois lá está, com aqueles stresses todos anteriores e não sei quê, depois não consegui, depois comecei a reduzir quando engravidei, mas depois também

tive ali uns processos menos fáceis na altura da abertura do salão, porque isto coincidiu tudo com a abertura do salão, eu tenho um salão de cabeleireira e então coincidiu tudo também, aquele stress todo, aquela coisa toda, então esquece deixar de fumar, com o tempo achei que ia reduzir, mas não consegui chegar a vias de facto. Tomo 5 – 6 cigarros. Há alguns dias que vou aos 10, mas tenho que estar muito stressada para lá chegar. É por aí, 5-6, à volta disso”.

O estudo de Coutinho, *et al.* (2018), realizado com uma amostra de 3232 mulheres que foram mães, teve como objetivo identificar os determinantes do consumo de tabaco e vigilância da gravidez e concluiu que a assistência em saúde pré-natal adequada assegura a identificação atempada de fatores de risco, nomeadamente o consumo de tabaco, o que permite a sensibilização atempada da mulher e do casal para uma gravidez sem tabaco e para a prevenção de complicações.

Não está claro se a literacia em saúde da mulher afeta as suas práticas de tabagismo durante a gravidez, sendo que níveis elevados de literacia em saúde estão associados a maior conhecimento e preocupação com o tabagismo e com os seus efeitos sobre a gravidez (Kilfoyle *et al.*, 2016).

Em suma, para manter um ambiente intra-uterino adequado, foi possível identificar diversas medidas que as participantes realizaram. Procuram medidas preventivas de contaminação por toxoplasmose, nomeadamente na preparação de alimentos de acordo com as indicações nacionais e no cuidado com animais. Tomam medicação apenas prescrita pelo médico (exceção-se a toma de paracetamol em doses adequadas). Relativamente ao uso de substância psicoactivas, referem uma diminuição ou suspensão do consumo de cafeína, recomendada por profissionais de saúde; uma participante refere que ingeriu álcool ocasionalmente durante a gravidez e uma participante refere ter diminuído o consumo de tabaco durante a gravidez.

Para manter um ambiente intrauterino adequado as mulheres grávidas referem que os profissionais de saúde informaram sobre a prevenção de contaminação por toxoplasmose durante as consultas de assistência em saúde pré-natal e que essa informação foi reforçada na PPPP. Referem que já possuíam conhecimentos sobre a restrição de toma de medicação não prescrita, excetuando-se o uso de paracetamol. Referem que lhes foi transmitida informação tanto nas consultas de assistência em saúde pré-natal como nas sessões de PPPP relativa ao consumo substancias psicoactivas, nomeadamente cafeina (aconselhamento transmitido por médico e por enfermeiro) e redução de consumo de tabaco (aconselhamento transmitido por médico).

Finalizando a categoria “**Aderindo a hábitos de vida adequados à gravidez**”, recorda-se que a gravidez é um momento do ciclo de vida da mulher que pode ser conceptualizado como uma possibilidade de mudança de hábitos e comportamentos que se irão prolongar ao longo do ciclo de vida, tanto da mulher como da criança e do agregado familiar (DGS, 2015a).

De salientar que, conforme indica Gardiner, *et al.* e Williamson, como referido por Cruz (2014), a maioria dos órgãos forma-se entre as 3-7 semanas depois da última menstruação, podendo ser fatais quaisquer efeitos teratogénicos ocorridos neste período. Destaca-se, assim, a importância de que toda a mulher em idade fértil que planeie engravidar adquira e/ou corrija determinados hábitos de vida, nos quais se inclui o aumento do consumo de alimentos ricos em ácido fólico e ferro, a moderação no consumo de cafeína, evitar ingerir bebidas alcoólicas, deixar de fumar e praticar atividade física regularmente.

O ensaio clínico controlado randomizado realizado por Gharachourlo *et al.*, (2018) procurou investigar o efeito do aconselhamento sobre o estilo de vida baseado numa abordagem de literacia em saúde numa amostra de mulheres grávidas. Concluiu que intervenções de educação para a saúde por EEESMO podem ajudar significativamente a modificar as escolhas do estilo de vida pouco saudável das mulheres grávidas e aumentar a sua literacia em saúde. A promoção da literacia em saúde na mulher grávida poderá, assim, reduzir as consequências maternas e neonatais relacionada com os hábitos de vida.

Os hábitos de vida que as participantes referiram ter alterado ou melhorado demonstram que as mulheres grávidas adquiriram conhecimentos e encontraram estratégias durante o período pré-concepcional (nove das doze participantes recorreram a cuidados de saúde pré-concepcionais) e o período pré-natal que lhes permitiram selecionar e adotar estilos e hábitos de vida equilibrados. Esta capacidade está descrita por Kohan, Ghasemi e Dodangeh como referido por Ferreira (2013) como literacia em saúde materna.

6.2.2 - Categoria: “Procurando cuidados de saúde sexual e reprodutiva”

As participantes reconhecem a importância de cuidados pré-concepcionais e demonstraram estratégias de forma a aderir a uma saúde sexual e reprodutiva adequada, pelo que foi identificada a categoria “**Procurando cuidados de saúde**

sexual e reprodutiva". A categoria pode ser esquematizada conforme se representa na figura 2.

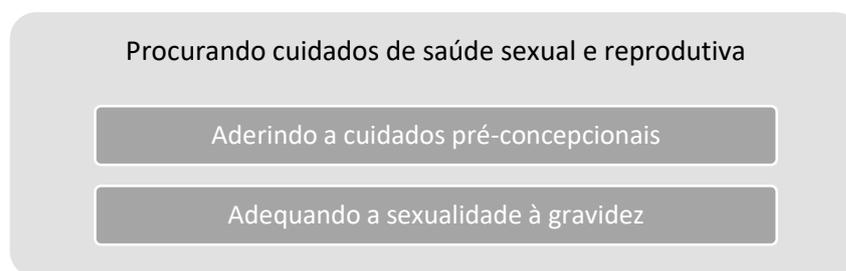


Figura 2 - Categoria: Procurando cuidados de saúde sexual e reprodutiva

A literacia em saúde materna ao nível da saúde reprodutiva é vital para a mulher grávida pois, conforme refere Khorasani et al. (2018), o seu estado de saúde e o seu nível de conhecimento sobre saúde durante o período pré-concepcional e na gravidez afetam diretamente a sua gravidez e a saúde do seu filho. Inserida na categoria "**Procurando cuidados de saúde sexual e reprodutiva**", surgiu a subcategoria **aderindo a cuidados pré-concepcionais** na qual é possível identificar os conhecimentos que estas possuem sobre cuidados pré-concepcionais, o que motivou a adesão aos mesmos e que estratégias utilizaram para promover uma gravidez saudável no período pré-concepcional, conforme se pode identificar nos seguintes discursos:

"Fiz o processo antes de engravidar, do deixar de tomar a pílula, limpar o organismo da pílula e não sei quê, na ginecologista onde eu andava... cheguei lá em janeiro e disse: «quero engravidar, como é que eu faço?» Porque eu tomava a pilula. E ela pronto dizem-me: «são três meses», o ideal era 6 que ela me disse na altura, «três meses sem tomares a pilula» foi assim uma coisa, já nem me lembro muito bem, fiz esse processo todo. Fiz análises, fez ele, o processo normal." (E3);

"Fiz o ácido fólico e o iodo. Foi naquela: vou deixar de tomar a pílula, fui ao médico, tudo bem, agora quando tiver de ser." (E4);

"Um ano antes, foi mais ou menos um ano antes, fui à consulta anual de rotina de ginecologia e por acaso a Dra. falou, eu nem falei no assunto, ela é que questionou: «quando quiseres, olha...», «para já sem planos...» ela até me aconselhou: «um bocadinho antes, se quiseres, começas a tomar ácido fólico», mas nem estava nos planos, e depois quando se proporcionou foi uma coisa muito rápida...e então comecei logo a tomar, quando soube que estava grávida... porque a decisão foi: «olha, vamos deixar de pensar e é quando for» e foi logo... e então pronto, comecei

assim que soube. (...) Eu mal suspeitei que estava grávida que foi quase logo liguei logo para marcar, e disseram: não, esperas mais um bocadinho” (E5).

De acordo com a DGS (2015a), os cuidados pré-concepcionais constituem um processo integrado e contínuo de cuidados antecipatórios relacionados com a saúde reprodutiva. A consulta pré-concepcional deverá transmitir informação sobre a importância das primeiras semanas de gravidez e capacitar a mulher e o casal para fazer escolhas esclarecidas sobre o seu futuro reprodutivo.

Um dos objetivos dos cuidados pré-concepcionais é “contribuir para o sucesso da gravidez através da identificação precoce de fatores de risco modificáveis e promoção da sua correção” (DGS, 2015a, p. 25). O cumprimento deste objetivo foi claro nos discursos de E2 e E6:

“Prontos, não engravidei até me chamarem para uma consulta pré-concepcional, onde me realizaram a mim e ao meu marido, em conjunto, análises de sangue. Passados seis meses veio então que eu tinha a proteína S, que era então a trombofilia; o meu homem não tinha nada, era só da minha parte. (...) falei com ele [o médico], e ele disse «tudo bem, pode começar». Passado um mês já estava outra vez grávida, esperei um mês até vir o período e depois engravidei” (E2);

“Fui ao médico, fiz as análises só que tinha um quisto do lado esquerdo e o quisto não saía nem por nada e então fiz aquela cirurgia em que me tiveram de raspar, tirar o quisto, nem esvaziado ele conseguia porque enchia ou apareceu outro. Fiz aquela cirurgia que é dos três pontinhos, fiz em Coimbra, fiquei de repouso, correu tudo muito bem, a operação correu lindamente, o quisto não era maligno, era benigno, era só um quisto superficial, disseram-me que não havia preocupações, fiz o repouso de duas semanas e depois tive relações com o marido normal e pronto, engravidamos. Eu fiz a cirurgia em janeiro do ano passado, depois tive alta, tive aquele mês e meio, mais ou menos, de resguardo e fiquei grávida em agosto” (E6).

Nove das doze participantes deste estudo referem ter realizado consulta pré-concepcional. Apesar de apenas duas das participantes referirem especificamente a toma de ácido fólico como cuidado pré-concepcional (E4 e E8) e uma participante referi-lo como cuidado realizado assim que soube que estava grávida (E5), depreende-se que, ao afirmarem ter tido consulta pré-concepcional, tiveram orientações no sentido prevenir os defeitos do tubo neural pela toma de ácido fólico. Também neste âmbito, os resultados do Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, num estudo transversal com uma amostra de 446 mulheres grávidas em 2017, apontam para uma

adesão à toma de ácido fólico 90,5% no primeiro trimestre, e destas 45,2% iniciou a toma antes de engravidar (Braz, Machado, Rodrigues, & Simões, 2017).

Em Espanha, um estudo realizado com uma amostra de 235 grávidas com o objetivo de determinar se as gestantes conhecem a consulta pré-concepcional e determinar a prevalência de mulheres que solicitaram cuidados pré-concepcionais durante o ano anterior à gravidez concluiu-se que 50,2% das participantes conheciam a possibilidade de solicitar assistência pré-concepcional e apenas 38,7% das mulheres o fez. Este estudo revela assim uma procura por cuidados pré-concepcionais inferiores à registada na presente investigação. Saliencia-se também que, na presente investigação, todas as grávidas se referiram a consulta pré-concepcional com o médico e, no estudo acima referido, os profissionais que mais procuraram foi a *matrona* (41,5%) e depois ginecologista (34,74%) (Rebollo-Garriga, Martínez-Juan, Puig, Nieto-Tirado, & Rodríguez, 2018).

Destaca-se, citando Rebollo-Garriga et al. (2018) a importância de os EEESMO terem um papel ativo aquando o contacto com mulheres em idade fértil de forma a explorar o seu desejo gestacional com o objetivo de melhorar os seus conhecimentos sobre fatores de risco relacionado à gravidez, medidas preventivas e modificação de hábitos de vida antes e durante a gravidez, de modo a melhorar os resultados perinatais. De salientar que cuidar da “mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar e durante o período pré-concepcional” é uma competência do EEESMO, de acordo com Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 2).

Em suma, as mulheres grávidas participantes na presente investigação revelam conhecer e atribuir importância aos cuidados pré-concepcionais. Nove das doze participantes aderiram aos cuidados pré-concepcionais, no qual receberam aconselhamento sobre a toma de ácido fólico e iodo no período pré-concepcional, o casal realizou análises clínicas para despiste de fatores de risco, quando identificados, foram corrigidos esses fatores de risco e receberam aconselhamento sobre a suspensão do método contraceutivo. As participantes que não receberam cuidados pré-concepcionais referem como motivo tratar-se de uma gravidez não planeada, mas desejada.

Inserida na categoria “**Procurando cuidados de saúde sexual e reprodutiva**”, identificou-se a procura de conhecimentos relativos à sexualidade durante a gravidez, pelo que surgiu a subcategoria **adequando a sexualidade à gravidez**.

A abordagem dos profissionais de saúde à sexualidade durante a gravidez é recomendada pela DGS (2015a), contudo, nas entrevistas é notório que a informação facultada pelos profissionais de saúde não é suficiente para enfrentar as inseguranças que existem no casal, nomeadamente o medo de prejudicar o bem-estar fetal:

“Ah, não, não temos... para já [o médico] disse para não tentarmos, por causa das hemorragias, mesmo a partir do dia 1 de abril, disse «ah, se quiser pode porque é normal, já há muito que não...» mas nem eu nem o meu marido sentimos... só com o medo de magoar! nunca perguntamos, ele diz que isso é uma estupidez, que não magoa nada, ... e nós metemos na cabeça, aliás, nem há vontade, nem da minha parte nem da parte dele sentimos desejo de... não, porque para já eu tenho que estar sempre de lado, desculpe o termo [risos] não dá muito jeito, não é?, por mais que a gente às vezes: «oh 'mor, olha isto está a ferver» mas não pode ser, quer dizer, não conseguimos, temos muito medo de tudo e de mais alguma coisa.” (E2)

“Fazer o amor, mas o meu marido está com medo, ele, é para esquecer [risos] é para esquecer que ele fica com medo que aconteça alguma coisa [risos]...” (E6)

O medo referido por estas participantes é comum aos resultados obtidos no estudo de Serra (2014), que conclui que o medo expresso durante o período gravídico, principalmente pelos homens, afeta a vivência da sexualidade. O seguinte excerto do discurso de E8 expressa bem o que Serra (2014) afirma relativamente à comunicação entre o casal e a complexa abordagem do tema:

“Mais, o meu marido, fazia-lhe mais confusão propriamente, mas pronto, depois com o tempo e falarmos do assunto e tudo mais, começou a passar, depois pronto, fomos proibidos, ok, espetacular! [risos]. Nesse ponto a médica foi 5 estrelas, disse-nos que estávamos à vontade para ter relações, que não havia problema nenhum, que não fazia mal nenhum ao bebé, que não chegava a tocar, pronto, aquelas coisas, também por isso ele depois começou a ficar mais à vontade, houve aquela explicação.” (E8).

Neste último discurso é visível o que a DGS (2015a) recomenda quando afirma que:

as grávidas e seus parceiros devem ter uma compreensão básica da sexualidade e do impacto da gravidez na mesma. Os profissionais de saúde devem informar sobre: as mudanças físicas e psicológicas durante a gravidez e como estas podem

influenciar as respostas sexuais físicas e emocionais; as diferentes formas de dar prazer e a importância da comunicação (p. 57).

Um estudo realizado na Islândia com o objetivo de descobrir como as mulheres vivenciaram a sua sexualidade durante a gravidez e após o parto concluiu que durante este período chave de transição, as mulheres sentiam-se diferentes como seres sexuais, tinham grande necessidade de intimidade emocional e física e precisavam compartilhar seus pensamentos, estar perto do parceiro e de ser valorizadas (Bender, Sveinsdóttir, & Fridfinnsdóttir, 2018). Dentro desta perspectiva, algumas participantes da presente investigação encararam com naturalidade a sexualidade durante a gravidez:

“Tranquilo, sem alterações” (E4);

“Sim, disseram «ah, podem ter relações sexuais à vontade, o ter não faz mal ao bebé» foi a única coisa que nos disseram” (E10);

“Falaram que já poderia, agora. Tendo em conta que já passei... antes não porque, como eu estava com algumas contrações e tinha que ter isso sobre controlo, pronto...” (E12).

Nos discursos das participantes, salienta-se que o EEESMO, durante sessões de PPPP, abordou esta questão:

“Não me falaram sobre isso. Só a enfermeira M. é que disse, pelo menos nas últimas semanas, que ajuda, depois no trabalho de parto, depois que ajuda.” (E7);

“Tudo normal, até agora. Na preparação para o parto falou-se na sexualidade e falou-se na estimulação mamária, o risco de induzir o parto precocemente... não é induzir, é estimular as contrações, falou-se disso... tínhamos também folhetos com posições alternativas.” (E9);

“A enfermeira M. depois tinha falado que podíamos fazer, mas, entretanto, eu soube que eu não podia fazer especificamente, mas pronto” (E8).

De facto, segundo o parecer 04/2016 da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (2016), o EEESMO deve abordar a temática “Sexualidade na gravidez e puerpério” durante as sessões de PPPP (2016, p.2). Neste sentido, o estudo de Bender et al. (2018) conclui que profissionais de saúde, especialmente enfermeiros ESMO e enfermeiros, podem contribuir para o equilíbrio no relacionamento através da prestação de informações baseadas em evidências sobre as mudanças normais no comportamento sexual durante a gravidez, discutindo questões de intimidade. O parceiro pode precisar dessa informação tanto quanto a mulher.

Em suma, a investigação permite perceber que, durante a gravidez, o casal enfrenta medos relativos à sexualidade e à sua influência no bem-estar materno-fetal, havendo, contudo, participantes que se referem à sexualidade com naturalidade. A sexualidade na gravidez foi, segundo as participantes, um tema abordado nas consultas de assistência em saúde pré-natal e na PPPP.

6.2.3 - Categoria: “Atribuindo importância à assistência em saúde pré-natal”

Foi consensual em todas as participantes o reconhecimento da importância da assistência em saúde pré-natal demonstrado pela procura por cuidados de saúde durante este período. Identificou-se a categoria “**Atribuindo importância à assistência em saúde pré-natal**” representando a tomada de decisão das mulheres grávidas relativamente aos cuidados de assistência em saúde pré-natal. A categoria é esquematizada na figura 3.

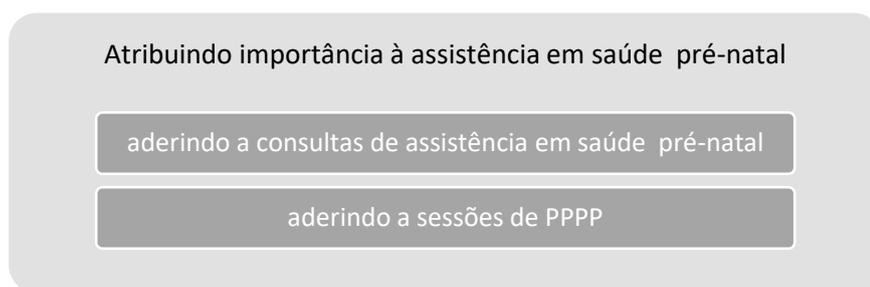


Figura 3 - Categoria: Atribuindo importância à assistência em saúde pré-natal

Inseridos na subcategoria **aderindo a consultas de assistência em saúde pré-natal**, é possível conhecer o processo relativo à adesão das participantes a consultas de assistência em saúde pré-natal:

“Eu mal suspeitei que estava grávida que foi quase logo liguei logo para marcar, e disseram «não, esperas mais um bocadinho pronto», e depois foi uma por mês. Sim, uma mensal... já fiz 7, acho que fiz 7... para a semana vou iniciar registos, sim, acho que não foi 8.” (E5);

“Tive umas oito consultas (...) na obstetra. E eu ia à médica de família também mais ou menos quando ia à obstetra por isso oito, oito num sítio e oito noutra (...). Tive também consultas de enfermagem no Centro de Saúde. No hospital, agora nas últimas consultas, tive enfermeira que fez registos e médica” (E1).

Os cuidados de enfermagem nas consultas de assistência em saúde pré-natal foram descritos por procedimentos concretos:

“O que eu fazia na enfermeira era fazer o teste da urina, pesar, tirar a tensão, e mais nada... acho que mais nada” (E3);

“As consultas eram todos os meses (...) la sempre à enfermeira primeiro, ver a tensão e depois com a médica. [A enfermeira é EEESMO?] Não sei.” (E7);

“na enfermagem faziam uma análise à urina, pesar, media a tensão, não fazem mais nada” (E11).

E2 valoriza os ensinamentos realizados pelo enfermeiro inseridos nas consultas de assistência em saúde pré-natal:

“Nas consultas passava sempre pelo enfermeiro e também me falaram de amamentação. Entregaram-me um papelinho” (E2).

A seleção do local e do profissional que realizou a assistência em saúde pré-natal foi ponderada por diversos fatores descritos pelas participantes. A tomada de decisão pelo seguimento apenas nos CSP foi descrita da seguinte forma:

“Correu sempre tudo bem no centro de saúde, não achei que houvesse necessidade de ir ao privado. Acho que a informação que me deram no público chegou.” (E7);

“Inicialmente eu andava numa ginecologista cá em Leiria, mas eu não gostava muito do método (...) fui à médica de família e expliquei-lhe esta situação e ela até me disse «então, mas se quiseres nós acompanhamos-te aqui na saúde materna». Experimentei, vi que era a mesma coisa de um lado e doutro, e então continuei depois no centro de saúde a partir dos dois, três meses” (E3).

A escolha de realizar a assistência em saúde pré-natal no sector privado (médico obstetra privado) e no público a nível de CSP em simultâneo deveu-se a:

“Uma questão de segurança, para saber se estava tudo bem... é mais uma opinião” (E1); “sempre estou mais descansada, mais tranquila que fui ao obstetra... pronto, senti que fiz tudo... se tiver que correr bem corre, ótimo, se tiver de correr mal... fiz tudo para que corresse bem” (E6);

“Para termos um acompanhamento um bocadinho mais próximo” (E12);

“Senti sempre necessidade de ser seguida por uma enfermeira do centro de saúde, porque reconheço a importância do trabalho da enfermagem a nível de

centro de saúde (...) continuo a gostar do público, só vou a consultas no particular porque é muito mais rápido” (E4);

“Mais pela minha consciência... porque realmente no centro de saúde tive um bom acompanhamento... não achei muito diferente o que era feito numa consulta e outra... aliás, achei que a minha obstetra era um bocadinho mais redutora” (E9).

A escolha por ser seguido a nível de CSP e, simultaneamente, por médico obstetra privado é resumido por E8 como uma complementaridade

“Foi diferente, por ser particular, tinha tudo explicado, aqueles cuidados do particular; o público, não posso queixar, ao mesmo tempo, porque mesmo a nível do cinto [de segurança] e dessas coisas, foi tudo no público, e foi lá que me mandaram para as aulas de preparação para o parto, (...) foi talvez uma complementaridade um com o outro. (...) no centro de saúde ia sempre à enfermeira e à médica. No particular só com a médica”.

Uma participante demonstra estar mais satisfeita com os cuidados que recebeu a nível de cuidados primários do que o que tinha esperado:

“Pensei que o centro de saúde não fosse tão... ou seja que não houvesse uma frequência tão grande na ida ao centro de saúde, e daí optarmos pelo particular, achar que tivéssemos assim uma proximidade maior, mas todos os meses íamos tanto ao centro de saúde como ao particular (...) eu senti-me bem guiada e bem seguida pelos profissionais aqui” (E12).

Contudo, duas participantes acrescentam críticas:

“Centro de saúde para a primeira gravidez, para a primeira viagem, [pausa] gostei..., mas se houver uma segunda gravidez vou para um médico particular... porque um médico particular que eu consiga que ele me veja o bebé sempre, de cada vez que vou lá... ter outro acompanhamento, acho que é diferente.” (E3);

A frequência da realização de ecografias no setor privado ao longo da gravidez é um fator que pesa na tomada de decisão relativa ao local onde vigiar a gravidez, como se pode ler nos seguintes discursos:

“A curiosidade talvez daquela ecografia que se vê sempre, cada vez que eu vou lá todos os meses eu consigo ver o bebé, ouvir o coração, no centro de saúde não, ouve-se o coração e nada mais” (E12);

“Era aquela ansiedade, e como a consulta, a médica tem o ecógrafo e íamos sempre fazendo a ecografia, víamos como é que ele estava, era sempre um descanso diferente” (E8).

No caso da gravidez de risco de E2 a utente refere a sua opção de ser seguida na maternidade:

“Optamos por nesta gravidez não ser seguido no privado, ser só no publico, ser uma coisa normal...e senti confiança no Dr. B. (...) fui à própria maternidade marcar a consulta porque eram sempre gravidezes de risco e eu não podia deslocar-me muito para o centro de saúde... entre centro de saúde, particular, maternidade... fui logo à maternidade, marcar a consulta para a trombofilia” (E2).

Em suma, as participantes desta investigação procuraram aderir à assistência em saúde pré-natal assim que souberam que estavam grávidas. A tomada de decisão pelo local de vigilância da gravidez divergiu entre CSP, CSP e médico obstetra, médico obstetra, e maternidade. As participantes que optaram por ser vigiadas apenas do CSP consideraram que a informação que lhes foi transmitida pelos profissionais de saúde era suficiente. As participantes que optaram por vigiar a gravidez nos CSP e obstetra particular apontaram como motivos a garantia de segurança, o querer fazer tudo para que se assegure o bem-estar materno-fetal, o facto de o obstetra particular ser mais rápido, e concluíram que os cuidados que receberam no sector público e privado se complementaram, acrescentando que o que era realizado nos CSP se assemelhava ao privado. É ainda referido que os cuidados prestados nos CSP para uma primeira gravidez são suficientes, no entanto mantem-se a preferência por vigiar a gravidez no sector privado devido, principalmente, à possibilidade de realizar ecografias com mais frequência do que nos CSP.

Todas as participantes desejaram frequentar sessões de PPPP, sendo que E2 não frequentou devido à situação de gravidez de risco. Inserida na categoria **“Atribuindo importância à assistência em saúde pré-natal”** emerge, assim, a subcategoria **aderindo a sessões de PPPP**.

A escolha pelo local onde cada participante frequentou sessões de PPPP deveu-se à facilidade de horário:

“As aulas de preparação podia ter feito no hospital, só que como são à tarde, ou seja, o pai não podia ir – o meu marido. E então optei por privado, (...) podia ser ao fim do dia e era mais fácil para ele” (E1);

e à proximidade:

“Decidi frequentar as aulas de preparação para o parto aqui em Fátima porque era mais perto... não me apetecia ir para Leiria” (E5);

“Ainda pensei ir para o privado aqui, mas devido a ter que me deslocar, gasóleo e despesas não achei bom senso fazer isso quando tinha ali em Alcobaça gratuitamente” (E9).

A PPPP revelou-se importante para melhorar o conhecimento das mulheres grávidas e capacitá-las para saber cuidar de si enquanto grávidas:

“A história de começarmos a contar precocemente os 10 movimentos antes das 35 semanas foi na preparação para o parto que aprendi” (E9);

reconhecerem os sinais de alerta e saber como atuar:

“por exemplo o rolhão, se saísse antes das 35 se devia ir ao hospital se não, pronto...” (E3);

“é muito importante nós conhecermos e percebemos o que se está a passar, até a nível de contrações e a barriga ficar rija e eu perceber, depois temos as contrações de braxton-hicks que nos vai ajudando o corpo a adaptar-se e isso também é importante sabermos, em vez de irmos a correr para o hospital. Eu acho que essas informações são muito importantes” (E10);

Conhecer como se desenrola e o que acontece durante o trabalho de parto e parto:

“Da episiotomia falaram na PPPP... se eu pudesse escolher dizia logo que não...” (E3);

“Massagem perineal, sim, também falaram, quando falaram desse creme falaram da massagem. Tenho feito, sim...” (E12);

“Falamos na preparação, tanto no posto médico como o obstetra nunca me disseram nada (...) agora na preparação sim, tiramos as dúvidas, ficamos... eu fiquei esclarecida. Falaram de amamentar na primeira hora, mal o tirem, limpar, e

fazer a higiene dele, depois colocarem-nos logo ao peito para terem contacto connosco, na primeira hora” (E6);

E desenvolver competências de cuidado ao RN:

“O banho, certas maneiras de agarrar o garoto, a amamentação, a massagem do peito, as cólicas, certas coisas que nós sabíamos por alto, ouvimos falar dos outros, mas, para tratar do nosso, nós tivemos que adquirir essas práticas. E eu falo por mim, eu não sabia, não tinha crianças na família, e realmente foi uma mais valia em tudo” (E6);

“Falamos na PPPP sobre o ovo, a norma que agora saiu a nova norma do I-size...” (E7);

“Na preparação, a nível do banho... pronto, e a temperatura da água... como é que se lava, disseram-nos que há várias técnicas” (E10);

A PPPP foi o local de eleição das participantes para esclarecer dúvidas:

“Alguma duvidazinha eu falava na PPPP” (E5);

“Eu gostei muito da enfermeira S. porque ela tirava as nossas dúvidas, gostei muito da sua maneira dela de ser e de tirar as dúvidas e de tudo e nós quando tínhamos alguma dúvida era sempre a ela que recorriamos” (E3);

“Senti maior acompanhamento principalmente quando comecei a aula de PPPP, porque era uma enfermeira que estava connosco semanalmente e há dúvidas que nos vão surgindo com bastante frequência e o facto de estar ali num grupo só de grávidas, mães, acabava por colmatar algumas dúvidas que a gente tinha” (E12).

A PPPP constitui uma importante fonte de educação pré-natal, permitindo dotar a mulher grávida e o casal de conhecimentos e de capacidades que lhes permitem tomar as decisões adequadas à promoção da saúde, tornando-os mais conscientes e autónomos. Está constituído um campo de ação privilegiado para os EEESMO oferecerem informação, apoiarem e facilitarem o nascimento e intensificarem a capacidade do casal no desempenho do papel de pais (Sousa, 2015).

Em suma, as participantes selecionaram o local de PPPP tendo em conta a proximidade e a facilidade de horário. Referem que a PPPP é importante para a mulher saber cuidar

de si enquanto grávida, reconhecer sinais de alerta e saber como atuar, conhecer a dinâmica do trabalho de parto e parto e desenvolver competências de cuidado ao RN, constituindo um local de esclarecimento de dúvidas.

A PPPP é, no discurso das participantes, valorizada pela sua ação formativa, pela possibilidade de esclarecimento de dúvidas em grupo, pela frequência com que as participantes contactam com um profissional de saúde e pela abertura que lhes é transmitida. A importância que as mulheres grávidas atribuem à PPPP reflete a valorização da EEESMO como profissional de saúde promotor de uma gravidez saudável e positiva.

A assistência em saúde pré-natal que as participantes tiveram ao longo da gravidez, tanto a nível de consultas de assistência em saúde pré-natal como sessões de PPPP constituíram fontes de informação importantes para promover o conhecimento e as habilidades da mulher grávida relativamente à gravidez, trabalho de parto, parto e no cuidado ao RN. As consultas de assistência em saúde pré-natal e as sessões de PPPP surgem, nos discursos das participantes, como meios que se complementam na aquisição de conhecimentos e de estratégias para, enquanto mulheres grávidas, tomarem decisões promotoras de uma gravidez saudável.

6.2.4 - Categoria: “Vivenciando sintomas fisiológicos comuns da gravidez”

De acordo com Silva, Brito, Carvalho e Lopes (2016), durante a gravidez, a mulher experiencia diversas mudanças corporais e emocionais. No que diz respeito a alterações físicas e fisiológicas, estas ocorrem de modo a manter-se a estabilidade da díade mãe-filho, bem como a vitalidade fetal. Surgem desconfortos próprios da grávida relacionados com as modificações estruturais e/ou funcionais do organismo materno. No discurso das participantes foi possível identificar diversos sintomas fisiológicos comuns da gravidez, tópico sensível a intervenções de profissionais de saúde, conforme referido pela OMS (2016). Identificou-se assim, a categoria **“Vivenciando sintomas fisiológicos comuns da gravidez”**, esquematizada na figura 4. A designação dos sintomas fisiológicos comuns da gravidez é apresentada de acordo com a terminologia apresentada por OMS (2016).

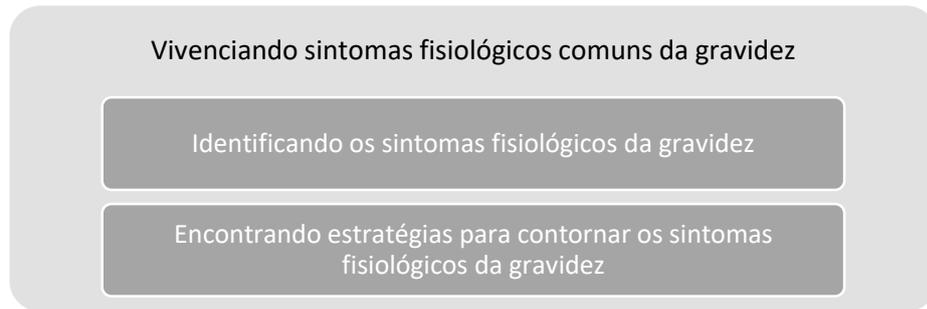


Figura 4 - Categoria: Vivenciando sintomas fisiológicos comuns da gravidez

Identificando os sintomas fisiológicos da gravidez foi uma subcategoria identificada dentro da categoria “**Vivenciando sintomas fisiológicos comuns da gravidez**”. Os sintomas fisiológicos comuns da gravidez referidos pelas participantes foram azia, náuseas, dores lombares e pélvicas, veias varicosas e edema, câibras nas pernas, obstipação, cansaço e alterações do padrão de sono, conforme se descreve de seguida.

Dentro da mesma categoria, surgiu a subcategoria **encontrando estratégias para contornar os sintomas fisiológicos da gravidez**, estratégias estas que são expostas seguidamente nos discursos das participantes.

Dez das doze participantes, referiram a azia como desconforto ao longo da gravidez, como se pode ver nos excertos seguintes:

“De desconfortos só tive azia e... mais nada. Primeiro tentava com as dicas que iam dizendo das amêndoas e depois a médica disse-me que não havia problema de tomar umas pastilhas de kompensan.” (E1);

“Por exemplo eu tive muita azia desde o início e ele [o médico obstetra] receitou-me um leite de magnésio muito bom, não me disse mais estratégia nenhuma. Mandou-me só tomar o leite de magnésio, e ajudou-me muito, sou-lhe franca, se não fosse aquilo, meu Deus do Céu! Era horrível... depois quanta mais azia eu tinha, e podia não ter fome, mas eu ia comer... pão! Que era a coisa que não devia, mas que ia comer, pão seco. Desde que ele me receitou aquilo já não tinha tanta tendência para me levantar de noite para ir comer” (E2);

“Não tive vômitos, só azia, sempre. Falei com a médica na altura, depois ela até receitou umas saquetas para tomar, e tento ter cuidado às vezes com a alimentação porque coisas com ou mais molhos ou mais guisados ou mais assim... é pior, então alguns cuidados, mas azia foi o que tive mais. Não me costumo deitar logo após a refeição, faço uma pausazinha depois, bebo leite ou assim...” (E7);

“Azia, eu também já era uma pessoa com tendência... tenho de ter muito cuidado alimentar. Agora por exemplo não tenho tanto como tive no 2.º trimestre.” (E9).

Conforme refere Body e Christie como referido por Carvalho (2016), o refluxo gastroesofágico, é muito comum na gravidez, ocorrendo entre o final do primeiro e o início do segundo trimestre, e pode prevalecer até ao final da gravidez, com possibilidade de piorar progressivamente. À semelhança do que se lê nos excertos das entrevistas supratranscritas, a autora refere que os sintomas do refluxo gastroesofágico são desconfortáveis e angustiantes, apesar das complicações graves serem raras. Este desconforto deve-se a fatores hormonais e mecânicos, nomeadamente pelo relaxamento do tecido muscular do esfíncter esofágico, devido aos elevados níveis de estrogénios e progesterona durante a gravidez (Carvalho, 2016).

As náuseas, particularmente no primeiro trimestre da gravidez, foram também verbalizadas por três das participantes:

“Primeiro trimestre os enjoos” (E11);

“Tinha muita fome... paciência... tinha muito enjoos” (E2);

“E mesmo no início eu tinha muitos enjoos... Houve um dia que tive de faltar ao trabalho e inventei que era por causa da anemia, mas não era nada (...) Tive vómitos e enjoos e tomei o nausefe... a médica só me receitou o nausefe, aliviou... eu tinha vómitos, mas nunca vomitava, era náuseas, não vómitos. Nunca vomitei durante a gravidez toda. E a médica receitou o nausefe, lá conseguia comer qualquer coisa, e pronto... Disse-me «antes de levantar coma bolachas», mas eu não conseguia comer nada! «ah, tenha lá sempre um pacotinho de bolachas sempre ao pé» ...não valia a pena!” (E3).

Oliveira, Timattana, Jung e Benedett (2015), que estudaram o conhecimento sobre os cuidados no período gravídico considerando os mitos e crenças em 45 mulheres grávidas, 31,11% das mulheres grávidas apresentaram náusea e não fizeram nada em relação a isso e 17,77% tomaram medicação.

Na amostra da presente investigação, as participantes apenas recorreram ao uso da medicação recomendada pela OMS (2016): a vitamina B6 (piridoxina), não referindo conhecerem outras intervenções recomendadas, como sejam o gengibre, a camomila, e a acupunctura.

As participantes referiram ainda dores lombares e pélvicas. E10 relaciona a dor com a dificuldade em manter um sono reparador:

“Dores nos ossos, porque eu tenho duas tendinites uma em cada joelho, do balé, e com o peso, e então, depois nós só podemos tomar o bem-u-ron, então tive de por voltaren mas não passa, e principalmente como este clima está tão instável, eu posso dizer que já não durmo uma noite seguida desde os 4 meses (...) Eu tenho uma almofada de grávida, pronto, alivia um bocadinho...”

Também outras participantes referem dores lombares e pélvicas:

“No terceiro trimestre é as dores nas costas” (E11);

“Agora também dói-me mais a anca, porque como durmo sempre em cima dela... e com o peso, pronto...”. (E6);

“Só agora para o final é que o meu marido me anda a fazer massagens nas costas e no coxís e de vez em quando na cabeça (...) Peço a ele para me ajudar na espinha, principalmente... porque apesar de já poder andar, eu passo muito tempo na cama porque sinto-me bem na cama” (E2).

As medidas que E2 apresenta vão de encontro ao que a OMS (2016) recomenda para alívio das dores lombares e pélvicas: exercício regular durante toda a gravidez, bem como outras opções de tratamento, nomeadamente a fisioterapia, cintas de suporte e acupunctura, baseadas nas preferências da mulher e nas opções disponíveis.

Também no estudo de Oliveira, et al. (2015), 31,11% das mulheres grávidas, perante a lombalgia, repousaram na posição de deitada, 6,66% recorreram a massagem e 4,44% realizaram ambas as estratégias, à semelhança que E2 descreve.

As participantes referiram também veias varicosas e edema como sintoma que lhes causou desconforto durante a gravidez:

“A médica do Centro de Saúde mandou-me aos 7 meses mais ou menos para o hospital, porque eu tenho muitas varizes nas pernas e elas estavam a ficar muito feias com a gravidez, muito saídas (...) usar meias de descanso, e continuo a usar, já usava no Verão, agora com a gravidez tem de ser porque se não elas ainda estão piores. À noite quando chego a casa e tiro as meias parece que não tenho nada, mas passado 5 minutos estão logo saídas para fora e ficam escuras, assim à volta delas” (E3);

“Edemas nos pés, também muito (...) começou a inchar agora mais no fim da gravidez.” (E7);

“E agora com a gravidez, pronto, aqueles dias de calor que estiveram... ah, porque depois ainda por cima coincidiu a altura em que eu fiquei de baixa aqueles dias antes e aquelas semanas ali houve muito calor, eu inchei parecia uma coisa louca mesmo. E acho que também foi ali um bocadinho o culminar de tudo...” (E8);

E6 descreve a estratégia adotada para minimizar os efeitos dos edemas nos membros inferiores:

“Massagens (...) [o meu marido] faz-me nas pernas, agora ando a ficar com os pés inchados já começa a fazer-me nas pernas e nos pés” (E6).

Os discursos anteriores revelam conhecimento sobre estratégias tanto relativamente a varizes como ao edema que vão de encontro ao que a OMS (2016) recomenda para estes sintomas fisiológicos comuns da gravidez: “opções não farmacêuticas, como meias de descanso, elevação das pernas e imersão em água podem ser usadas para o tratamento das veias varicosas e edemas na gravidez, com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis” (p. 8).

As Cãibras nas pernas foram verbalizadas por E2:

“Receitou-me magnésio, para tomar para começar-me a sentir... por causa das cãibras, por causa da fadiga, porque estava muito tempo de cama” (E2);

“As cãibras, tive só umas duas ou três, quando tinha aí umas, sei lá, umas trinta semanas, mais ou menos, mas depois passou” (E6).

OMS (2016) aprova o tratamento efetuado por E2 ao referir que “pode usar-se magnésio, cálcio ou opções de tratamento não farmacológico para alívio das cãibras nas pernas na gravidez, com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis.” (p. 7).

A obstipação foi apenas referida por E2:

“Comecei a tomar ferro e começou a prender muito os intestinos e também... o meu estado nervoso, mexeu! (...) havia dias em que tive de tomar dois babygels, porque estava com medo de por clister que fizesse mal, tomei umas bolsinhas que me receitaram na urgência, (...) mandou-me por farelos nos iogurtes (...) fazer papas, com kiwis e isso assim, nada resultou, foi só mesmo o medicamento que ia tomando

e quando fui para minha casa, alterou tudo, parece que não, mas o nosso estado psicológico altera muito o estado físico!”

Para a obstipação, a OMS recomenda a modificação da dieta e a sêmola de trigo.

O cansaço foi referido como um desconforto presente na gravidez de algumas mulheres grávidas:

“Primeiro trimestre (...) muito cansaço, mas eu acho que até esteve mais relacionado com a medicação que eu fiz no primeiro trimestre, que assim que eu acabei os injetáveis senti-me logo melhor” (E11);

“Então quando eu comecei a sentir-me muito cansada deixei de trabalhar, ou seja, se calhar já fez um mês, a ideia foi ir-me sempre vigiando porque, na minha ideia, se a grávida está bem, o bebé está bem, a gravidez também. É um bocadinho assim. (...) mas a gravidez tira imensa energia (...) eu no meu caso tenho picos, há momentos do dia em que não dá... é melhor tu parares meia hora ou uma hora e a seguir ires fazer o que tens a fazer do que... não vale a pena tu estares a forçar” (E5).

As alterações do padrão de sono foram também referidas nos seguintes discursos:

“Eu só tive sono, desde o primeiro dia que tenho sono, até hoje tenho sono, durmo, durmo muito... essa parte aí do sono... tenho muito sono.” (E4);

“Eu tive menos sono, é engraçado... o E. disse “tu és uma grávida diferente, tu dormes menos!” (risos) faço muitas pausas, mas não durmo. Sabes o que é, eu acho que é a adaptação do meu corpo ao contrário porque eu dormia muito... (...) agora adormeço muito mais tarde, (...) durmo menos e os períodos de sono são muito mais curtos” (E5);

“principalmente como este clima está tão instável, eu posso dizer que já não durmo uma noite seguida desde os 4 meses.” (E10);

“As noites mal dormidas... segundo trimestre é o melhor” (E11).

De acordo com Sousa, Ribeiro, Aquino e Viana (2015), as alterações do sono são prevalentes em mulheres grávidas, estando entre os principais distúrbios do sono característicos do período gestacional as mudanças na arquitetura e padrões de sono, a insónia (conforme refere E10, E5 e E11) e a sonolência diurna excessiva (descrita por E4). As características do ciclo vigília-sono durante a gestação sugerem que há uma diminuição na duração e qualidade média do sono com a progressão da gravidez (subentendida no discurso e na linguagem não verbal de E10 e E11).

Ficam, desta forma, reunidos os sintomas fisiológicos comuns da gravidez referidos pelas participantes e que lhe causaram, de alguma forma, desconforto, bem como as estratégias encontradas para os minimizarem e superarem que, na sua maioria, correspondeu às recomendações internacionais e comprovadas cientificamente. Assim, pressupõe-se que as mulheres grávidas que constituíram a amostra desta investigação possuem conhecimentos sobre como ultrapassar estes mesmos desconfortos de forma adequada. De salientar que, no discurso das participantes, os profissionais mais referidos foram os médicos, não havendo referência a EEESMO, o que leva à reflexão sobre o importante papel que esta classe profissional tem ainda que desempenhar para dar visibilidade aos cuidados de enfermagem especializada. A DGS (2015a) vem realçar a importância de os profissionais de saúde – e os EEESMO que, pela proximidade com a mulher grávida, estão numa posição privilegiada – de “fornecer informação antecipada sobre possíveis desconfortos, disponibilizando soluções práticas” (p. 57).

6.2.5 - Categoria: “Vivenciando sinais de alerta”

Destaca-se a importância de a mulher grávida saber distinguir a sintomatologia fisiológica da gravidez dos sinais e sintomas que possam indicar um possível problema (DGS, 2015a). Surge, assim, a categoria “**Vivenciando sinais de alerta**”, que se esquematiza na figura 5.

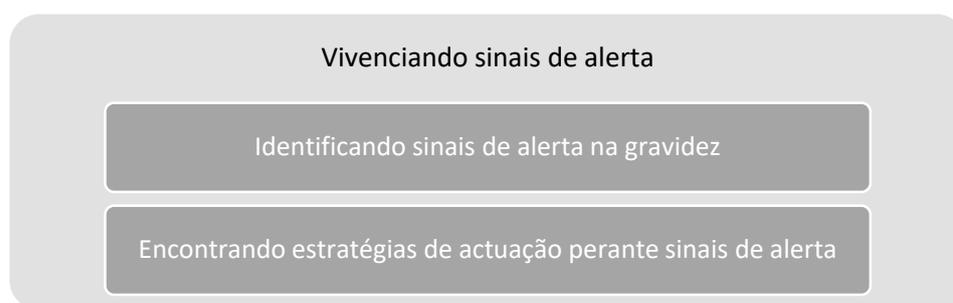


Figura 5 - Categoria: Vivenciando sinais de alerta

As participantes da presente investigação referiram os sinais de alerta que conheciam tendo estes sido agrupados na subcategoria **identificando os sinais de alerta na gravidez**, como se descreve de seguida.

“Sei que durante a gravidez há alguns sinais a que devo estar atenta para ir ao centro de saúde: as hemorragias, perdas de... pronto, hemorragias... se não sentir o bebé a mexer..., essas coisas”. (E1);

“Sim, foram falando ao longo da gravidez. Mais agora, hemorragias, não sentir o bebé, começar com contracções ritmadas.” (E12);

“Sim, tanto na última consulta da médica, como nas aulas, como na visita ao hospital... hemorragias, a rebentação das águas, as contracções, tudo...” (E5);

“Perdas de sangue, ter cuidado com o líquido, hum... mais? No meu caso era a tensão, acho que mais nada... dores de cabeça...” (E11).

E10 refere os sinais de alerta e salienta os conhecimentos que adquiriu na preparação para o parto com S., EEESMO que realizou as sessões PPPP:

“Tem a ver com o rolhão mucoso, com as hemorragias, não é? Sim, nós demos isso na preparação para o parto. Quando foi do rolhão eu sabia e por acaso foi no dia antes de eu ter a consulta do obstetra e como eu vi que era uma quantidade pequena até disse «então vamos ter...» porque eu sei que se sair todo é perigoso, o bebé fica desprotegido, então pensei, como foi antes do tempo que a enfermeira S. explicou disse ao meu marido «olha, falta um dia, vamos ao Dr., pronto».”

Também E9 e E6 referem a importância das sessões PPPP, e, subentende-se, do EEESMO, na transmissão de informação relativa aos sinais de alerta durante a gravidez:

“Perda de sangue, perda de líquido amniótico, contracções, hum... e era mais um, não me lembro... ah, o não sentir o bebé há mais de 6 horas ou não mexer 10 vezes por dia. (...) A história de começarmos a contar precocemente os 10 movimentos antes das 35 semanas foi na preparação para o parto que aprendi. Depois a obstetra também falou disso” (E9);

“Sei os sinais para ir ao hospital e a enfermeira estava sempre a alertar desses sinais para nós termos cuidados” (E6).

Neste âmbito, salienta-se o estudo de Santos (2012), em que grávidas que obtiveram informação de profissionais de saúde sobre os sinais e sintomas de alerta para recorrer ao hospital, apresentaram médias mais elevadas de empoderamento, comparativamente com as que não tiveram essa informação.

E3, E4 e E8 demonstram ter conhecimentos adequados sobre como atuar em caso da presença de sinais de alerta, referindo também que lhe foi facultada informação escrita sobre os mesmos:

“Ela sempre foi muito disponível, porque era a minha médica de família, mesmo... ela: «sempre que precisar alguma coisa venha cá, aconteça o que acontecer,

venha cá...» só aqueles sinais da perda de sangue, perda de líquido, é que não, era logo hospital. Ela deu-me o cartãozinho também, disse-me para ler sempre aquilo, se acontecesse alguma coisa” (E3);

“Está no livrinho de saúde da grávida, cada vez que vou as consultas também é a página que elas abrem sempre e mostram. As dores, contrações...” (E4);

“Sim, dores de cabeça, era as febres, os corrimentos, sangramento e não me lembro de mais. Basicamente... as contrações também (...) Foi a Dra. H. até que me tinha falado nesses sintomas e sinais e... até no livro que ela disse: «olha, se aparecer alguma coisa disto, ou ligas-me (...), se não conseguires falar comigo, vai ao hospital» (E8).

De acordo com a DGS, é preconizado que, durante a assistência em saúde pré-natal, seja “disponibilizada informação escrita sobre o local onde se dirigir em caso de emergência e, idealmente, um número de contacto” (2015a, p. 35).

Ao contrário do que a presente investigação demonstra, no sentido em que as participantes foram informadas por profissionais de saúde sobre os sinais de alerta durante a gravidez, o estudo de Magalhães et al. (2018) realizado no município de S. Paulo (Brasil) revela que “em relação à subcategoria “Sinais de alerta da gestação”, um expressivo quantitativo de participantes não recebeu orientações por meio da equipe de saúde” (p. 3). Destaca-se, neste ponto, a relevância dada em documentos nacionais e internacionais para que os cuidados pré-natais garantam a transmissão desta informação (DGS, 2015a; OMS, 2016).

De acordo com a revisão sistemática de Downe, Finlayson, Tuncalp e Gulmezoglu como referido por Magalhães et al. (2018), as mulheres referem uma experiência positiva relacionada com uma gravidez saudável quando está assegurada a prevenção e tratamento de doenças e identificação de sinais de risco para a gravidez.

Baseado nas conclusões do estudo de Magalhães et al. (2018), sobressai a importância de realizar mais estudos relativos ao conhecimento e às necessidades sentidas pelas grávidas. Estes estudos são fundamentais para que os EEESMO possam intervir de modo específico, tanto nas consultas de assistência em saúde pré-natal como em sessões de PPPP, ou noutros contextos, de modo a minimizar as intercorrências perinatais e a garantir que a mulher grávida sabe atuar na presença de sinais de alerta.

Em suma, as participantes nomeiam como sinais de alerta que conhecem as hemorragias, a diminuição ou ausência de movimentos ativos fetais, a presença de

contrações ritmadas, a rutura de membranas, as cefaleias, a dor, febre e presença de corrimento. Referem saber que esta informação se encontra escrita no Boletim de Saúde da Grávida ao qual podem recorrer para relembrar ou esclarecer os mesmos sinais de alerta.

Perante sinais de alerta, as utentes descreveram que estratégias adotaram, como recorreram a serviços de saúde, ou esclareceram se a sintomatologia com que se depararam constituía perigo para o bem-estar materno-fetal, pelo que se identificou a subcategoria **encontrando estratégias de atuação perante sinais de alerta**.

“Ainda ontem lá fui [à urgência] assim: «olhem, desculpem estar a vir para aqui chatear a um feriado, mas eu tinha as cuecas molhadas [risos] e não sabia o que é que havia de fazer». Depois liguei à médica ela mandou-me ir à urgência e eu, olha, siga. Não era a saída do rolhão mucoso, porque era mesmo líquido, não era nada gelatinoso” (E1);

“Ainda liguei para a saúde 24, queriam logo chamar o 112 e eu disse «não, esqueça lá isso» (risos) liguei para o centro de saúde, no centro de saúde quando lhe disse os sintomas ela disse «olha, se calhar mais vale prevenir, ires diretamente, como não temos aqui ninguém específico na área, mais vale ires diretamente ao hospital». Pronto, peguei no carro, a minha sogra foi comigo e fui ao hospital.” (E8);

“Estava com febre, muita febre, não baixava, tinha tosse, doía-me muito os pulmões, e eu tenho uma coisa que é ligo para a saúde 24 em vez de ir para o hospital a correr (...) ligo para a saúde 24, era um sábado, eles dizem: não temos centro de saúde a esta hora, tem que ir mesmo para o hospital.” (E10);

“Tive de ir à urgência quando foi o problema da perna, porque eu não sabia. Por ser um problema na perna e não ter nada a ver com a gravidez, e eu estava de 28 semanas, não sabia se tinha que ir para a geral se tinha que ir para a obstetrícia. Mas depois fui lá perguntar e eles disseram que ser um problema ou da ponta do cabelo ou da ponta da unha era sempre obstetrícia, por causa da gravidez (...). Primeiro eu tinha sido vista no centro de saúde de manhã. Fui lá logo às 8 da manhã naquelas consultas abertas que existem, mas as dores continuavam e não estava a aguentar porque eram dores insuportáveis e tive que ir para o hospital à tarde, depois de almoço. Mas primeiro fui ao centro de saúde, tentei não ir logo para o hospital.” (E7).

A literacia em saúde permite que os cidadãos se sintam responsáveis pela sua própria saúde e gestão da doença, tendo a capacidade de autogestão e de procura de medidas preventivas (Martins, 2015).

A *New Zealand Nurses Organisation e College of Nurses* (2011) vem confirmar a literacia em saúde das participantes, nomeadamente na área da saúde materna, ao referir que pessoas com níveis adequados de literacia em saúde têm menor probabilidade de ser hospitalizadas e de recorrer a serviços de urgência.

Os discursos supracitados apresentam a agilidade com que as participantes, perante sintomatologia preocupante, desenvolveram estratégias no sentido de procurar profissionais de saúde, evitando o serviço de urgência, demonstrando assim capacidade de seguir recomendações e decidir como e quando procurar um profissional de saúde, conforme refere Pereira (2013).

6.2.6 - Categoria: “Perspetivando o parto”

A abordagem ao parto neste estudo é feita numa perspetiva de antecipação de como a mulher grávida idealiza o parto, perante os conhecimentos que detém sobre este acontecimento que, no momento da entrevista, lhe estava próximo. Definiu-se a categoria “**Perspetivando o parto**” dado que se identificou em todas as entrevistas a abordagem à forma como a mulher grávida projeta o trabalho de parto e parto (ou a forma como toma a decisão de não planear o trabalho de parto e parto), mesmo que esse planeamento do parto seja apenas mental e vago. A categoria apresenta-se esquematizada na figura 6.

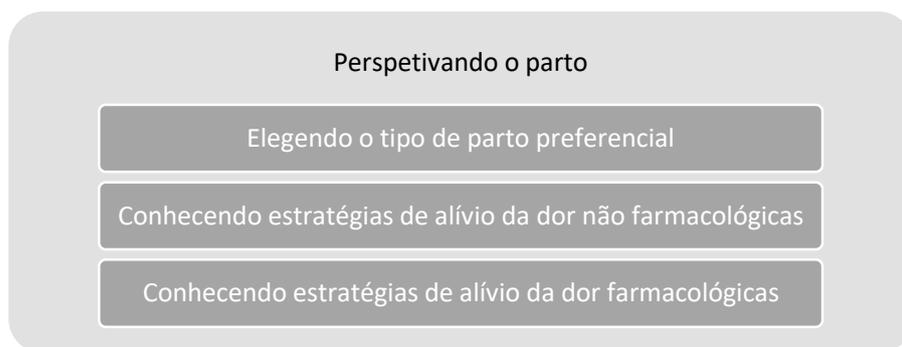


Figura 6 - Categoria: Perspetivando o parto

Nenhuma das participantes realizou plano de parto. Das sete mulheres que referiram ter conhecimento sobre a possibilidade de realizar plano de parto, os motivos apontados para o não realizar são vários:

“Já ouvi falar sobre o plano de parto, não fiz. Não concordo muito com isso. Não concordo para as mães de primeira viagem porque, e já falei disso como meu médico, eu acho que nós não sabemos para o que é que vamos e então metem lá coisas “não quero isto, não quero aquilo” e às vezes... posso mudar de ideias, mas sempre tive esta ideia. Agora se for uma segunda gravidez tu já sabes para o que é que vais. Agora como é que eu vou dizer se não quero isto ou não quero aquilo se ainda não sei como é que vai ser?” (E11);

“É assim, não elaborei por escrito, nenhum profissional me facultou um plano de parto, tive conhecimento por literatura (...) A minha ideia é não levar nada e dizer: olha, quero isto obrigatoriamente, não, a minha ideia é mesmo chegar lá e numa conversa, pronto, falarmos sobre o assunto e expor a minha vontade.” (E4).

À semelhança do que E4 refere, também E5 refere preferir manifestar a vontade acerca do que planeou para o parto de forma progressiva, e verbalmente:

“O meu plano de parto ainda está aqui [na cabeça], ainda não foi partilhado com ninguém, até ao momento ainda não achei necessidade, mas sim, ouvi falar (...) Eu ainda não analisei todos os pontos, até porque eu tenho em mim algumas ideias de como é que eu quero que seja o parto, nada está escrito porque também sou sincera, não quis estar a criar expectativas, estar a criar o meu plano e chegar lá e ele ser... (...) sou sincera, não explorei muito essa parte com receio de depois levar um não [risos]... é verdade! Apesar de certa forma tenho em mente de os meus pedidos ir-los fazendo mediante a ocorrência (...), a semana passada fomos fazer a visita à maternidade, e senti abertura, pelo menos pela informação que me foi passada, senti abertura em todos os passos de ir manifestando as minhas vontades, então o meu plano de parto foi um bocadinho assim: sei mais ou menos o que eu quero mas também sei que muitas vezes dependerá do que está a ocorrer posso pedir aquilo ou não, então a minha ideia é de, no momento, ir solicitando, sim, não, mediante a minha vontade. Mas é a minha visão.” (E5).

Consistente com o que refere E5, também Sousa (2015) conclui no seu estudo que “a construção do plano de parto, a partilha de experiências e a visita ao bloco de partos, produziram efeitos nas expectativas de autoeficácia da grávida” (p. 229).

“Plano de parto só ouvi falar agora na preparação para o parto, tirando isso nunca tinha ouvido falar. Nem estou a pensar em construir... é o que tiver que ser.” (E7);

“Ouvi falar, mas não fiz. É o que tiver que ser, há-de correr tudo bem, desde que ele venha bem [risos]. Os profissionais é que sabem. Nesse ponto [risos] naquele momento é o que tiver que ser... ele tem que sair, eu costumo dizer que ele entrou, tem que sair, por isso, ou seja cesariana, ou seja parto normal, ou seja assim ou seja assado, e então naquele momento de aflição, acredito que não haja muito tempo para... e se for necessário, opá, é o que tiver de ser, desde que ele venha bem, está tudo bem.” (E8);

“É assim, eu acho importante nós sabermos aquilo que queremos, mas também é assim, eu não sou médica não sou enfermeira para perceber, quando eu estiver com dores até que ponto é que a minha escolha é a mais certa, eu estou a dizer «eu não quero cesariana» mas se estivermos a falar de um... se o meu bebé estiver em risco, claro que eu quero cesariana, e isso, eu só sei isso através do médico, eu não posso chegar lá, e isso é a minha opinião, não posso chegar lá e dizer «quero isto e isto e isto» temos a parte técnica. Então e será que é possível? e será que as minhas decisões não vão por em risco o meu filho? E, é assim, eu acho que se deve, eu já tinha ouvido falar do plano de parto, mas nós devemos fazer um plano de parto que seja possível também ir ao encontro daquilo, da parte técnica, não é só dizer «olha quero isto!» e se não for possível? Eu acho que estamos aqui... não vamos passar do 8 para o 80. Para isso eu deixo nas mãos dos médicos. Claro que eu não quero cesariana, mas, se a minha filha estiver mal, primeiro está ela, depois estou eu.” (E10)

O Plano de Parto, de acordo com a definição da Ordem dos Enfermeiros (2012) “consiste num documento escrito elaborado pelo casal grávido em que este expressa os seus desejos relativamente ao seu trabalho de parto e parto. Este documento serve de elo de informação com a equipa de saúde, facilitando-lhe a realização das expectativas do casal relativamente ao seu parto” (p.1).

Nos discursos supracitados as participantes que referem ter conhecimento sobre o plano de parto não se demonstram sensibilizadas para o escrever e entregar nas maternidades. Parece estar presente o medo de assumir a responsabilidade que uma escolha pressupõe, principalmente por estar implicado o bem-estar materno-fetal/neonatal. Na condição de nulíparas, denota-se nos discursos das participantes que a sua inexperiência no âmbito do trabalho de parto e parto torna-as vulneráveis e, arriscaria a afirmar, pouco empoderadas para assumirem a escrita de um plano de parto. O facto de não querer ver as suas expectativas frustradas e de não conhecerem o ambiente e a dinâmica do trabalho de parto e parto, não sentem confiança para impor

por escrito nenhuma obrigatoriedade relativa ao trabalho de parto e parto. Perante o medo e desconhecimento relativo ao trabalho de parto e parto que parece justificar a não adesão ao plano de parto, sugere-se a realização de estudos que comparem a adesão ao plano de parto por nulíparas e por primíparas/múltiparas, de modo a conhecer a influencia da paridade e da experiência de parto na adesão ao plano de parto.

No estudo de Sousa (2015) só 27,3% das mulheres grávidas participantes entregaram plano de parto, tendo alegado o esquecimento como motivo para a não entrega. Esta autora refere que se nota um aumento de mulheres que entregam plano de parto nas instituições onde decorrerá o parto, contudo esses planos são frequentemente rígidos, irreais, aproximando-se de uma lista de itens de intervenções médicas. “Este facto leva a que os profissionais de saúde, que trabalham no bloco de partos, sejam relutantes com esta prática, pois tendem a ver estas mulheres como difíceis e exigentes, o que não melhora a comunicação, e origina um ambiente não facilitador da sua implementação” (p. 246).

O estudo de Mouta, Silva, Melo, Lopes e Moreira (2017), realizado com o objectivo de analisar como o plano de parto propicia o empoderamento feminino durante o trabalho de parto e parto, considerou o plano de parto uma tecnologia não invasiva de cuidados de enfermagem obstétrica, uma vez que envolve “todo o conhecimento científico que os enfermeiros obstétricos utilizam durante o trabalho de parto e parto para incentivar e proporcionar o empoderamento feminino” (p. 2).

Através do plano de parto, o EEESMO tem oportunidade de estimular e orientar a mulher grávida a definir o seu plano de parto durante o período pré-natal, evidenciando o seu papel de cuidadora e orientadora, o que irá promover uma troca de saberes entre o EEESMO e a mulher. Está, desta forma, criado um ambiente propício à discussão da conceção do cuidado durante o trabalho de parto e parto, dando possibilidade à mulher grávida de reflectir e decidir sobre o cuidado apropriado para si enquanto parturiente (Mouta, Silva, Melo, Lopes e Moreira, 2017).

Perante estes resultados, realça-se o papel dos EEESMO como agentes promotores e educadores para a saúde. A acrescentar, é preconizado pela Ordem dos Enfermeiros que, durante o período pré-natal, estes profissionais informem e promovam junto da mulher e do casal o plano de parto, “aconselhem e apoiem a mulher na tomada de decisão, promovendo o seu empoderamento e aproveitando todas as oportunidades de contacto para transmitir esses conhecimentos” (Sousa, 2015, p. 26).

Especifica-se, de seguida, alguns itens que as participantes deram mais relevo nos seus discursos sobre como idealizam o parto. Surge, a este nível, a subcategoria **elegendo o tipo de parto preferencial**.

“Nunca pensei fazer parto em casa, não, porque reconheço que é importante a assistência hospitalar, mas gostava que fosse o mais natural possível. (...) Não queria uma cesariana, queria muito um parto normal, mas não queria que me fizessem estes cortes horríveis, mas pronto, se tiver que ser...” (E4);

“O plano D e último é cesariana [risos] o primeiro é rápido, sem epidural, etc... a cesariana é o último atrás do último, a última hipótese e se tiver que ser... e se ela indicar que... Eu, para mim, até é o bebé que dá indicações... claro que é pelas indicações dele que se tem o parto que se tem, mas para mim é a última hipótese de todas.” (E5);

“Imagino o meu parto fácil e rápido [risos] fácil e rápido. Gostava de parto normal...” (E7);

“Não sei, 3ª feira vou lá para ele ver o que é que vai fazer, mas preferia um parto normal, acho que é vivenciado de outra maneira. Já para não falar no pós-parto, numa cesariana que é muito pior.” (E11);

“O bebé é muito grande, e o médico na última consulta falou em cesariana, e eu acho que a cesariana deve ser, e eu não sou técnica de saúde, isto é uma opinião que eu ouvi também durante as aulas de preparação para o parto, mas eu acho que a cesariana deve ser usada em último recurso (...) quando ele falou eu assustei-me, é uma cirurgia, há riscos! Não é? E aí eu decidi logo: “ai meu Deus”, pronto, só em último recurso. Por isso eu estou assim um bocado com medo... ele falou da cesariana porque está com medo que eu não tenha estrutura óssea. (...) A enfermeira o que nos falou do risco é, não é que... é uma cirurgia, está implícito os riscos de uma cirurgia, pronto, e então, por isso é que eu estou assim com um bocadinho de medo do parto..., mas pronto.” (E10).

No discurso de E10 supracitado é possível apreender que a preferência pelo parto eutócico está relacionada com o conhecimento que a participante possui sobre os riscos inerentes à cesariana. Também nesta perspetiva E12 esclarece a sua preferência pelo parto eutócico:

“Um parto normal, porque cesariana acaba por ser sempre uma cirurgia, e tem outras contraindicações, mesmo no futuro, temos que esperar muito mais tempo para ter um segundo filho, pronto, e eu vejo isso como uma cirurgia, é abrir a barriga, é abrir o útero, está ali muito perto da bexiga, há uma data de contraindicações que no parto normal pode ser prevenido, ou melhor, pode ser evitado, exato! (...). Se pudermos escolher e aliviar um bocadinho esta ansiedade que é um desconhecimento, principalmente nesta primeira gravidez eu acho que é uma vantagem, sim. Embora, acho que independentemente da nossa escolha, devemos sempre ser informadas dos riscos de uma coisa e de outra” (E12).

O tempo de recuperação, descrito por E12 como motivo para preferir por parto eutócico, é também referido por E6:

“Eu acho, eu estou disposta para tudo, seja parto normal, seja cesariana, desde que ele nasça e fique bem, é o que interessa (...) Eu sou sincera, eu gostava que fosse parto normal porque a cicatrização é mais rápida. Mas por outro lado se fosse cesariana, não temos aquela, claro que nós temos, acho eu, nós temos aquela dor da dilatação, essa série de situações, é só o facto de, às vezes se for parto normal, nós temos de estar a fazer força e fazemos força por baixo e mexem, isso é capaz de ser um bocadinho mais incómodo, e se for cesariana, epá, dava-se um corte, que é mesmo assim, que é isso que acontece, e o bebé sai e pronto, estamos tranquilas, mas ao depois temos a parte pior que é os três dias a seguir que são mais complicados, mesmo para tratar do bebé e tudo, é um bocadinho mais complicado. Por isso é o que eu digo, estou apta para tudo, estou com a mente aberta, se for cesariana é cesariana, se for parto normal tendo passado dois dias saio de lá, que é mesmo assim, e venho a andar tranquila e se for cesariana tenho que lá estar uns quatro dias venho a andar também tranquila, mas é diferente... é diferente. Portanto não tenho preferência porque também não sei ao certo o que é, mas estou com a mente aberta, é o que for, que é mesmo assim, eu sei que até cesariana vão ter que mexer caso não dê, mas se tiver que ser cesariana fico feliz na mesma desde que ele esteja bem, é a minha prioridade agora, que é mesmo isso. Seja rápido ou devagar, eu só quero é que ele esteja bem, é mesmo isso!” (E6).

A preocupação com a recuperação no pós-parto relacionada com o tipo de parto é consistente com os resultados de outros investigadores, em que as mulheres elegeram a via de parto vaginal em discernimento do parto distócico por cesariana por atribuírem a este uma recuperação no pós-parto mais dolorosa e demorada (Kottwitz, Gouveia, &

Gonçalves, 2017) e por a mulher, após um parto vaginal, ficar mais independente nos cuidados com o recém-nascido (Santana, Lahm, & Santos, 2015).

O parto por cesariana foi apenas verbalizado por E2 como o tipo de parto que selecionaria se lhe fosse dada a oportunidade de escolher, estando esta opção relacionada com os fatores de risco inerentes à sua gravidez:

“Se pudesse escolher? Era a cesariana, é assim, já me disseram que a cesariana, eu não li, mas disseram que a cesariana, mesmo depois em termos de riscos e recuperação para nós custa um bocadinho mais do que sendo um parto normal mas só o facto de a gente saber que chega ali àquela horinha, colocam-nos numa maca tipo Jesus Cristo [risos] fazem o cortinho e a gente não sente quase mais nada, pronto... porque eu tenho muito medo de ter uma hemorragia grave, sou-lhe franca, que com o meu problema eu tenha uma hemorragia no parto, que não me consigam segurar a miúda, que eu não me consiga segurar a mim própria, tenho muito medo do parto normal, eu tenho medo que haja uma hemorragia e que não cheguem a tempo de salvar a minha filha ou ele ficar, ou acontecer alguma coisa a mim, não sei, cesariana para mim era o mais descansado. Seria adormecerem-me, tirarem a minha filha e pronto, serem eles os responsáveis pelo nascimento... agora estar ali, quer dizer, o médico já disse que eu tenho uma boa bacia para ter um parto normal, prontos, já sei que vou sofrer o belo e o bonito, mas pronto, tem que ser. Mas nunca me perguntaram «quer cesariana ou quer parto normal?» nunca, nem o Dr. B. nunca perguntou, disse que na hora via...” (E2).

Será também importante referir que, em vários dos discursos supracitados, está patente a preocupação com o bem-estar fetal/neonatal:

“Opá, é o que tiver de ser, desde que ele venha bem, está tudo bem.” (E8);

“(..) e será que as minhas decisões não vão por em risco o meu filho?” (E10);

“Seja rápido ou devagar, eu só quero é que ele esteja bem, é mesmo isso!” (E6).

Esta preocupação é também descrita na publicação de Morell e Martín (2018), que estudou as expectativas relativas ao parto de 213 mulheres grávidas em Valência, e que concluiu que as mulheres grávidas esperam um parto rápido (em consonância com E5 e E7) com bom resultado obstétrico, sem dor e com apoio dos profissionais.

Destaca-se a importância de, em conformidade com o que refere Santana et al. (2015), os profissionais de saúde, nomeadamente EEESMO, empoderarem as mulheres grávidas e em período fértil, através da educação para a saúde, para que decidam sobre o trabalho de parto e parto, baseando as suas escolhas em evidência científica.

Em suma, na idealização do trabalho de parto e parto, as participantes desejam um trabalho de parto rápido e fácil, excluindo a hipótese de um parto no domicílio. Referem que gostariam de ter as condições ambientais ideais e um acompanhamento do trabalho de parto que permitisse a vivência de um trabalho de parto e parto o mais natural possível, a nível hospitalar. Referem como preferência a não realização de episiotomia. O Parto por cesariana é nomeado pelas participantes como último recurso, apontando como motivos a recuperação pós-parto mais difícil quando comparado com um parto eutócico e o conhecimento dos riscos associado à cesariana (à excepção de E2 que pretende parto por cesariana). Na eleição do tipo de parto preferencial é deixado claro pelas participantes que o bem estar fetal/neonatal é o factor decisivo para o tipo de parto.

Dentro da categoria “**Perspetivando o parto**”, as participantes, referiram-se também a estratégias de alívio da dor, nomeadamente as não farmacológicas, pelo que foi identificada a subcategoria **conhecendo estratégias de alívio da dor não farmacológicas**. Dentro destas estratégias não farmacológicas, destaca-se a referência ao controlo da respiração:

“Falamos da respiração, mas o meu marido respira melhor que, aquela respiração que nós não podemos fazer força, mas que temos vontade de fazer força, mas que não podemos, é para mim a respiração mais difícil e é a que ele faz bem, ele sabe! Eu digo: eu vou parir e ele vai respirar [risos]. É um trabalho de equipa” (E10);

“Em relação à respiração, só treinei uma, que é aquela que se faz quando se está com as contrações, foi a única que eu aprendi. O resto não. Mas também falei ao meu obstetra e ele disse para eu não me preocupar, que na maternidade havia lá muita gente... foi o que ele me disse «não se preocupe, na maternidade não faltam lá é pessoas que ensinam a respirar»” (E11);

“Pronto, eu sei que o facto de controlarmos a parte respiratória que ajuda bastante nisso, e tenho conhecimento da epidural, penso que não tenho conhecimento de

mais nada a nível do alívio de dores na hora do parto... talvez o posicionamento que possa facilitar, pronto...” (E12);

“A respiração, sim falaram. A enfermeira deu um lamiré sobre isso, mas é o que ela diz, aqui em Leiria não se faz, nós cá em Leiria, chegas, deitas-te na maca e... falámos de respiração, como é que temos de respirar, como ela dizia: inspiras como se estivesses a cheirar uma flor e expiras como se estivesses a soprar uma vela sem a apagar, era assim. Falamos sobre técnicas de respiração, que à segunda feira era sempre deitadas no colchão, a respirar, quando podíamos fazer força e quando não podemos. Como tínhamos de fazer força na hora de expulsão... pronto acho que era só isso.” (E3);

“O que ela explica é nós irmos estando atentas a cada zona do nosso corpo (braços, pernas...) e estar sempre relaxada, e ir fazendo sempre a respiração abdominal... esse já é o meu estado normal, que eu há muito tempo comecei a respirar assim (...) inspirar como se for a cheirar uma rosa, etc... inspirar como se for a soprar uma vela. Mas há uma parte em que, quando o bebé está a descer, nós sentimos aquela vontade de ir à casa de banho, mas ainda não há dilatação, não é bom fazer força aí, tem de se fazer outra respiração, que é a respiração torácica normal, que eu não sabia fazer (risos) não me lembrava porque há muitos anos que faço sempre a outra. (...) e vim para casa estudar a respiração e há neste livro está aqui um exemplo em que mostra... (...)” (E5);

“A respiração, para controlar a dor não sei, mas pelo menos para acalmar e parar ali um bocadinho em vez de estar aflita, se calhar vai ajudar, na hora, depois a gente vê...” (E7);

“A respiração, já treinamos, para fazer força, a respiração para parar, aquela da perna no ar e aquilo tudo que eu não sei os nomes, ela bem que os diz [risos]” (E8).

Sobressai dos discursos E3, E4 e E10 a referência à bola de Pilates como estratégia não farmacológica de alívio da dor:

“Agora disso das bolas de Pilates ela falou, quem tivesse uma em casa para fazer, eu por acaso tenho uma em casa, mas esqueço-me de fazer. Não me disseram se podia ou não levar a minha bola para a maternidade. A única coisa que disseram foi que nós estamos na cama, monitorizadas para ver as contrações e

mais nada. Não me falaram da possibilidade de não ter isso, nem puseram essa possibilidade.” (E3);

“Bola Pilates não tenho, usei-a no curso, só. Já me informaram que a maternidade tem lá bolas... e que depois se tiveres rutura da bolsa também não podes fazer a bola..., mas por aí não comprei bola de Pilates, fui usando ali no curso e prontos.” (E4);

“Ah! Ela falou-nos numa bola que se usa, nós estamos sentados numa bola, sim, falou nisso. Não utilizámos na preparação, porque se calhar íamos utilizar nas aulas práticas, que eu não fiz, mas de resto... estaria na bola a fazer movimentos, a rodar e assim, mas de resto não falaram em mais nada.” (E10).

A liberdade de movimentos é referida por duas participantes como uma opção para controlar a dor de trabalho de parto:

“Lá está, aquela ideia de chegar e “deita-te na cama, e posição ginecológica, e está” é contra a posição natural, vá, de parir, prontos hum... eu preferia ter liberdade de movimentos, podia estar numa posição mais sentada, até que não gosto de... não me sinto... na posição ginecológica... acho que é super constrangedora para a mulher” (E4);

“Falam, eu não sei, que quando nós chegamos lá, como estamos a receber o soro, estamos na maca aquele tempo todo, não nos podemos levantar, e dizem que isso é um bocadinho chato, porque às vezes, se nós andarmos um bocadinho, parece que a coisa alivia um bocadinho. Eu não sei como é que vai ser, mas se calhar torna-se um bocadinho mais desconfortável estar aquele tempo todo na maca, aquelas cinco, seis horas, que é mesmo assim, é as dores é a posição, é tudo, eu se calhar acho que sim, que se nós andássemos um bocadinho que facilitava. Depois da epidural acho que já não se pode fazer isso, antes sim, fazer a dilatação, depois da epidural acho que já não se pode fazer isso, pelo menos foi isso que eu percebi, temos que estar depois deitadinhas, mais coisa menos coisa, a criança há-de nascer, que é mesmo assim [risos]” (E6).

A massagem foi também nomeada como estratégia para aliviar a dor durante o trabalho de parto por E5:

“E então já disse ao E. «se não puderes, no mínimo tu no pezinho» [risos], em mim como em qualquer lado mais ou menos funciona... então um é a massagem.

(...) então eu tenho em mente estas várias fases: a música, a bola de Pilates, o E. estar ao pé de mim e fazer massagem, e bom, não sei, vamos ver” (E5).

Também E8 refere a música e medidas de relaxamento para controlo da dor durante o trabalho de parto:

“Fizemos esquema de erros, para não fazermos força, hum, para não atrasar o trabalho de parto, e sei lá mais... a gente faz tanta coisa... [risos] o relaxamento, aquelas aulas fantásticas com música e tudo [risos] isso é que era preciso! Tenho de dizer ao meu homem para levar isso, mas ele tem telefone, mete lá assim, que é para a coisa acalmar.” (E8)

Como estratégias de alívio da dor não farmacológicas conhecidas das participantes foram referidas a respiração (E3, E5, E7, E8, E11, E12), a bola de Pilates (E3, E4, E10), a liberdade de movimentos (E4, E6), a massagem (E5) e a musicoterapia (E5, E8). Estas várias estratégias não farmacológicas de alívio da dor que as participantes referiram ter conhecimento são consonantes com as praticadas no estudo de Lehugeur, Strapasson e Fronza (2017), em que, num total de 232 parturientes, 79,2% recorreram à deambulação, 73,1% realizaram o banho, 60% recorreram à massagem, 58% à variedade de posição, 42,0% recorreram à bola de Pilates. O mesmo estudo salienta que todos estes métodos utilizados apresentam baixo custo, fácil aplicabilidade e uma prática não invasiva.

Os resultados obtidos são também corroborados pela revisão sistemática da literatura de Souza, Aguiar e Silva (2015), em que se conclui que o banho de chuveiro, as técnicas de respiração e relaxamento muscular, o uso da bola de *Pilates*, a massagem e a deambulação são métodos utilizados para controlar a dor durante o trabalho de parto. Esta revisão identifica como benefício dos métodos nomeados o auxílio da descida da apresentação fetal, o auxílio no relaxamento, o alívio da dor, a promoção do conforto e a diminuição do nível de ansiedade.

As participantes referiram-se também a estratégias farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto, nomeadamente a analgesia epidural, pelo que foi identificada a subcategoria **conhecendo estratégias de alívio da dor farmacológicas**.

“Epidural! Quero levar, quero tudo a que tenho direito!” (E11);

“Vão-me perguntar é agora, queres levar epidural? Tudo e mais alguma coisa, tudo que seja para tirar dores, vocês coloquem lá para dentro (risos) eu sou muito

picuinhas com as dores, (...) embora que se os outros conseguem eu também consigo, e é muito desejado, porque eu só quero ver ela cá fora, que venham as dores todas!” (E2);

“E eu disse «ai Jesus e depois se eu não posso levar a epidural?» e a enfermeira só dizia «tu queres levar a epidural?», «quero levar duas!» [risos]” (E6);

“Acho que temos de assinar uma declaração se queremos epidural ou não. É claro que eu quero! Elas lá explicaram que há riscos, benefícios... é claro que eu quero, tudo o que tenha menos dor eu quero...” (E3).

No estudo de Morais (2016) a decisão de recorrer à analgesia epidural foi tomada no decorrer do trabalho de parto, tendo, na sua maioria, sido uma decisão própria justificada pela vontade de diminuir a dor. Constatou-se nesse estudo que uma percentagem superior a 50% ficou “muito satisfeita” com o alívio da dor proporcionado pela analgesia epidural e 25% ficou “satisfeita”. As mulheres referem que num próximo parto recorrerão ao mesmo tipo de analgesia e que recomendam a outras parturientes. No estudo referido demonstrou-se o impacto positivo que a analgesia pode ter na perceção da experiência de parto, no envolvimento ativo da parturiente no processo e na tomada de decisões, e ainda na disponibilidade física e mental para receber o filho no momento do nascimento e nos cuidados que lhe prestará após o parto, coincidente com o que E9 refere:

“Epidural... apesar de tudo, acho que ajuda a controlar a dor e estamos mais despertas para depois colaborar no parto. Daquilo que eu me tenho apercebido muita gente gostava de fazer natural, natural, e depois a dor é tal que se descontrolam e acabam por não conseguir colaborar..., portanto, sendo razoável, preferia com a epidural.” (E9).

A analgesia epidural tem efeitos colaterais conhecidos, nomeadamente o aumento da necessidade de parto vaginal instrumental, a hipotensão materna, o bloqueio motor, a febre e a retenção de urina (Sitras, Benth, & Malin, 2017). E7 demonstra o conhecimento pelos efeitos colaterais ao manifestar os seus sentimentos relativos ao método farmacológico de alívio da dor:

“Sempre tive um bocadinho de receio, não sei, da epidural... não sei... opá por um lado é melhor porque alivia a dor, mas por outro se calhar não ajuda tanto porque na altura em que temos que fazer força, como estamos anestesiadas, não sentimos aquela sensação de querer fazer a força, então não sei se acaba por

ajudar... por um lado acaba porque tira a dor, mas por outro lado pode não ajudar muito porque queremos mesmo fazer a força para ter o bebé e acabamos por não estar a sentir se estamos a fazer a força, se não estamos... Ainda não decidi... depois acho que chego lá e decido [risos] depende da quantidade de dor... [risos] se vir que estou a aguentar, aguento, se vir que não estou... é melhor.” (E7).

Nesta perspetiva, também E8 pondera os benefícios do alívio da dor por método farmacológico com os riscos associados de que tem conhecimento:

“A epidural... já ouvi falar, claro, mas vamos falar na próxima aula... tenho alguns receios em relação a isso, sim, não sei o quê... porque algumas pessoas ficam, ou porque ficam com a perna não sei quê, ou porque ficam com o braço inchado, ou porque isto ou porque aquilo, e o meu receio maior é porque a minha profissão é pernas e braços e coluna... e eu já tinha anteriormente muitas dores de coluna, principalmente lombar que é exatamente onde se leva a epidural... e por isso os meus receios em a levar ou não, então a minha única decisão em relação ao parto é aguentar até conseguir, se vir que não consigo peço a epidural mas, se conseguir aguentar, tentar levar até ao fim sem...” (E8)

E4 e E5 manifestam-se em relação ao controlo da dor, referindo preferir um parto sem recorrer a analgesia epidural:

“Não tenho muita tolerância à dor, é verdade! mas gostava muito de não levar epidural” (E4);

“Para já tenho em mente, e nas aulas de PPP nunca ouvi ninguém dizer, mas por mim, não levava epidural, percebes? Mas tenho a perfeita noção de que pode chegar o momento... existe a total probabilidade de eu estar num estado de caos que eu vou dizer: “bem, ok, não vale a pena... chega a um ponto que é teimosia, entre aspas [riso] eu quero epidural e tudo aquilo que eu tenho direito! (...) A minha ideia relativamente à epidural para já era não, percebes? Mas também sei que, estando num hospital, sei... calculo, estando num hospital e sei que ainda não há todas as condições maravilhosas para no hospital nós termos algumas condições de relaxamento, etc... Estratégias de alívio da dor? é assim, eu procurei, sei, ouvi falar, mas sei que no hospital, pelos menos em Leiria, não há assim muitas... por isso é que eu digo, para mim eu quero? Não! Não, mas posso não estar em condições de pedir uma outra alternativa que vou dizer «deem-me lá a epidural!»” (E5).

De acordo com Lowe como referido por Sousa (2015), a confiança materna é um componente importante no *coping* do trabalho de parto. Em alguns dos discursos supracitados, sobressai o desejo de ter a capacidade de lidar com a dor do trabalho de parto até ao limite. Está descrito por Crowe e Baeyer como referido por Sousa (2015) que “a confiança da mulher na sua capacidade para lidar com o parto é um preditor significativo da perceção da dor de trabalho de parto”, o que lhe confere uma maior satisfação com o parto (p. 99).

Os resultados obtidos, tal como no estudo de Freixo (2015), expõem a importância de as parturientes serem envolvidas no processo de tomada de decisão sobre o parto. A informação prévia sobre as técnicas de alívio da dor disponíveis torna-se relevante para que estas possam refletir cuidadosamente antes do início de trabalho de parto, o que lhes permitirá uma tomada de decisão informada e racional, que se vê dificultada durante o período de stress emocional e angústia física.

No Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, a DGS (2015a) recomenda que, entre as 36 e as 38 Semanas e 6 dias de gestação, a mulher grávida seja informada, ou validados os seus conhecimentos, sobre a fisiologia do trabalho de parto e as estratégias de alívio da dor no trabalho de parto.

Constituem competências do EEESMO a conceção, o planeamento, a implementação e a avaliação de intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher durante o trabalho de parto e parto, bem como a cooperação com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Desta forma, torna-se importante, durante o período pré-natal, ensinar a mulher sobre estratégias de alívio da dor no trabalho de parto e parto e, na assistência durante este período, facultar-lhe as estratégias que mais se adequam de modo a garantir que a mulher e casal vivenciem uma gravidez e uma experiência de trabalho de parto e parto positivas.

6.2.7 - Categoria: “Desenvolvendo o papel parental”

Durante o período gravídico as mulheres grávidas procuraram instruir-se sobre os cuidados ao recém-nascido em várias vertentes, tal como se pode constatar no discurso de E10:

“Na preparação, a nível do banho (...) falaram-nos na temperatura que deve estar o quarto, depois tive uma formação sobre a amamentação, pronto, depois os 5

sinais de alerta, se o bebê está em risco ou não, para levar ao hospital... agora o problema é a prática.” (E10).

Foi identificada, assim, a categoria “**Desenvolvendo o papel parental**”. A mesma é esquematizada na figura 7.

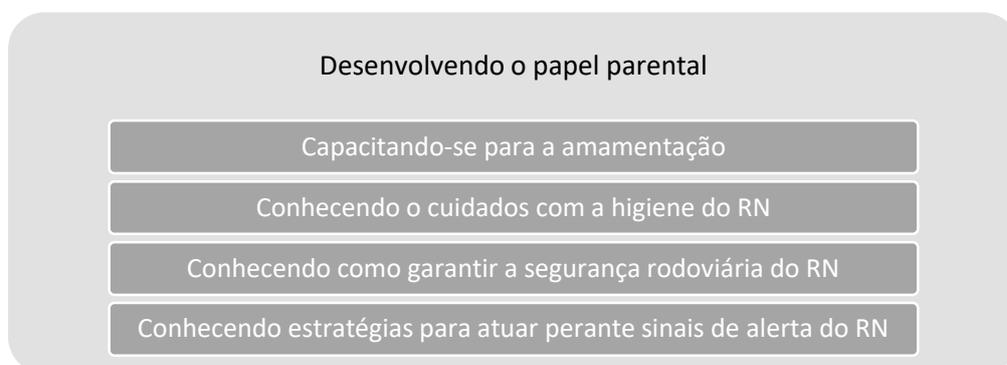


Figura 7 – Categoria: Desenvolvendo o papel parental

Do discurso das participantes emergiu a preocupação com a amamentação, tendo-se identificado a subcategoria **capacitando-se para a amamentação**. Várias foram as fontes de informação que as participantes procuraram e recorreram para melhorar o seu conhecimento e as suas competências nesta área.

“Falaram-me sobre amamentar na preparação. Fiz também um workshop, ando a ler livros.” (E1);

“Nas consultas passava sempre pelo enfermeiro e também me falaram de amamentação. Entregaram-me um papelinho. Falaram-me que temos um líquido qualquer – o colostro” (E2).

Charoghchian et al. como referido por Khorasani et al. (2018) encontraram uma correlação significativa entre a literacia em saúde materna e a autoeficácia na amamentação.

Especificamente sobre o amamentar na primeira hora de vida do recém-nascido, as participantes reconhecem as vantagens

“Amamentação na primeira hora de vida... li sobre isto, não tenho a certeza se me falaram sobre a importância da amamentação, mas eu acho que sim, eu acho que essas partes da amamentação na primeira hora de vida falaram” (E4);

“Falaram de amamentar na primeira hora, mal o tirem (...) colocarem-nos logo ao peito para terem contacto connosco, na primeira hora, sim, isso também a enfermeira disse.” (E6);

“Falei, falei lá no curso de preparação para o parto, elas tentam por na primeira hora, ou meia hora de vida” (E9).

A informação que detêm acerca das vantagens sobre a amamentação na primeira hora de vida leva a que as participantes tenham tomado a decisão de o realizarem, como pode ser entendido no discurso de E5:

“Quero amamentar na 1ª hora de vida. Falaram-me dos benefícios. E faria parte do plano de parto...”;

e no entusiasmo perceptível pela linguagem não verbal que E4 utiliza ao expressar:

“Quero muito amamentar na primeira hora de vida!” (E4).

A preocupação expressa pelas participantes relativamente ao amamentar na primeira hora de vida, pode ser cruzada com os resultados do estudo de Kohan et al. como referido por Khorasani et al. (2018), em que se observou uma diferença significativa entre as mulheres com literacia adequada em saúde e as mulheres com uma inadequada literacia em saúde no que se refere ao momento de início da amamentação.

Ainda relativamente à amamentação, as participantes revelaram conhecimentos acerca de como controlar os desconfortos relacionados com a amamentação

“mama cheia, a melhor coisa é o gelo... não valia a pena andar com outras coisas para descongestionar... água quente e depois gelo, depois de ele mamar” (E3).

Em suma, a relação entre a literacia em saúde materna e a amamentação leva a concluir que muitas complicações no RN poderiam ser prevenidas através da educação e da promoção da literacia em saúde materna na mulher grávida (Khorasani et al., 2018)

Emergiu também a subcategoria **conhecendo os cuidados com a higiene o RN**, dado que esta foi uma preocupação verbalizada pelas mulheres grávidas durante o período gravídico, que motivou a procura de informação de forma a capacitá-las no cuidado ao RN.

“O banho é o que me faz impressão, porque é muito pequenino, mas pronto, na maternidade também dão o primeiro banho... de qualquer das maneiras o meu marido também foi à parte, a uma prática [da PPPP] do banho.” (E11);

“Faz-me uma pequena confusão... eu até comprei para a banheira um tipo colchão, caso ela escorregue ele não bata em lado nenhum (...) comprei e elas ensinaram-me, mas prontos, tenho sempre medo” (E2).

A preparação da roupa de recém-nascido foi referida por duas das participantes como algo que suscitou dúvidas:

“Ao início fazia-me muita confusão... as calças, as calças interiores, os interiores... eu achava que o bebé era só a fralda e o body (...) depois comecei a ver as lojas, a ver o que é que efetivamente era aquilo (...) às 37 semanas comecei a arranjar a mala e está, acho que está tudo lá dentro.” (E3);

“Nós sentimos dificuldade, por causa dos algodões, porque vai nascer no verão, e há algodões que são muito quentinhos, eu sei que o bebé nasce e tem frio não é, mas... sim, mas a minha irmã ajudou-me muito nisso, porque, lá está, nós não sabemos, é tudo novo” (E10).

Faz-se referência à segurança rodoviária na subcategoria **conhecendo como garantir a segurança rodoviária do RN**:

“Na maternidade também me deram um papel, para confirmar a norma da cadeira, se a nossa cadeira tem o código que corresponde ao da norma, se está bem identificada” (E4);

“Nas aulas de preparação, com o ovo, a segurança, se tem isofix se não tem, as condições do carro, sim... foi tudo abordado” (E6);

“Falou-se na preparação para o parto, de as crianças andarem para trás até aos 4 anos” (E9).

As participantes revelaram preocupação em conhecer sinais de alerta no recém-nascido e saber como atuar corretamente, tendo-se identificado a subcategoria **conhecendo estratégias para atuar perante sinais de alerta do RN**.

“Falaram-me sobre as cólicas do bebé (...)” (E2);

“Naqueles primeiros 15 dias que o bebé vai para casa, é muito sensível, a enfermeira até nos ensinou os 5 sinais de perigo para o bebé, do vómito, do estar quietinho, isso é muito importante porque assim nós já sabemos o que é que temos de fazer (E10).

A procura de informação por parte da mulher grávida e casal evidenciada nos discursos das participantes é justificada pelo estudo de Letourneau, *et al.* (2015), em que se concluiu que a participação em programas de literacia em saúde, especificamente relativa a recém-nascidos, teve um impacto positivo nos comportamento e atitudes dos pais no período pós-parto relativos ao cuidado com o recém-nascido. Também o estudo de Lori, Ofosu-Darkwah, Boyd, Banerjee e Adanu (2017) refere que, mulheres que participaram em programas educacionais de grupo no período pré-natal, evidenciaram saber quando

recorrer a serviços de saúde e demonstraram melhor compreensão acerca do aleitamento materno.

Lori et al. (2017) referem a importância de otimizar a comunicação entre EEESMO e mulher grávida/casal de forma a melhorar a literacia em saúde materna, e dessa forma, assegurar os cuidados adequados ao RN. De salientar que o momento do nascimento e o pós-parto imediato são momentos de *stress* significativo, coincidentes com a transmissão de uma grande quantidade de informação relativa ao cuidado ao RN por parte dos profissionais de saúde (Mackley, Winter, Guillen, Paul, & Locke, 2016)

Um baixo nível de literacia em saúde foi associado a uma menor autoeficácia parental em pais de recém-nascidos, o que vem reforçar a importância de as mulheres, durante a gravidez, e de preferência o casal, serem capacitados para cuidar do RN através da educação para a saúde, inserida tanto em consultas de assistência em saúde pré-natal como em sessões de PPPP. (Fong, et al., 2018).

Os conhecimentos das participantes relativos ao cuidado ao RN na presente investigação foram adquiridos quer nas consultas de assistência em saúde pré-natal, quer na PPPP, quer em *workshops* que as procuraram e frequentaram. Estas fontes de informação permitiram que as participantes aumentassem o seu conhecimento sobre a importância da amamentação, nomeadamente da amamentação na 1ª hora de vida, desenvolvessem conhecimento sobre como controlar desconfortos e prevenir complicações da amamentação, desenvolvessem estratégias para cuidar da higiene do RN, da sua segurança rodoviária e conhecessem os sinais de alerta no RN e como atuar na sua presença.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados globais de todas as categorias e subcategorias encontradas na presente investigação podem ser esquematizados na figura 8

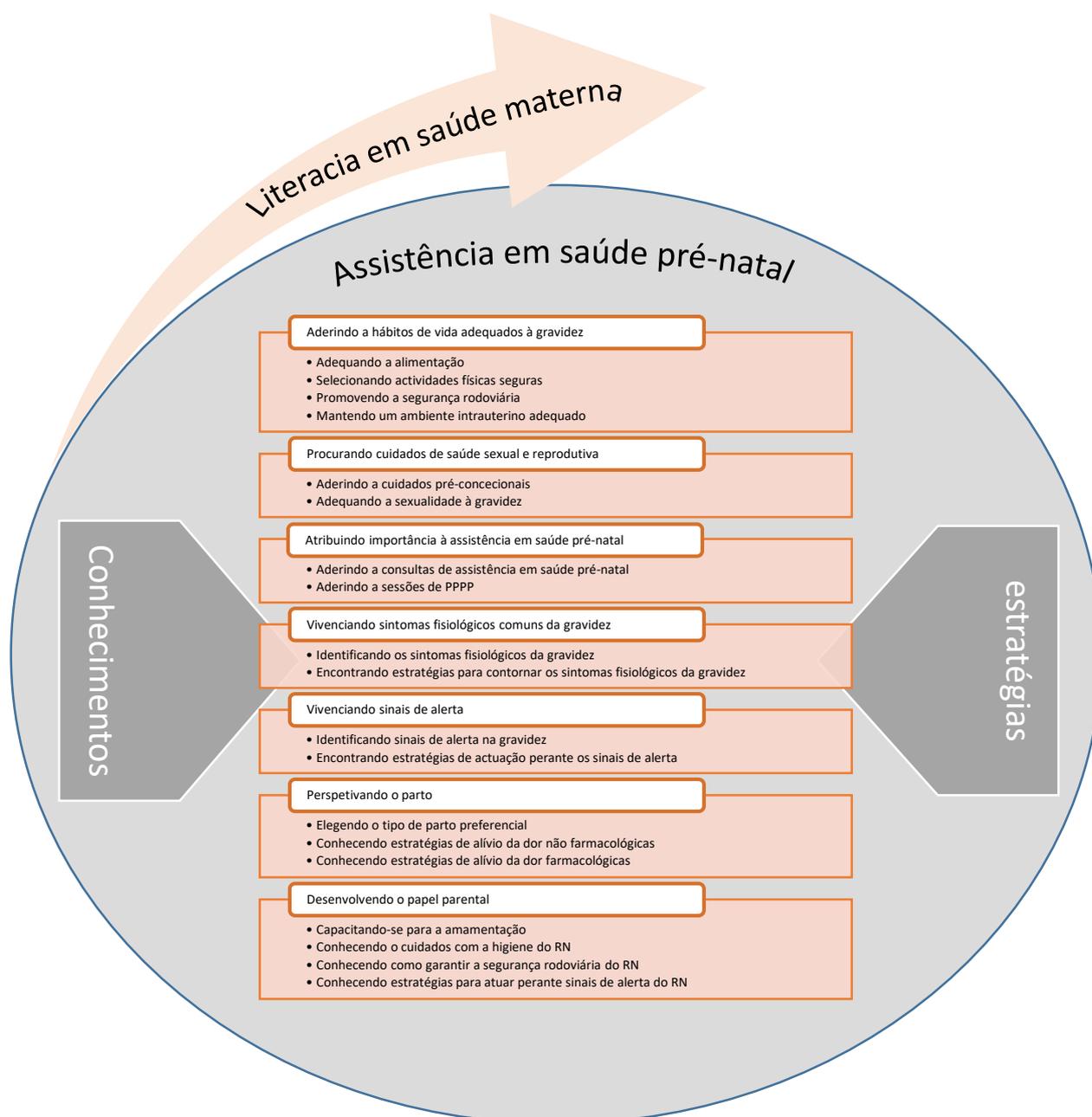


Figura 8 - A literacia em saúde materna da mulher grávida: categorias e subcategorias identificadas

Da investigação desenvolvida resultaram as seguintes sete categorias, também representadas na figura 8 (quadrados brancos):

- Aderindo a hábitos de vida adequados à gravidez;
- Procurando cuidados de saúde sexual e reprodutiva;
- Atribuindo importância à assistência em saúde pré-natal;
- Vivenciando sintomas fisiológicos comuns da gravidez;
- Vivenciando sinais de alerta;
- Perspetivando o parto;
- Desenvolvendo o papel parental.

Estas categorias pretendem traduzir o modo como as mulheres grávidas participantes no estudo se adaptaram à gravidez de modo a promoverem a saúde pré-natal. Se, por um lado, os conhecimentos que possuíam antes da gravidez foram úteis, as participantes reconheceram que a assistência pré-natal foi fundamental para aprofundar conhecimentos relativos à saúde materna, promotores de uma gravidez saudável e positiva. A assistência em saúde pré-natal, tanto a nível de consultas pré-natais, como a nível de sessões de PPPP, foi o suporte, o pano de fundo como representado na figura 8, para que a mulher adquirisse estratégias que lhe permitiram tomar decisões, tanto no que se refere à adesão a hábitos de vida adequados à gravidez, como perante sintomas fisiológicos comuns da gravidez e perante sinais de alerta que coloquem em causa o bem-estar materno-fetal.

A assistência de saúde pré-natal foi também essencial na tomada de decisões, numa perspetiva antecipatória, no que se refere ao projeto de saúde relativo ao parto. As participantes demonstraram os conhecimentos adquiridos na assistência pré-natal e de que forma utilizam esses mesmos conhecimentos na ponderação do tipo de parto preferencial e na seleção de estratégias de alívio da dor, farmacológicas e não farmacológicas. É verbalizado pelas participantes a aquisição de estratégias de alívio da dor não farmacológicas, nomeadamente na PPPP, que poderão utilizar durante o trabalho de parto.

A assistência de saúde pré-natal capacitou também as participantes no que se refere ao cuidado ao RN, em diversas vertentes, nomeadamente a nível da higiene, amamentação e segurança.

A assistência de saúde que tenha uma abordagem abrangente será tanto mais eficaz, quanto mais as intervenções abordarem os conhecimentos, as habilidades e as atitudes de todas as partes envolvidas, dentro de seu contexto. Nesta abordagem, combinam-se estratégias de intervenção que melhorem a literacia em saúde das pessoas envolvidas (Health Literacy Centre Europe, 2017). Particularmente na saúde materna, os EEESMO devem informar e capacitar a mulher grávida com vista a dar-lhes oportunidades para que esta se sinta mais competente, independente, autoconfiante e seja capaz de encontrar a resolução para as suas necessidades (Pereira, Fernandes, Tavares, & Fernandes, 2011).

Nesta investigação, a nível de consultas de assistência em saúde pré-natal, as participantes referiram o médico como profissional que lhes deu conhecimentos e estratégias para tomar decisões ao longo da gravidez. Os cuidados de enfermagem, a nível das consultas de assistência em saúde pré-natal, foram descritos por procedimentos concretos, havendo referência a intervenções educativas de enfermagem inseridas nas consultas de assistência em saúde pré-natal no sector público (CSP e maternidade). No sector privado as participantes apenas contactaram com médico obstetra.

Por outro lado, a PPPP, realizada por EEESMO foi descrita pelas participantes como uma fonte conhecimentos e estratégias importantes para promover o conhecimento e as habilidades da mulher grávida relativamente à gravidez, trabalho de parto, parto e no cuidado ao RN. As EEESMO que realizaram sessões de PPPP surgem, nos discursos das participantes, com profissionais que lhes deram conhecimentos sobre os cuidados a ter consigo próprias e com o RN e em quem confiaram para esclarecer dúvidas.

Desconhece-se se os enfermeiros presentes nas consultas de assistência em saúde pré-natal que as mulheres grávidas frequentaram eram EEESMO. Seja pela natureza da assistência em saúde pré-natal, ou pela perceção social ainda atribuída ao médico nas consultas, certo é que as mulheres grávidas se referem aos EEESMO na PPPP como um papel de destaque, quando comparados com os enfermeiros presentes nas consultas de assistência em saúde pré-natal. Considera-se pertinente a realização de investigações futuras que comparem os conhecimentos e estratégias das mulheres adquiridos na assistência de saúde pré-natal com enfermeiros generalistas e com EEESMO.

Nesta investigação, as consultas de assistência em saúde pré-natal e as sessões de PPPP surgiram como meios que se complementam na aquisição de conhecimentos e de

estratégias pelas participantes, para que, enquanto mulheres grávidas, tomarem decisões promotoras de uma gravidez saudável.

Em consonância com o que Jardim, Silva e Fonseca (2017) referem e cruzando com os resultados obtidos na presente investigação, os EEESMO, na assistência de saúde pré-natal, têm o potencial de, pelas suas ações educativas, proporcionar confiança na relação entre o profissional e a mulher e promover o protagonismo das mulheres grávidas nas suas decisões relativas à gravidez, ao parto e ao pós-parto. Torna-se assim possível produzir ganhos em saúde pela promoção da autonomia da mulher grávida nas decisões e pela sua capacitação para o autocuidado e autovigilância. Promove-se, desta forma, a vivência positiva dos processos fisiológicos relacionados com a maternidade.

Ligando os resultados obtidos à definição de literacia em saúde, é possível identificar que as participantes demonstraram conhecimentos e capacidades para utilizar as informações que lhes foram dadas por profissionais de saúde para fazer opções no seu dia a dia promotoras de uma gravidez saudável. Recorda-se, como exemplo, a adesão a hábitos de vida adequados à gravidez, no que se refere à alimentação, à atividade física, à segurança e ao uso de substâncias psicoactivas. Evidenciou-se a facilidade de as participantes comunicarem com profissionais de saúde, entenderem as informações que estes lhes transmitiram, identificar as próprias lacunas de conhecimento e esclarecer dúvidas, nomeadamente perante sintomatologia fisiológica comum da gravidez e perante sinais de alerta. Demonstraram também o senso de responsabilidade e de controle da sua própria saúde, sabendo tomar decisões baseadas no conhecimento e nas informações disponíveis, evidenciando habilidades para aplicar na prática esses mesmos conhecimentos.

CONCLUSÃO

A realização desta investigação tornou-se aliciante por possibilitar o estudo de uma temática ainda pouco abordada em Portugal, e por se revelar importante tanto para o bem-estar materno-fetal como para a vivência positiva da gravidez e maternidade: a literacia em saúde materna.

Foi possível, através desta investigação de natureza qualitativa e por meio de entrevistas semiestruturadas, conhecer a literacia em saúde materna das doze mulheres grávidas que participaram no estudo, com vista a vivenciarem uma maternidade saudável.

Os objetivos definidos no início da investigação foram identificar os conhecimentos da mulher grávida sobre a promoção da saúde pré-natal e conhecer as estratégias da mulher grávida para tomar decisões promotoras de uma gravidez saudável.

Da análise realizada, resultou um sistema de codificação composto por sete categorias:

- Aderindo a hábitos de vida adequados à gravidez;
- Procurando cuidados de saúde sexual e reprodutiva;
- Atribuindo importância à assistência em saúde pré-natal;
- Vivenciando sintomas fisiológicos comuns da gravidez;
- Vivenciando sinais de alerta;
- Perspetivando o parto;
- Desenvolvendo o papel parental.

Inserido na categoria **Aderindo a hábitos de vida adequados à gravidez**, as participantes demonstraram conhecimentos que possuíam previamente e que adquiriram, adequando a alimentação, selecionando atividades físicas seguras, promovendo a segurança rodoviária e mantendo um ambiente intrauterino adequado.

As participantes souberam identificar hábitos alimentares anteriores como saudáveis, nomeadamente uma alimentação variada e equilibrada, evitar alimentos doces, fritos e processados e ingerindo uma adequada quantidade de água diariamente. Durante a gravidez, a procura autónoma por informação relativa a alimentação saudável e aumento ponderal adequado na gravidez e o contacto com os diversos profissionais de saúde permitiram-lhes tomar consciência dos seus hábitos alimentares e,

consequentemente, fazer alterações alimentares no sentido de promover o bem-estar materno-fetal, evidenciando desta forma uma adequada literacia em saúde materna no que diz respeito à alimentação. Os desejos alimentares e o aumento do apetite no segundo e terceiro trimestre foram os motivos dissuasores da adesão a uma alimentação adequada à gravidez.

Selecionando atividades físicas seguras, as participantes referiram realizar caminhadas, bicicleta, bola de pilates e natação. Descreveram as atividades praticadas como promotoras de conforto e atenuantes dos desconfortos físicos comuns da gravidez, demonstrando preocupação em conhecer atividades físicas seguras que não coloquem em risco o bem-estar materno-fetal. Os motivos que condicionaram a atividade física durante a gravidez foram estar perante uma gravidez de risco, os desconfortos físicos comuns da gravidez (edemas dos membros inferiores, cansaço), eritema noduloso da grávida e a presença de colo cervical curto.

Promovendo a segurança rodoviária, as participantes referiram aderir ao uso do cinto de segurança, contudo desconhecem os cuidados a ter relativos ao uso do airbag frontal.

Mantendo um ambiente intra-uterino adequado, as participantes procuraram medidas preventivas de contaminação por toxoplasmose, tomam medicação apenas prescrita pelo médico (exceção-se a toma de paracetamol em doses adequadas) e diminuíram o consumo de cafeína e de tabaco, quando existia esse consumo prévio.

Os hábitos de vida que as participantes referiram ter alterado ou melhorado demonstram que as mulheres grávidas adquiriram conhecimentos e encontraram estratégias durante o período pré-concepcional e o período pré-natal que lhes permitiram selecionar e adotar hábitos de vida equilibrados.

Relativamente à categoria **Procurando cuidados de saúde sexual e reprodutiva**, as mulheres grávidas evidenciam conhecimentos e estratégias promotoras de uma gravidez saudável aderindo a cuidados pré-concepcionais. Nove das doze participantes aderiram aos cuidados pré-concepcionais. As participantes que não receberam cuidados pré-concepcionais referem como motivo tratar-se de uma gravidez não planeada, mas desejada. Adequando a sexualidade à gravidez, as participantes verbalizaram medos e mitos, e referiram que os conhecimentos e estratégias adquiridos na assistência de saúde pré-natal permitiu que os mesmos fossem ultrapassados.

A categoria **Atribuindo importância à assistência em saúde pré-natal** permitiu conhecer que a tomada de decisão pelo local de vigilância da gravidez divergiu entre CSP, CSP e médico obstetra, médico obstetra, e maternidade. As participantes que

optaram por ser vigiadas apenas do CSP consideraram que a informação que lhes foi transmitida pelos profissionais de saúde foi suficiente. As participantes que optaram por vigiar a gravidez nos CSP e obstetra particular apontaram como motivos a garantia de segurança, o querer fazer tudo para que assegurar o bem-estar materno-fetal e a rapidez de atendimento no obstetra particular. Os cuidados prestados no sector público e privado complementaram-se; a preferência pelo sector privado deve-se, principalmente, à possibilidade de realizar ecografias com mais frequência do que nos CSP. As participantes seleccionaram o local de PPPP tendo em conta a proximidade e a facilidade de horário. Referem que a PPPP é importante para a mulher saber cuidar de si enquanto grávida, reconhecer sinais de alerta e saber como atuar, conhecer a dinâmica do trabalho de parto e parto e desenvolver competências de cuidado ao RN, constituindo um local de esclarecimento de dúvidas. As consultas de assistência em saúde pré-natal e as sessões de PPPP surgem, nos discursos das participantes, como meios que se complementam na aquisição de conhecimentos e de estratégias para, enquanto mulheres grávidas, tomarem decisões promotoras de uma gravidez saudável.

Inserido na categoria **Vivenciando sintomas fisiológicos comuns da gravidez** foi possível identificar a azia, náuseas, dores lombares e pélvicas, veias varicosas e edema, câibras nas pernas, obstipação, cansaço e alterações do padrão de sono, como os sintomas fisiológicos vivenciados pelas participantes. Identificaram-se as estratégias encontradas pelas as mulheres grávidas com vista a contornar cada uma desta sintomatologia fisiológica. As estratégias encontradas pelas mulheres grávidas foram, na sua generalidade, consonantes com as recomendações da Organização Mundial de Saúde.

Identificou-se a categoria **Vivenciando sinais de alerta** onde se enquadram os conhecimentos que as participantes referiram ter sobre sinais de alerta e as estratégias a que recorreram na sua presença. As participantes identificaram como sinais de alerta que as hemorragias, a diminuição ou ausência de movimentos ativos fetais, a presença de contrações ritmadas, a rutura de membranas, as cefaleias, a dor, febre e presença de corrimento. Perante sinais de alerta, as utentes desenvolveram estratégias no sentido de procurar profissionais de saúde. As participantes recorreram a cuidados de saúde primários e a linhas telefónicas evitando como primeira opção na procura de cuidados de saúde o serviço de urgência, demonstrando assim capacidade de seguir recomendações e decidir como e quando procurar um profissional de saúde.

Relativamente à categoria **Perspetivando o parto**, sete das doze participantes referiram conhecer o plano de parto, contudo nenhuma se demonstrou sensibilizada para o escrever e entregar nas maternidades. Identificaram-se como motivos para a não

realização do plano de parto o facto de as participantes não quererem ver as suas expectativas frustradas, desconhecerem o ambiente e a dinâmica do trabalho de parto e parto e não sentirem confiança para impor por escrito nenhuma obrigatoriedade relativa ao trabalho de parto e parto. Fica a dúvida se a não realização do plano de parto está relacionado com o facto de as participantes serem nulíparas, pelo que se sugere a realização de estudos futuros que comparem a adesão ao plano de parto por nulíparas e por primíparas/múltiparas, de modo a conhecer a influencia da paridade e da experiência de parto na adesão ao plano de parto.

As participantes desejam um trabalho de parto rápido e fácil, excluindo a hipótese de um parto no domicílio. Referem a preferencia por um trabalho de parto e parto o mais natural possível, a nível hospitalar, sem realização de episiotomia, sendo a cesariana encarada como opção de último recurso pois é associada a uma recuperação no pós-parto mais difícil e a riscos inerentes a uma intervenção cirurgica (à excepção de E2 que pretende parto por cesariana). Na eleição do tipo de parto preferencial é deixado claro pelas participantes que o bem estar fetal/neonatal é o factor decisivo para o tipo de parto.

Como estratégias de alívio da dor não farmacológicas conhecidas das participantes foram referidas a respiração, a bola de Pilates, a liberdade de movimentos, a massagem e a musicoterapia. A estratégia de alívio da dor farmacológica do conhecimento das participantes é a analgesia epidural, que foi associada a, por um lado, ao alívio da dor e ao melhor envolvimento ativo da parturiente no processo e, por outro, riscos associados à técnica.

Na categoria **Desenvolvendo o papel parental** foi possível identificar os temas que as mulheres grávidas procuraram durante a gravidez para aumentarem o seu conhecimento sobre amamentação, como controlar desconfortos e prevenir complicações da amamentação e para desenvolverem estratégias para cuidar da higiene do RN, da sua segurança rodoviária e saber como atuar perante sinais de alerta no RN. Os conhecimentos relativos ao cuidado ao RN foram adquiridos nas consultas de assistência em saúde pré-natal, na PPPP e em *workshops*.

Conclui-se assim que as mulheres grávidas do presente estudo tiveram o cuidado de procurar, em diversas fontes, conhecimentos que lhes permitiram melhorar a capacidade para cuidar de si próprias enquanto grávidas, estar na posse de conhecimentos que as capacitaram para tomar decisões durante o trabalho de parto e parto e que lhes permitiram desenvolver estratégias para cuidar do recém-nascido de forma autónoma e responsável, assegurando-lhe os melhores cuidados.

Pode-se também concluir que a gravidez constitui uma oportunidade para ensinar e aconselhar a mulher grávida a tornar-se consciente das vantagens de ter um estilo de vida saudável, o que irá influenciar a sua saúde não só enquanto grávida, mas também ao longo do seu ciclo vital e dos seus filhos, inseridos no contexto familiar em que se encontram.

Ao longo dos discursos das participantes, ficou claro que a PPPP foi referida como importante fonte de educação pré-natal, local de eleição para esclarecer dúvidas, que dotou a mulher grávida de conhecimentos e de estratégias que lhe permitiu tomar as decisões adequadas à promoção da saúde, tornando a mulher mais consciente e autónoma. A PPPP revelou-se, assim, promotora da literacia em saúde materna, ficando constituído um campo de ação privilegiado para os EEESMO aumentarem os conhecimentos das mulheres grávidas, de modo a minimizar as intercorrências perinatais, intensificar a sua capacidade para conhecer sinais de alerta e dar-lhe ferramentas para resolver problemas, capacitando-a também no desempenho do papel de mãe.

Perante o exposto, considera-se que os objetivos propostos inicialmente para esta investigação foram cumpridos, emergindo contributos importantes para a reflexão sobre a prática dos EEESMO. De um modo geral, estes têm a oportunidade de, em diversas áreas de actuação, transmitir conhecimento, estimular e orientar a mulher grávida para a tomada de decisão livre e esclarecida sobre a sua saúde, durante a gravidez, trabalho de parto, parto, pós-parto e no cuidado ao seu filho ao longo do ciclo vital. Desta forma será possível a mulher sentir-se capacitada e experienciar a gravidez e a maternidade de forma positiva, de acordo com as recomendações internacionais.

Durante o desenvolvimento desta investigação, a investigadora deparou-se com limitações e dificuldades. Destaca-se a inexperiência como investigadora, nomeadamente na realização de entrevistas semi-estruturadas e na perícia para lidar com os preceitos metodológicos da investigação qualitativa.

Numa fase empírica inicial, a questão ética sobre se irá causar perturbação nos participantes levou a que se realizassem várias tentativas de acesso a sujeitos que cumpriam os critérios de inclusão, contudo não se foi exaustivo para preservar os direitos dos mesmos. O facto de não se ter sido insistente dificultou marcação de entrevistas com a mulher enquanto grávida, o que levou à perda possíveis participantes.

Na realização de entrevistas, particularmente as primeiras entrevistas, a preocupação com a realização de perguntas revelou-se limitadora da capacidade de escuta do que a mulher pretendia partilhar. O facto de transcrever a entrevista após a sua realização e

antes de realizar uma nova entrevista permitiu tomar consciência deste facto e mudar a atitude enquanto entrevistadora, de forma a melhorar a capacidade de escuta activa e de validação da informação transmitida pela participante.

Outra limitação da presente investigação está implícita na natureza qualitativa da mesma, nomeadamente no que respeita à impossibilidade de generalização dos resultados. Contudo, e consonante com a metodologia desta natureza, foi possível aceder a sentimentos, desejos e experiências que enriqueceram os resultados obtidos e abrem caminhos para futuras investigações.

Termina-se esta investigação com a consciência de que muito fica por explorar relativamente à literacia em saúde materna da mulher grávida, nomeadamente temas que não foram abordados ou explorados em profundidade nesta investigação. Sugere-se, por isso, a realização de investigações futuras que avaliem a literacia em saúde materna desde o período pré-concepcional até ao pós-parto, numa perspetiva longitudinal. Desta forma será possível compreender como se processa a aquisição da literacia em saúde materna, e em que momentos o EEESMO pode atuar mais eficazmente para garantir uma adequada literacia em saúde materna de todas as mulheres grávidas. Outra sugestão de estudo corresponde a literacia em saúde materna na mulher que vivencia uma gravidez de risco, e de que modo os EEESMO podem transmitir conhecimentos e estratégias para promover uma gravidez positiva apesar da situação de risco. Perante o medo e desconhecimento relativo ao trabalho de parto e parto que parece justificar a não adesão ao plano de parto nas grávidas nulíparas que constituíram a amostra, sugere-se também a realização de estudos futuros que comparem a adesão ao plano de parto por nulíparas e por primíparas/multíparas, de modo a conhecer a influência da paridade e da experiência de parto na adesão ao plano de parto. Por último, e com vista a conhecer a importância da especialização em EEESMO, considera-se pertinente a realização de investigações futuras que comparem os conhecimentos e estratégias das mulheres adquiridos na assistência de saúde pré-natal com enfermeiros generalistas e com EEESMO.

A realização desta investigação constituiu, na sua generalidade, uma experiência gratificante, não só a nível profissional como também a nível pessoal, apesar de ter exigido, nas diferentes fases da sua elaboração, disponibilidade e esforço devido à complexidade do processo de investigação.

A nível profissional permitiu a tomada de consciência da importância de escuta da experiência da mulher grávida enquanto pessoa e enquanto utente do sistema de saúde, as dificuldades que vivencia e a forma como sente que lhe são prestados cuidados de

saúde, particularmente de enfermagem especializada. A escuta ativa destas experiências exige, pela tomada de consciência das próprias ações da investigadora, a mudança de postura para uma intervenção mais adequada às particularidades de cada utente, nas suas diferentes dimensões.

A partilha de experiências/dúvidas/espectativas e anseios ultrapassam a dimensão de trabalho académico, para constituir uma partilha do que é ser mulher hoje, das dificuldades sentidas e das expectativas sociais relativas ao papel de mãe. A nível pessoal, considera-se que a investigação permitiu um aproximar-se da esfera íntima da mulher grávida, dos seus sentimentos como grávida e como pessoa. Nesta partilha, o crescimento pessoal está inerente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, G., & Souza, M. (2016). O conhecimento da Gestante sobre a hipertensão na gravidez. *Revista de Atenção Primária à Saúde*, 396-402. Recuperado de <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2558/1016>
- Almeida, I. (2015). *Hábito alimentar gestacional e intercorrências obstétricas: uma revisão de literatura*. Universidade Federal da Paraíba Centro de Ciências da Saúde Departamento de Nutrição.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2016). Health Literacy to Promote Quality of Care: Committee Opinion *Obstetrics & Gynecology* (676). Recuperado de <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications>
- Bender, S., Sveinsdóttir, E., & Fridfinnsdóttir, H. (2018). "You stop thinking about yourself as a woman". An interpretive phenomenological study of the meaning of sexuality for Icelandic women during pregnancy and after birth. *Midwifery*, 6214-19.
- Blau, L. E., Orloff, N. C., Flammer, A., Slatch, C., & Hormes, J. M. (2018). Food craving frequency mediates the relationship between emotional eating and excess weight gain in pregnancy. *Eating Behaviors*, 31, 120–124.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação - uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- Braz, P., Machado, A., Rodrigues, A. P., & Simões, J. A. (2017). *Prevenção primária dos defeitos do tubo neural – adesão à toma de ácido fólico: resultados preliminares da Rede Médicos-Sentinela*. Recuperado de Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge - Departamento de Epidemiologia: http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/4872/1/Boletim_Epidemiologico_Obse rvacoes_N20_2017_artigo1.pdf
- Capito, I. F. (2017). *Hábitos Desportivos durante a Gravidez*. Lisboa: Clínica Universitária de Obstetrícia e Ginecologia - Faculdade de Medicina Lisboa. Recuperado de <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/31365/1/InesFCapito.pdf>
- Carpenter, D. R., & Streubert, H. J. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem* (5ª ed.). Loures: Lusodidacta.
- Carvalho, C. (2016). *Fitoterapia na gravidez: segurança e eficácia de produtos à base de plantas no alívio de sintomas e desconfortos associados à gravidez*. Coimbra: Universidade de Coimbra - Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra. Recuperado de https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/47852/1/M_Claudia%20Carvalho.pdf
- Committee on Obstetric Practice. (2017). Methods for estimating the due date. (A. I.-S.-F. Medicine, Ed.) *Committee Opinion*, 1-5. Recuperado de

<https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Methods-for-Estimating-the-Due-Date>

- Coutinho, E., Pereira, C., Amaral, M., Nelas, P., Chaves, C., Veiga, N., & Cruz, C. (2017). Consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 193-201. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6305354>
- Coutinho, E., Pereira, C., Nelas, P., Chaves, C., Amaral, O., & Cruz, C. (2018). Determinantes do consumo de tabaco durante a gravidez e vigilância de gravidez. *Revista de Psicología*, 335-342.
- Cruz, F. (2014). *A Dieta e os Hábitos da Grávida e as suas Consequências na Saúde*. Porto: Universidade Fernando Pessoa. Recuperado de https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4599/1/PPG_21390.pdf
- DGS. (2015a). *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- DGS. (2015b). *Alimentação e nutrição na gravidez - Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Fernández-Gutiérrez, M., Bas-Sarmiento, P., Albar-Marín, M. J., Paloma-Castro, O., & Romero-Sánchez, J. (2018). Health literacy interventions for immigrant populations: a systematic review. *International Nursing Review*, 65, 54-64. doi:10.1111/inr.12373
- Ferreira, S. R. (2013). *Literacia na Gravidez: Utilização da internet como fonte de informação*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Fong, H.-f., Rothman, E., Garner, A., Ghazarian, S., Morley, D., Singerman, A., & Bair-Merritt, M. (2018). Association between Health Literacy and Parental Self-Efficacy among Parents of Newborn Children. *The Journal of Pediatrics*.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freixo, M. L. (2015). *Implicações da utilização da analgesia epidural na evolução do trabalho de parto*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Recuperado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30774/1/TESE.pdf>
- Gharachourlo, M., Mahmoodi, Z., Kamrani, M., Tehranizadeh, M., & Kabir, K. (2018). The effect of a health literacy approach to counselling on the lifestyle of women with gestational diabetes: A clinical trial. *F1000research*. doi:doi:10.12688/f1000research.13838.1
- Goes, A. R., Câmara, G., Loureiro, I., Bragança, G., Nunes, L. S., & Bourbon, M. (2015). «Papa Bem»: investir na literacia em saúde para a prevenção da obesidade infantil. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 12-23.
- Gonçaves, A. (2015). *Literacia em Saúde e utilização dos serviços de saúde*. (Dissertação de Mestrado). Porto: Associação de Politécnicos do Norte: Instituto Politécnico do Porto.
- Guerra, M., Braga, M., Quelhas, I., & Silva, R. (2014). Promoção da saúde mental na gravidez e no pós-parto. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 117-124. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpasm/nspe1/nspe1a19.pdf>

- Guimarães, G. P. (2013). *Educação em saúde como espaço dialógico para a vivência da gravidez de alto risco*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde. Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/106903/317811.pdf?sequence=1>
- Health Literacy Centre Europe. (2015a). *Costs of low health literacy*. Obtido de Health Literacy Centre Europe: <http://healthliteracycentre.eu/costs-of-low-health-literacy/>
- Health Literacy Centre Europe. (2015b). *Low Health Literacy in Europe*. Obtido de Health Literacy Centre Europe: <http://healthliteracycentre.eu/low-health-literacy-in-europe/>
- Health Literacy Centre Europe. (2015c). *Understanding Health Literacy*. Obtido de Health Literacy Centre Europe: <http://healthliteracycentre.eu/understanding-health-literacy/>
- Health Literacy Centre Europe. (2017). *Comprehensive approach more effective*. Obtido de Health Literacy Centre Europe: <http://healthliteracycentre.eu/comprehensive-approach-more-effective/>
- Hernandez-Mekonnen, R., Duggan, E. K., Oliveros-Rosen, L., Gerdes, M., Wortham, S., Ludmir, J., & Bennett, I. M. (2016). Health Literacy in Unauthorized Mexican Immigrant Mothers and Risk of Developmental Delay in their Children. *Journal Of Immigrant And Minority Health*, 1228-1231.
- ICN. (2015). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2015*. Ordem dos Enfermeiros.
- Jardim, M., Silva, A., & Fonseca, L. (2017). Contribuições do enfermeiro para o empoderamento da gestante no processo de parturição natural. *VIII Jornada Internacional Políticas Públicas*. Maranhão: Universidade Federal do Maranhão.
- Khorasani, E. C., Peyman, N., & Esmaily, H. (2018). Measuring maternal health literacy in pregnant women referred to the Healthcare Centers of Mashhad, Iran, in 2015. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*, 6 (1), 1157-1162. Recuperado de http://jmrh.mums.ac.ir/article_9613_783f6021f5770042ba50f6b82cf4cf2d.pdf
- Kilfoyle, K. A.; Vitko, M.; O'Connor, R. & Bailey, S. C. (2016). Health Literacy and Women's Reproductive Health: A Systematic Review. *Journal of Women's Health*, 25 (12), 1237–1255. doi:10.1089/jwh.2016.5810
- Klinich, K., Flannagan, C., Rupp, J., Sochor, M., Schneider, L., & Pearlman, M. (2008). Fetal outcome in motor-vehicle crashes: effects of crash characteristics and maternal restraint. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 450.e1-9. Recuperado de [https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(08\)00145-2/pdf](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(08)00145-2/pdf)
- Kottwitz, F., Gouveia, H., & Gonçalves, A. (2017). Via de parto preferida por puérperas e suas motivações. *Escola Anna Nery*, 1-8. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000100201&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Lam, W. C., To, W. W., & Ma, E. S. (2016). Seatbelt use by pregnant women: a survey of knowledge and practice in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 420-427. doi:10.12809/hkmj164853

- Lehuteur, D., Strapasson, M. R., & Fronza, E. (2017). Non-pharmacological management of relief in deliveries assisted by an obstetric nurse. *Journal Of Nursing UFPE*, 4929-4937. Recuperado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/22487/25309>
- Letourneau, N., Whitty, P., Watson, B., Phillips, J., Joschko, J., & Gillis, D. (2015). The influence of newborn early literacy intervention programs in three canadian provinces. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 245-265.
- Lori, J. R., Ofosu-Darkwah, H., Boyd, C. J., Banerjee, T., & Adanu, R. M. (2017). Improving health literacy through group antenatal care: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 1-9. Recuperado de <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-017-1414-5>
- Loureiro, I. (2009). Competências para promover a saúde. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 81-103.
- Mackley, A., Winter, M., Guillen, U., Paul, D. A., & Locke, R. (2016). Health Literacy Among Parents of Newborn Infants. *Advances in Neonatal Care : Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 283–288. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4955655/pdf/nihms768548.pdf>
- Magalhães, A. F. (2016). *Consumo de álcool durante a gravidez em mulheres portuguesas*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/20738>
- Magalhães, S., Fracoli, L., Siqueira, L., Chiesa, A., & Reticena, K. (2018). Contribuições do pré-natal para o autocuidado de mulheres assistidas por equipes de saúde da família. *Cienc Cuid Saúde*, 1-7.
- Marques, A. (2017). *Tradução, adaptação transcultural e validação de um instrumento de literacia em saúde para adultos*. (Dissertação de Mestrado). Piracicaba: Universidade Estadual de Campinas: Faculdade de Odontologia de Piracicaba .
- Martins, J. C. (2015). *Os cidadãos e o serviço nacional de saúde (SNS): recomendações-chave*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Massa, A. C., Rangel, R., Cardoso, M., & Campos, A. (2015). Diabetes gestacional e o impacto do actual rastreio. *Acta Médica Portuguesa*, 28(1), 29-34. Recuperado de <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/2027/1/AMP%202015.pdf>
- Matias, F., Jeri, A., & Rodrigues, S. (2017). Consumo de cafeína: o que aconselhar na preconcepção e gravidez? *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33(1), 56-62. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732017000100007&lng=pt&nrm=iso. ISSN 2182-5173
- McHugh, A., Burke, N., Burke, G., Breathnach, F., McAuliffe, F., Morrison, J., . . . Malone, F. (2017). The effect of excessive gestational weight gain on mode of delivery and intrapartum complications. *American Journal of Obstetrics & Gynecology - Supplement to JANUARY 2017*, S331-S332.
- Melton, B., Bland, H., Marshall, E., & Bigham, L. (2016). The Effectiveness of a Physical Activity Educational Campaign in a Rural Obstetrics and Gynecology Office. *aternal & Child Health Journal*, 2112-2120.

- Mendes, M. F., Infante, P., Afonso, A., Maciel, A., Ribeiro, F., Tomé, L. P., & Freitas, R. B. (2016). *Determinantes da fecundidade em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. (2016). *Parecer n.º 04/2016*. Recuperado de Ordem dos Enfermeiros: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer04_2016_MCEESMO_SessaoTemposCursoPreparacaoCursoRecuperacaPosParto.pdf
- Mojoyinola, J. K. (2011). Influence of maternal health literacy on healthy pregnancy and pregnancy outcomes of women attending public hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria. *African Research Review*, 5 (3) nº20, 28-39.
- Morais, A. M. (2016). *Expectativas e grau de satisfação da puérpera com o recurso à analgesia epidural durante o trabalho de parto*. Covilhã: Universidade da Beira Interior - Ciências da Saúde. Recuperado de https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/5317/1/4826_9617.pdf
- Moran, L., Flynn, A., Louise, J., Deussen, A., & Dodd, J. (2017). The effect of a lifestyle intervention on pregnancy and postpartum dietary patterns determined by factor analysis. *Obesity*, 1022-1032. doi:10.1002/oby.21848
- Morell, F. C., & Martín, M. J. (2018). Expectativas de parto de las gestantes de La Ribera: una aproximación cualitativa. *Enfermería Global*, 336-347. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n49/en_1695-6141-eg-17-49-00324.pdf
- Mouta, R., Silva, T., Melo, P., Lopes, N., & Moreira, V. (2017). Plano de parto como estratégia de empoderamento feminino. *ev baiana enferm*, 1-10.
- Nascimento, S., Godoy, A., Surita, F., & Silva, J. (2014). Recomendações para a prática de exercício físico na gravidez: uma revisão crítica da literatura. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 20, 1-7. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/2014nahead/0100-7203-rbgo-0100-720320140005030.pdf>
- Navaro, M., Vezzosi, L., Santagati, G., & Angelillo, I. F. (2018). Knowledge, attitudes, and practice regarding medication use in pregnant women in Southern Italy. *Plos One*, 1-14. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198618>
- Neves, A. L., Guimarães, A. I., & Rolão, C. (2012). Suplementação preventiva com ferro oral em grávidas não anémicas. *Acta Obstet Ginecol Port*, 6, 16-19. Recuperado de http://www.fspog.com/fotos/editor2/2012-1artigo_de_revisao.pdf
- New Zealand Nurses Organisation & College of Nurses. (2011). *Call for action – Health literacy policy and practice for nurses*. Recuperado de College of Nurses Aotearoa New Zealand: <http://www.nurse.org.nz/guidelines.html>
- Oliveira, D., Timattana, J., Jung, M., & Benedett, A. (2015). O conhecimento de gestantes sobre os cuidados no período gravídico considerando os mitos e crenças. *Brazilian Journal Of Surgery & Clinical Research*, 146-148.
- Oliveira, F., & Silva, C. (2017). Automedicação na gestação & Educação em saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem do Vale do Paraíba*, 21-32. Recuperado de <http://fatea.br/seer3/index.php/REENVAP/article/view/60>

- OMS. (2006). *Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas*. Genebra: OMS.
- OMS. (2015). *Orientações estratégicas europeias para o fortalecimento da Enfermagem e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica em relação às metas de Saúde*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/OMS_Europa_OrientacoesEstrategicasEuropeias_ONLINE.pdf
- OMS. (2016). *Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez*. Geneva: Organização Mundial de Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Parecer CJ 22/ 2008 Sobre Aulas de Ginástica Pré e Pós Parto*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMaternaObstGinecologica_aprovadoAG20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). PARECER N.º 7 / 2012. *PLANO DE PARTO*. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_7_2012_Plano_de_parto.pdf
- Pagnonceli, J., & Colacite, J. (2016). Infecção urinária em gestantes: revisão de literatura. *Uningá Review*, 26(2), 26-30. Recuperado de <http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1797/1403>
- Paiva, D., Silva, S., Severo, M., Ferreira, P., & Lunet, N. (2017). Prevalência de literacia em saúde inadequada em Portugal medida com o Newest Vital Sign. *Acta Médica Portuguesa*, 30(12), pp. 861-869. Recuperado de <https://doi.org/10.20344/amp.9135>
- Pereira, C., Fernandes, L., Tavares, M., & Fernandes, O. (2011). Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. *Nursing Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, 26(7), 8-15.
- Pereira, F. C., Silva, H. D., Nelson, I. C., Medeiros, S. M., & Paulino, T. S. (2016). Cuidados de enfermagem na consulta de pré natal a gestante diagnosticada com diabetes gestacional. *Revista Humano Ser*, 13-23. Recuperado de <https://periodicos.unifacex.com.br/humanoser/article/view/798/251>
- Pereira, I. (2013). *Literacia em Saúde no Doente Coronário*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- PORDATA. (2018). *PORDATA*. Recuperado de Base de Dados Portugal Contemporâneo: www.pordata.pt

- Rebollo-Garriga, G., Martínez-Juan, J., Puig, G. F., Nieto-Tirado, S., & Rodríguez, L. (2018). Conocimiento y utilización de la visita preconcepcional en atención primaria de salud. *Matronas Profesion*, 19 (52), 52-58.
- Santana, F. A., Lahm, J. V., & Santos, R. P. (2015). Fatores que influenciam a gestante na escolha do tipo de parto. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 17, 123-127. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/21337>
- Santo, E., Caniço, H., & Silva, J. (2015). *Estilos de vida na gravidez, evidências e recomendações*. Coimbra: Faculdade de Medicina - Universidade de Coimbra.
- Santos, I. (2012). *Empoderamento da grávida durante a vigilância da gravidez*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Santos, R. P., Neves, E. T., & Carnevale, F. (2016). Metodologias qualitativas em pesquisa na saúde: referencial interpretativo de Patricia Benner. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69 (1), pp. 192-196.
- Schneider, L., Garcia, N., Oliveira, T., Apolinário-Coêlho, J., Soares-Ferreira, P., & Coelho, N. (2017). Importância da enfermagem na orientação e prevenção da toxoplasmose gestacional. *Revista Conexão Eletrônica*, 303-313. Recuperado de <http://www.aems.edu.br/conexao/edicaoatual/Sumario/downloads/2017/1.%20Ci%C3%A2ncias%20Biol%C3%B3gicas%20e%20Ci%C3%A2ncias%20da%20Sa%C3%BAde/31%20IMPORT%C3%82NCIA%20DA%20ENFERMAGEM%20NA%20ORIENTA%C3%87%C3%83O%20E%20PREVEN%C3%87%C3%83O%20DA%20TOXOPLASMOSE>
- Sequeira, D. A. (2015). *Vivências de enfermeiras durante a sua gravidez de risco*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Recuperado de <http://web.esenfc.pt/?url=ntPQlvF3>
- Serra, M. A. (2014). *Sexualidade do "Casal Grávido" no terceiro trimestre da gravidez: Experiências e ajustamentos*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Serrão, C., Veiga, S., & Vieira, I. (2015). Literacia em Saúde: resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, especial 2*, 33-38.
- Shaw, G. M., Wise, P., Mayo, J., Carmichael, S., Ley, C., Lyell, D., . . . Gould, J. (2014). Maternal prepregnancy body mass index and risk of spontaneous preterm birth. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 28, 302–311. doi:10.1111/ppe.12125
- Silva, D. N. (2014). *Empowerment da grávida: fatores de capacitação para a maternidade*. Viseu: Instituto Politécnico de Viseu.
- Silva, F., Brito, R., Carvalho, J., & Lopes, T. (2016). Uso da acupressão para minimizar desconfortos na gestação. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), 1-7. Recuperado de <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/54699/37575>
- Silva, L., Pessoa, F., Pessoa, D., Cunha, V., Cunha, C., & Fernandes, C. (2015). Análise das mudanças fisiológicas durante a gestação: desvendando mitos. *Revista*

Faculdade Montes Belos, 1-16. Recuperado de <http://revista.fmb.edu.br/index.php/fmb/article/viewFile/11/8>

- Sitras, V., Benth, Š., & Malin, E.-G. (2017). Obstetric and psychological characteristics of women choosing epidural analgesia during labour: A cohort study. *Plos One*, *12*, 1-10.
- Smith, S., & Carroll, L. (2017). Data-driven maternal health literacy promotion and a postscript on its implications. *Information Services & Use*, *37*, 235-252.
- Sousa, A. (2015). *Construir a confiança para o parto: desenvolvimento e avaliação de um programa de intervenção em enfermagem*. Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde. Recuperado de <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/20727>
- Sousa, V., Ribeiro, S., Aquino, C., & Viana, E. (2015). Quality of sleep in pregnant woman with low back pain. *Fisioterapia em Movimento*, 319-326. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502015000200319&lng=en&tIng=en
- Souza, É., Aguiar, M. G., & Silva, B. (2015). Métodos não farmacológicos no alívio da dor: equipe de enfermagem na assistência a parturiente em trabalho de parto e parto. *Rev. Enfermagem Revista*, *18*, 42-56.
- Teixeira, D., Pestana, D., Calhau, C., Vicente, L., & Graça, P. (2015). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável - Alimentação e Nutrição na Gravidez*. Lisboa: Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável - Direcção Geral de Saúde.
- Teixeira, S., Moura, M. A., Silva, L. R., Queiroz, A. B., Souza, K. V., & Netto, L. A. (2015). Violência perpetrada por parceiro íntimo à gestante: o ambiente à luz da teoria de Levine. *Revista Escola Enfermagem Universidade de São Paulo*, *49(6)*, 882-889. doi:10.1590/S0080-623420150000600002
- Wilmore, M., Rodger, D., Humphreys, S. V., Dalton, J., Flabouris, M., & Skuse, A. (2015). How midwives tailor health information used in antenatal care. *Midwifery Journal*, *31(1)*, 74-79.

APÊNDICES

APÊNDICE I

GUIÃO DE ENTREVISTA

GUIA DA ENTREVISTA

LITERACIA EM SAÚDE MATERNA: UMA ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DE UMA GRAVIDEZ SAUDÁVEL

PARTICIPANTES: Mulheres grávidas

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

OBJETIVOS

- Identificar os conhecimentos da mulher sobre saúde materna para compreender os cuidados de saúde que lhe são prestados durante a gravidez;
- Conhecer as competências da mulher para avaliar e utilizar informações sobre saúde materna durante a gravidez;
- Identificar os fatores que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre os diferentes cuidados de saúde que lhe são prestados, durante a gravidez, promotores de uma maternidade saudável.

SOLICITAÇÃO DE DADOS DE CARATERIZAÇÃO

Caraterização sociodemográfica pessoal	Caraterização sociodemográfica do companheiro/cônjuge/pai da criança
Nacionalidade	Nacionalidade
Idade	Idade
Estado civil	Estado civil
Local de residência	Local de residência
Habilitações literárias	Habilitações literárias
Profissão atual	Profissão atual
Caraterização obstétrica:	Caracterização da gravidez atual

<p>Esteve grávida anteriormente?</p> <p>Se sim, diga-me:</p> <p>n.º gravidezes anteriores</p> <p>n.º abortos espontâneos/morte fetal</p> <p>n.º interrupções médicas da gravidez</p> <p>n.º interrupções voluntárias da gravidez</p>	<p>Foi planeada / Desejada?</p> <p>Idade Gestacional</p> <p>Local (ais) de vigilância da gravidez</p> <p>Foi considerada grávida de risco? Porquê?</p> <p>Fez plano de parto? Onde obteve a informação sobre o plano de parto? Quem a ajudou na sua construção? Pode descrevê-lo?</p> <p>Frequentou curso de preparação para o parto? Onde? Quem o realizou? Em que consistiu?</p>
--	--

QUESTÕES ABERTAS

TEMAS	QUESTÕES DE APROFUNDAMENTO
<i>Conhecimentos sobre saúde materna para compreender os cuidados de saúde que lhe foram prestados durante a gravidez</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Que conhecimentos possui sobre a gravidez? - Onde obteve esses conhecimentos? - Que análise faz dos cuidados que lhe foram prestados?
<i>Competências para avaliar e utilizar informações sobre saúde materna durante a gravidez</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Como foi capaz de utilizar tudo o que aprendeu de modo a cuidar de si enquanto grávida?
<i>Fatores que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre as diferentes cuidados de saúde que lhe foram prestados, durante a gravidez</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Quais as áreas em que foi capaz de decidir sobre os cuidados de saúde que pretendia? - O que facilitou e/ou dificultou as suas escolhas / tomadas de decisão sobre os cuidados de saúde? - Qual a importância que atribui á possibilidade de poder escolher / negociar / ter uma participação ativa na decisão sobre os cuidados de saúde prestados?

REGISTO

Contacto:	Código entrevista:		
Local:	Data:	Início:	Fim:

APÊNDICE II

CARTA INFORMATIVA – CONSENTIMENTO INFORMADO

CARTA INFORMATIVA-CONSENTIMENTO INFORMADO

LITERACIA EM SAÚDE MATERNA: UMA ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DE UMA GRAVIDEZ SAUDÁVEL

Maria de Fátima do Rosário Santos, enfermeira a frequentar o VI Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, vem solicitar a sua colaboração no estudo de investigação, subordinado ao tema "Literacia em saúde materna: uma estratégia para a promoção de uma gravidez saudável". Este estudo está integrado na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem e tem como orientadoras a Professora Adjunta Ana Maria Poço dos Santos e a Professora Rita de Cássia Teixeira Rangel da Universidade do Vale do Itajaí.

Pretende-se com este estudo identificar os conhecimentos da mulher sobre saúde materna para compreender os cuidados de saúde que lhe são prestados durante a gravidez; conhecer as competências da mulher para avaliar e utilizar informações sobre saúde materna durante a gravidez; identificar os fatores que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre os diferentes cuidados de saúde que lhe são prestados durante a gravidez, promotores de uma maternidade saudável.

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

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

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

Obrigada, agradeço desde já a sua colaboração.

A Investigadora

Maria de Fátima do Rosário Santos

Contactos das professoras orientadoras:

anapoco@esenfc.pt ; rctrangel@gmail.com | telef. 239487200



FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO
Participação no Estudo

LITERACIA EM SAÚDE MATERNA: UMA ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DE UMA GRAVIDEZ SAUDÁVEL

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

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

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

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

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

Assinatura da participante _____

___/___/2018

Muito obrigada pela colaboração

(Assinatura da Investigadora)

Nome: Maria de Fátima do Rosário Santos

Email: mfrsantos@hotmail.com

Telefone: 963301637

ANEXOS

ANEXO I

PARECER NºP497-04/2018 DA COMISSÃO DE ÉTICA

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde - Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnC)

Parecer N° P497-04/2018

Título do Projecto: Literacia em saúde materna: uma estratégia para a promoção de uma gravidez saudável

Identificação do Proponente

Nome(s): Maria de Fátima do Rosário Santos

Filiação Institucional: Escola Superior de Enfermagem

Investigador Responsável/Orientador: Ana Maria Poço dos Santos

Relator: Ana Margarida Abrantes

Parecer

De acordo com os proponentes do projeto poucos estudos existem sobre literacia em saúde materna. Assim, este projeto tem como principal objetivo contribuir para o desenvolvimento de intervenções e eventuais mudanças nos serviços de saúde e nas práticas clínicas de forma a satisfazer as mulheres grávidas potenciando a sua literacia em saúde e o seu *empowerment* de forma a experienciar uma maternidade mais saudável e segura. Os autores defendem também que com este projeto poderão contribuir para o aumento da natalidade e o desenvolvimento humano.

Como objetivos secundários pretendem identificar os conhecimentos da mulher sobre saúde materna para compreender os cuidados de saúde que lhe são prestados durante a gravidez; conhecer as competências da mulher para avaliar e utilizar informações sobre saúde materna durante a gravidez; e identificar os fatores que influenciam a tomada de decisão da mulher sobre os diferentes cuidados de saúde que lhe são prestados, durante a gravidez, promotores de uma maternidade saudável.

Os investigadores definem o estudo como de natureza qualitativa do tipo interpretativo sendo a população alvo mulheres puérperas selecionadas segundo uma amostragem não probabilística por conveniência. O estudo decorrerá entre março e outubro de 2018 estando identificados os critérios de inclusão e exclusão.

São apresentados o consentimento informado e o instrumento de colheita de dados não havendo qualquer prejuízo para os participantes.

Atendendo ao formato da investigação, a Comissão de Ética dá o seu parecer favorável.

O relator: Ana Abrantes

Data: 16/05/2018 O Presidente da Comissão de Ética: Maria Homens dos Santos