

André da Silva Alves

Crenças na Gravidez: um olhar sobre as crenças tradicionais e as novas crenças

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2008

André da Silva Alves

Crenças na Gravidez: um olhar sobre as crenças tradicionais e as novas crenças

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2008

André da Silva Alves

Crenças na Gravidez: um olhar sobre as crenças tradicionais e as novas crenças

Monografia apresentada à Universidade
Fernando Pessoa como parte dos requisitos para
obtenção do grau de licenciado em Enfermagem

SUMÁRIO

Desde os tempos mais longínquos que a reprodução humana se encontra envolta de crenças e tradições, com interdições e prescrições que são necessárias respeitar que, embora diferindo de cultura para cultura, vão sendo transmitidas de geração em geração.

A mulher, quando está grávida, na ânsia de proporcionar o melhor para si e para o seu filho, vê-se confrontada com a necessidade de estabelecer um equilíbrio entre as crenças, o seu património cultural e as informações vinculadas pelos meios de comunicação e os próprios profissionais de saúde.

Uma vez já identificadas e descritas algumas crenças tradicionais em estudos anteriores, importa agora saber quais as crenças que persistem até aos dias de hoje e quais as novas crenças que foram surgindo a par da evolução tecnológica e da medicina, bem como do próprio papel da mulher na sociedade que se foi modificando.

Assim, foi delimitada a questão orientadora deste estudo: quais as crenças relacionadas com a gravidez nas mulheres grávidas do Centro de Saúde dos Carvalhos? Neste sentido o objectivo geral é identificar e descrever quais as crenças relacionados com a gravidez nas grávidas do Centro de Saúde em estudo. Procurou-se também avaliar se o número de crenças em que as grávidas acreditam é influenciado pela área de residência, idade, habilitações literárias, grau de paridade e estado de gravidez. A título exploratório foi analisado se os comportamentos das grávidas eram influenciados pelas crenças em que dizem acreditar, bem como o que representa a gravidez para as grávidas e quais as suas preocupações.

De modo a atingir estes objectivos optou-se por uma metodologia quantitativa, sendo o presente estudo do tipo descritivo-correlacional. Os dados foram recolhidos através de questionários aplicados a grávidas do Centro de Saúde em estudo, tendo abrangido 35 mulheres. Os dados obtidos foram tratados através do programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science).

Os resultados deste estudo permitem concluir, de uma forma geral, que as crenças tradicionais respeitantes à gravidez estão ainda enraizadas neste espaço geográfico, com a tendência para as grávidas acreditarem nas mesmas e, conseqüentemente, para o seu comportamento ser alterado. Relativamente a “novas crenças”, verificou-se a existência de poucas crenças, sendo estas relacionadas com a epidural, com a condução de automóvel e o uso de cinto de segurança durante a gravidez.

DEDICATÓRIA:

Dedico este trabalho à minha família e amigos, cujo apoio foi indispensável nos momentos mais difíceis, a todos os enfermeiros dos centros de saúde para que continuem na prestação de bons cuidados de enfermagem e a todas as grávidas que permitiram a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS:

O presente estudo não só exigiu o meu esforço, empenho e dedicação, mas também um conjunto de pessoas que me rodeia e que possibilitaram a sua concretização. Neste sentido, é imperioso agradecer a todos os que permitiram que fosse possível a sua execução:

Ao Professor José Soares Martins, pela ajuda, apoio e disponibilidade demonstradas na orientação deste trabalho;

À Equipa de Enfermagem do Centro de Saúde dos Carvalhos pela colaboração na realização deste estudo;

A todas as grávidas, pela sua simpatia, disponibilidade e colaboração, tornando possível a realização deste estudo;

Aos meus familiares (em especial, pais e avó), pelo incentivo, apoio e carinho que transmitiram ao longo da realização do presente estudo e que suportaram a minha pouca disponibilidade para com eles;

Aos amigos, pelos momentos de confraternização que se foram adiando.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	14
DESENVOLVIMENTO	16
CAPÍTULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1 – CONCEITO DE CRENÇA	16
2 – MODELO DE CRENÇAS NA SAÚDE	18
3 – CRENÇAS NA GRAVIDEZ	23
3.1 – CRENÇAS TRADICIONAIS.....	24
3.1.1 – Crenças relativas à pré-determinação ou adivinhação do sexo do bebé.....	25
3.1.2 – Crenças relativas à interdição.....	27
3.1.3 – Crenças relativas à prescrição.....	33
3.2 – NOVAS CRENÇAS.....	35
3.2.1 – Medos relativos a técnicas de diagnóstico pré-natal e outros procedimentos.....	35

3.2.2 – Medos relativos a hábitos/costumes da vida moderna.....	41
CAPÍTULO II – METODOLOGIA.....	45
1 – DEFINIÇÃO DO PROBLEMA.....	45
2 – TIPO DE ESTUDO.....	46
3 – OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	46
3.1 – OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO.....	46
3.2 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	48
4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	49
5 – VARIÁVEIS UTILIZADAS NO ESTUDO.....	50
6 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	51
6.1 – PRÉ - TESTE.....	53
7 – PROCEDIMENTOS FORMAIS PARA A COLHEITA DE DADOS.....	53
8 – PROCESSO DE ANÁLISE DE DADOS.....	54
CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	56

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS.....	74
--	-----------

CONCLUSÃO.....	80
-----------------------	-----------

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

ANEXO I – Quadros relativos à discussão dos resultados

ANEXO II – Instrumento de colheita de dados

ANEXO III – Autorização para a colheita de dados

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Modelo de Crenças na Saúde.....	20
Figura 2 – Modelo de Crenças na Saúde com introdução de duas novas variáveis.....	22
Figura 3 – Idade das Inquiridas.....	56
Figura 4 – Área de Residência.....	57
Figura 5 – Concelho de Residência.....	58
Figura 6 – Estado Civil.....	58
Figura 7 – Habilitações Literárias.....	59
Figura 8 – Situação Profissional.....	60
Figura 9 – Número de gravidezes anteriores.....	60
Figura 10 – Gravidez Planeada.....	61
Figura 11 – Conhecimento de crenças relativas à gravidez.....	62

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Tipos de crenças conhecidas.....	65
Tabela 2 – Acredita nas crenças referidas.....	65
Tabela 3 – Fontes de informação sobre as crenças.....	66
Tabela 4 – Lembrança do conhecimento das crenças.....	66
Tabela 5 – Fim de comportamentos quando grávida.....	67
Tabela 6 – Início de comportamentos quando grávida.....	68
Tabela 7 – Discussão das crenças com o médico/enfermeira e vontade de abordar o tema	69
Tabela 8 – Correlação das crenças sobre a gravidez e variáveis caracterizadoras da amostra	72
Tabela 9 – Correlação de questões do questionário e variáveis caracterizadoras da amostra	73

INTRODUÇÃO

No âmbito do plano de estudos do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, foi proposta a realização de uma Monografia, cujo tema seria de uma área do interesse do aluno.

As crenças na gravidez são o objecto de estudo do presente trabalho porque, para além do interesse, considera-se ser uma área em que os profissionais de enfermagem, particularmente nos centros de saúde, devem estar despertos, pelo seu contacto directo com a comunidade e consequentemente com os seus saberes. Daí que o estudo tenha sido desenvolvido precisamente num centro de saúde.

Desde sempre, a reprodução humana manteve-se envolta em conceitos, mais ou menos, misteriosos e viu-se cercada de crenças e tradições. Em muitas sociedades, a gravidez e a maternidade são consideradas como um privilégio, marcadas por várias interdições e prescrições sociais que é absolutamente necessário respeitar.

Costa & Remolaldo (1994), defendem que existe um amplo conjunto de normas comportamentais, tabus, representações valorativas e constrangimentos ligados à gravidez e à maternidade, que mostram a importância atribuída a este fenómeno de reprodução das sociedades. Segundo Salvaterra (1989), essas crenças culturais regulam o comportamento das grávidas e condicionam as suas expectativas.

Deste modo, foi encetado este trabalho com a convicção da existência de crenças que reflectem toda uma herança e que influenciam, em parte, as práticas quotidianas. Estas crenças que ainda persistem e que se manifestam durante a gravidez levam muitas vezes as mulheres a modificarem o seu comportamento em relação a determinada prática. Contudo, com as mudanças que a sociedade vai sofrendo e com a evolução tecnológica e científica vão desaparecendo as crenças tradicionais (Cox, 1990), surgindo novas crenças que se reportam em medos e não propriamente em crenças.

É neste contexto que irá ser desenvolvido o trabalho, tendo como principais objectivos orientadores:

- Conhecer que crenças relacionadas com a gravidez persistem até aos nossos dias, bem como as crenças que vão surgindo, aliadas à evolução tecnológica e científica;
- Contribuir para uma melhor prestação de cuidados às grávidas do Centro de Saúde onde se realiza o estudo, o Centro de Saúde dos Carvalhos.

Metodologicamente, este estudo consistirá na aplicação de um questionário, no sentido de dar resposta aos objectivos e questões de investigação.

Para elaborar o presente relatório e para alcançar os objectivos pretendidos foi necessário recorrer a uma profunda pesquisa bibliográfica; às sugestões e orientações do Professor José Soares Martins e à aplicação do referido questionário (com a devida autorização).

Estruturalmente, o mesmo divide-se em 3 capítulos fundamentais. O trabalho inicia-se com a introdução, onde resumidamente retrata-se o objecto e os objectivos do trabalho, bem como os resultados alcançados. De seguida aparece o desenvolvimento, o qual encontra-se dividido em 4 capítulos. O primeiro consiste no enquadramento teórico do problema levantado, fazendo-se referência aos conceitos de crença, ao modelo de crenças da saúde e às crenças na gravidez. O segundo capítulo é referente à metodologia de trabalho onde constam os objectivos e as respectivas questões de investigação formuladas e o processo de colheita de dados. No terceiro capítulo apresentam-se os resultados obtidos e a sua análise sendo a discussão dos mesmos objecto do último capítulo. Termina-se o relatório com as conclusões que se evidenciaram mais relevantes no contexto desta investigação.

Em anexo constam alguns documentos considerados de interesse, que complementam o trabalho em causa.

DESENVOLVIMENTO

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – CONCEITO DE CRENÇA

A crença é algo que sempre existiu nas sociedades, sendo que nas sociedades modernas a maioria das crenças se situa explicitamente em torno de outras crenças, nomeadamente crenças de outros, como indivíduos, grupos ou instituições (Couto, 2000). No entanto, as crenças continuam subjacentes à nossa vida quotidiana, dado que em certa medida, estas são patrocinadoras de um sentido de existência que se intercala entre o mundo pensado/imaginado e o mundo vivido/real, para melhor os unir (Pais, 1994).

Segundo Durkeim (*cit. in Pais 1994*), as crenças são sistemas de fé determinantes das práticas, já que estas últimas só se definem por referência a objectos de crença. Por outro lado, na opinião do mesmo autor, as crenças caracterizam-se ainda pela sua obrigatoriedade, uma vez que, como representações colectivas, se impõem aos indivíduos. Para o autor as crenças fazem parte da religião e conseqüentemente são representações do sagrado.

Para Collière (1989), as crenças podem ser consideradas como uma forma de conhecimento, interiorizado a partir de hábitos de vida que representam um conjunto de formas de actuar, provocando formas de ser que permitem assegurar a continuidade da vida. A mesma autora refere ainda que toda a crença é um costume a que um grupo aderiu, e baseia-se na noção de bem e de mal, partindo da interpretação simbólica de uma maneira de fazer e de ser.

Neste sentido, toda a crença possui um conteúdo, sendo que os objectos de crença não são dados imediatos da consciência, quer ela seja individual ou social, são também consequência de interpretações realizadas individualmente. Estas interpretações são fruto de todo um conjunto de factores de ordem cultural, social e política que implicam juízos de valor (Pais, 1994).

A crença, na perspectiva de Berger (1995), é uma informação ou um conjunto de informações sobre um assunto ou sobre pessoas. Estas são, na maioria das vezes, uma determinante dos nossos comportamentos e atitudes, e geram-se a partir das informações que vamos recebendo de forma directa (factos observados) ou indirecta (televisão, rádio e jornais). Muitas vezes, as crenças são transmitidas através de herança cultural, podendo acontecer que naquele tempo ou momento não tenham muito sentido devido à evolução científica.

Contudo, como não está nada comprovado, as pessoas acabam por considerar essa mesma crença como uma “verdade de uma realidade subjectiva”, sendo que esta “influencia a estrutura e funcionamento biopsicossocial e espiritual do indivíduo” (Wright et al *cit. in* Couto, 2000, p. 12).

Muitos são os factores que podem estar na base da adesão à crença, mas o medo gerado quando acontece a transmissão, em consequência do respeito ou não por determinado ritual, pode ser determinante, principalmente nos episódios críticos do ciclo vital do Homem, como, por exemplo, a doença (Couto, 2000).

Segundo o autor referenciado anteriormente, as crenças que sobressaem das práticas diárias e as que nos aparecem enunciadas nos manuscritos não têm que ser obrigatoriamente as mesmas, pois, por vezes, existe uma dissonância notória entre o que se diz acreditar ou não e aquilo que se faz, mas é nas práticas quotidianas que se revelam efectivamente as crenças em que se acredita.

Ao falar em crenças, e dado que este trabalho se baseia no conceito de crença e toda a sua dimensão sociológica, há que ter em conta que para se analisar as crenças no seio da sociedade, não se pode esquecer de que a sociedade moderna não é uma só, mas que existem sociedades e dentro destas existem divisões e estruturas hierárquicas e além do mais são sociedades pluralistas e em transformação rápida e constante (Champion *cit. in* Couto, 2000). No entanto, todas as crenças, onde quer que existam ou surjam, são produtoras de uma realidade, a realidade da crença, que pode ser tomada como verdadeira em determinado contexto.

Neste caso, o que interessa, e o mais prioritário, é descobrir o sentido ou sentidos da crença e as suas formas significantes. Sendo assim, torna-se necessário proceder a uma descrição minuciosa da crença. Ou seja, se as crenças têm causas e produzem efeitos, a melhor forma de as descobrir é através da análise compreensiva das expressões dessas mesmas crenças, sujeitando-as a uma perseverante inspecção (Pais, 1994).

Segundo Pais, “as crenças não se explicam nem se traduzem. Qualquer esforço de tradução das crenças (...) é um esforço de empobrecimento. O que interessa é recuperar o sentido polimorfo das crenças, pois só assim nos damos conta dos seus sentidos mágicos, das suas expressões fascinantes.”. (1994, p. 215).

2 – MODELO DE CRENÇAS NA SAÚDE

O modelo de crenças na saúde prediz que o comportamento resulta de um conjunto de crenças centrais que têm vindo a ser redefinidas ao longo dos anos. As crenças básicas iniciais são as percepções individuais sobre:

- A susceptibilidade à doença;
- A gravidade da doença;
- Os custos envolvidos na realização de um comportamento;
- Os benefícios envolvidos na realização de um comportamento;
- As pistas para a acção que podem ser internas ou externas (Odgen, 1999).

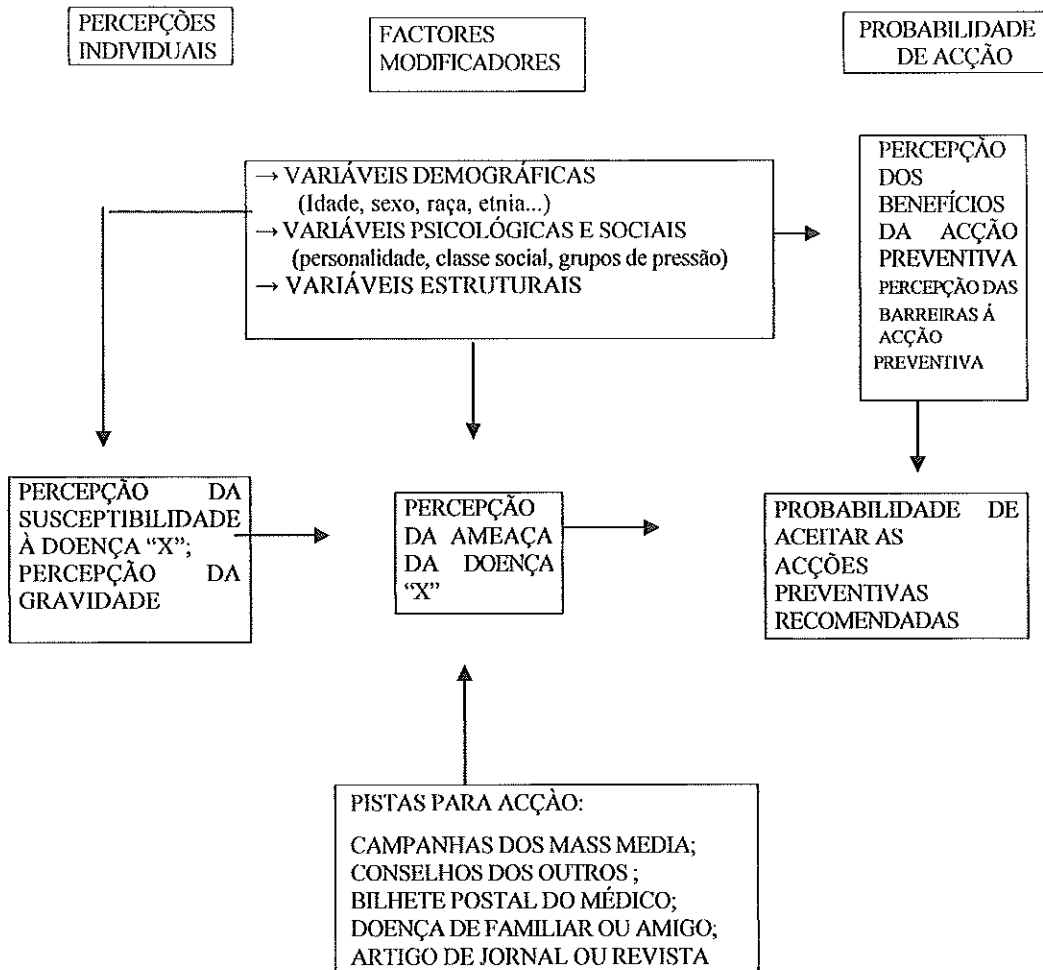
“O modelo de crenças na saúde sugere que estas crenças centrais devem ser utilizadas para prever a probabilidade de um determinado comportamento vir a ocorrer”. (Odgen, 1999, p.38).

Segundo Teixeira e Bishop (*cit. in* Couto, 1998), o modelo parte da suposição que todos os comportamentos saudáveis, adoptados pelo indivíduo, são racionalmente determinados pela percepção que o indivíduo faz da sua vulnerabilidade à doença. Deste modo, o indivíduo acaba por atribuir valor a estas percepções, valor esse que o leva a acreditar ou não na eficácia das acções para a melhoria da sua saúde. Portanto, pode-se a partir das crenças prenciar diferentes comportamentos relacionados com a saúde, não só no que concerne à prevenção da doença bem como no que respeita à promoção da saúde.

Se observar-se o modelo de crenças na saúde (figura 1), desenvolvido por Becker (Phipps e Bishop *cit. in* Couto, 1998), as diversas percepções, mencionadas anteriormente, podem sofrer influência de factores modificadores, organizados, basicamente em três tipos de variáveis:

- Variáveis demográficas, que incluem idade, sexo, raça e etnia;
- Variáveis psico-sociais, tais como personalidade, classe social e grupos de pressão;
- Variáveis estruturais, que dizem respeito ao conhecimento que o indivíduo tem sobre a doença e contactos anteriores com a mesma.

Figura 1 – Modelo de Crenças na Saúde:



Fonte: Phipps e Bishop *cit. in* Couto (1998).

Segundo Couto (1998), o indivíduo tem probabilidades de desencadear uma acção a favor da sua saúde, se tiver percepção dos variados factores, que de algum modo, influenciam ou estão relacionados com uma determinada situação de doença. Por um lado, à medida que aumenta a susceptibilidade e gravidade da doença percebidas, também aumenta a probabilidade da decisão levar a uma acção. Por outro lado, se os benefícios percebidos da acção que o indivíduo pretende realizar, superarem as barreiras percebidas dessa mesma acção, as probabilidades de o indivíduo levar a cabo essa acção serão elevadas. No entanto, isto pode não se revelar suficiente, pois o indivíduo pode ainda necessitar de factores externos desencadeantes para a acção, como por exemplo os folhetos na sala de espera do consultório médico.

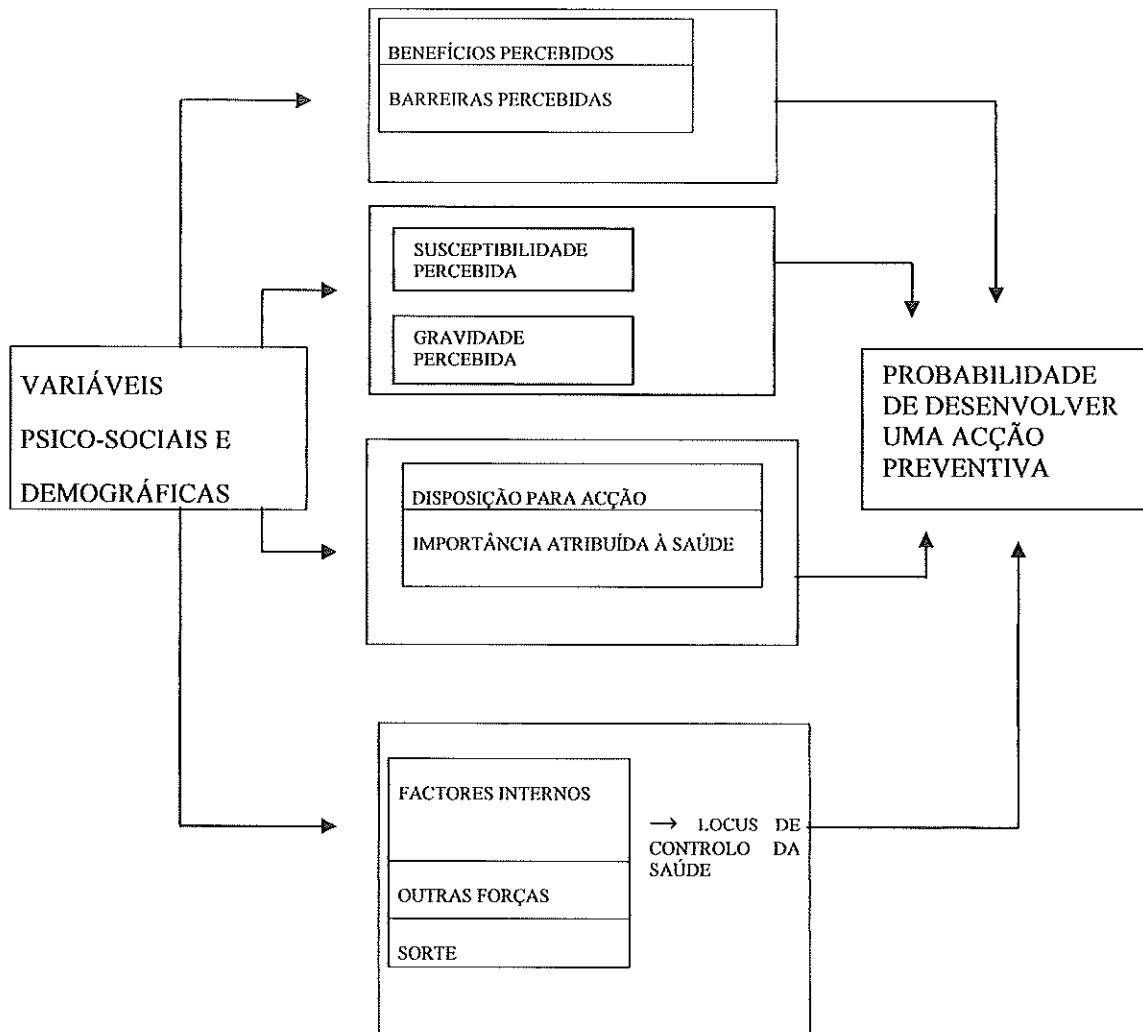
Pode-se, para exemplificar, pensar num programa de educação para a saúde sobre a prevenção das doenças cardiovasculares. Neste caso é fulcral que se defina uma estratégia para que o indivíduo compreenda, por um lado, a susceptibilidade à doença, ou seja, o indivíduo deve ser capaz de identificar os factores de risco que, de algum modo, o tornam susceptível de ter doenças cardiovasculares e além disso, é fundamental que o indivíduo perceba a gravidade dessa situação, as limitações, a qualidade de vida, o sofrimento. Por outro lado, o indivíduo deve ser capaz de perceber os benefícios, para si, de qualquer mudança de comportamento, neste caso mudança de hábitos nocivos (alimentação, tabaco).

É ainda importante que o indivíduo consiga optar por um comportamento saudável e que arranje estratégias para ultrapassar as barreiras que ele próprio identificou ou as que são previsíveis, naquela situação. “Só quando ele for capaz de reconhecer os benefícios que o levem a suplantar as barreiras(…)” será capaz de “(...)empreender uma determinada acção, que se traduz numa modificação do seu comportamento.” (Couto, 1998, p.6).

Posteriormente, foram acrescentadas duas novas variáveis(figura 2), além das três já referidas, ao modelo de crenças na saúde (Lau et al *cit. in* Couto, 1998):

- A importância que o indivíduo atribui à sua saúde, sendo que esta pode ser uma área do espaço de vida do indivíduo, à qual ele atribui uma importância fulcral e tudo gira em torno de si, ou por outro lado pode ser uma área secundária que o preocupa pouco;
- O locus de controlo das crenças na saúde do indivíduo, ou seja, alguns indivíduos consideram que a sua saúde é controlada por factores (como por exemplo um dado sintoma, dor ou irritabilidade, outras forças influentes às quais o indivíduo atribui importância ou pela sorte)

Figura 2 - Modelo de Crenças na Saúde com introdução de duas novas variáveis



Fonte: Conner e Norman *cit. in* Couto (1998).

Neste novo modelo, além da introdução das duas novas variáveis, ainda pode-se realçar a “disposição para a acção”, onde esta pode ser compreendida “como a atitude do indivíduo perante a possibilidade de fazer qualquer acção a favor da sua saúde” (Couto, 1998, p. 7).

A proximidade desta variável com a da “importância atribuída à saúde” é claramente evidente, dado que uma complementa a outra e até “existe algum sinergismo”, isto é, apesar do indivíduo perceber os benefícios, as barreiras, a sua susceptibilidade e gravidade da doença, se ele atribui pouca importância à sua saúde, elevando acima dela outras áreas da sua esfera privada, “o grau de adesão a uma acção proposta acaba por ser muito baixo, logo a disposição para essa acção pode ser nula, não se concretizando” (Couto, 1998, p.7). Após esta análise do modelo de crenças na saúde, pode-se constatar que a saúde sofre uma influência directa do exterior (mundo) e do interior (factores internos) e que depende da percepção que cada um de nós faz da sua saúde/doença.

3 – CRENÇAS NA GRAVIDEZ

A gravidez refere-se ao período de aproximadamente 40 semanas que vai desde o momento da concepção até ao parto. No decorrer da mesma, a mulher experimenta alterações físicas visíveis que acarretam vivências psicológicas particulares. Tudo se passa no íntimo da própria mulher, daí que a gravidez constitua, de facto, um momento particular de retorno a si própria, de um investimento maciço no próprio corpo, na sua imagem, no que ele contém: uma vida. A gravidez é também, consciente ou inconscientemente, vivida pela mulher como uma forma de confirmação da sua identidade sexual como mulher e da sua afirmação perante a sociedade (Burroughs, 1995).

A gravidez é um excelente exemplo de um episódio susceptível, (tanto na vida da mulher, como do casal e mesmo da sociedade), de adesão à crença, visando a protecção da grávida e do feto. A gravidez constitui-se como um fenómeno não só biológico e psicológico, mas também, e de modo não menos importante, um fenómeno social. Durante muitos anos, a reprodução humana manteve-se envolta em conceitos mais ou menos misteriosos, rodeada de crenças e de mitos. Em muitas sociedades, a gravidez é considerada um privilégio e encontra-se profundamente marcada por interdições e prescrições que são necessárias respeitar.

Segundo Kitzinger (1995) a gravidez é vista em grande parte das sociedades como um estado ritual. A mãe tem uma relação ritual especial com a sociedade, inclusive com o pai da criança, com as famílias de ambos, com o passado e com o cosmos representado por deuses.

Hoje a gravidez é vivida de uma forma diferente do que era no passado. As enormes transformações sociais, políticas e económicas, ocorridas nas últimas décadas, influenciaram determinadamente a vivência desta etapa da vida.

Contudo, ainda nos nossos dias, acredita-se em muitas culturas que o comportamento da mãe pode causar danos ao feto e que os tabus e restrições relativas às mulheres grávidas se dirigem para a protecção física do feto e da mãe, para a mudança do papel na sociedade e para justificar a vinda indesejada de um bebé com problemas de saúde (Helman, 1994).

A grávida, na ânsia de proporcionar o melhor para si e para o seu filho, vê-se confrontada com a necessidade de estabelecer um equilíbrio entre as crenças, o seu património cultural familiar, e as informações veiculadas pelos profissionais de saúde.

3.1 – CRENÇAS TRADICIONAIS

Quando uma mulher descobre que está grávida, sabe que não é algo que lhe vai acontecer só a ela, mas que também tem significado para os outros que a rodeiam e, por vezes, não é compatível com a experiência que a mulher está a vivenciar no seu interior (Colman & Colman, 1994).

Segundo Couto (2000), todas as culturas, no aspecto social, regulam o comportamento reprodutor num contexto legal e ritual. Em cada cultura existem fortes crenças acerca dos comportamentos que cada grávida deve adoptar tanto na gravidez, como no parto ou mesmo no puerpério. As mulheres grávidas, devido à vulnerabilidade própria da gravidez, aderem facilmente a essas crenças, que condicionam, em grande parte, as suas expectativas, comportamentos e forma de actuar em determinada circunstância. Mas, estas crenças têm todas o mesmo objectivo: proteger o feto.

Sendo assim, e tendo em conta que qualquer mãe quer que o seu filho nasça perfeito e saudável, pode afirmar-se que a mulher toma como verdadeiras as crenças, mesmo que até então não acreditasse nelas, pois ao ser confrontada com a realidade acha melhor realizar o que lhe diz determinada crença. Submete-se assim a um conjunto quer de prescrições quer de interdições, que foram passando de geração em geração e que entretanto chegam até ela.

Assim é possível agrupar as crenças em três grupos:

- Crenças relativas à pré-determinação ou adivinhação do sexo do bebé;
- Crenças relativas à interdição;
- Crenças relativas à prescrição.

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

Desde cedo, o sexo do bebé começa a ser idealizado pela grávida, muitas vezes mesmo antes da mulher saber que está grávida, devido a influências familiares, sociais e culturais. A sua preferência, embora por vezes não verbalizada, pode ser por uma menina, dado que esta ficaria mais perto da mãe, auxiliando-a nas lides domésticas, ou por um menino em função de um modelo familiar tradicional em que o filho assumiria o papel de protector da família, na falta ou ausência do pai; o filho seria o elemento masculino dominante. (Loux *cit. in* Couto 2000).

Especificando as crenças que aparecem em relação ao sexo do bebé, constata-se a existência de algumas relacionadas com alimentos, com práticas quotidianas, com gestos ou com apresentações momentâneas.

Acredita-se que, por exemplo, a ingestão de produtos picantes levará ao aparecimento de um rapaz e que comprar tudo cor-de-rosa, converterá o bebé numa menina (Rosendo, 1992).

Este tipo de crenças não surgiram com as novas civilizações, muito pelo contrário são algo que já vem desde os nossos primórdios, das civilizações mais antigas. Por exemplo, num papiro do Egipto, datado de 2200 a.C. relaciona-se o aspecto da mulher grávida com o sexo do feto (Esteves, 1999).

Hipócrates, 377 a.C, sustentava que se começa a distinguir os movimentos fetais mais cedo no rapaz do que na rapariga. Parménides de Eleia, filósofo grego, de 540 - 450 a.C, considerava que, à direita do ventre se desenvolviam os rapazes e à esquerda as raparigas (Barbaut, 1991).

Também Anaxágoras, 500 - 425 a.C, preconizava que se o casal tivesse relações com o marido voltado para o lado direito e a mulher permanecesse também deitada para o lado direito após a relação, a fertilização ocorreria por fusão de humores vindos do testículo direito e do lado direito da mulher e, nesse caso, a criança seria sem dúvida um rapaz. Esta crença levou a que nobres franceses fizessem hemicastração, removendo o testículo esquerdo, a fim de que gerassem apenas herdeiros do sexo masculino, por causa da perpetuação do sangue e nome familiar (Esteves, 1999). Em muitos casos eram os próprios médicos que aconselhavam os homens a atarem o testículo esquerdo tanto quanto pudessem aguentar (Barbaut, 1991).

Segundo o autor anteriormente mencionado, os Lapões usam os astros como referência, ou seja, se detectam, depois de saberem que uma mulher está grávida, uma estrela por cima da Lua, a criança que ela espera é um rapaz, mas se a estrela fica por baixo, a criança é uma rapariga.

Em relação aos astros, nomeadamente a Lua, um astro da Terra com grande influência em muitos ciclos vivos, tem um papel de relevo na determinação do sexo do bebé. A Lua tem muitos significados, no que concerne, por exemplo às suas fases. No século XI, Avicena, médico iraniano, espargiu a crença de que a criança concebida durante o período da Lua Nova será do sexo masculino, mas se a mulher tiver relações com o marido no último quarto da Lua, dará à luz uma rapariga (*idem*).

Em alguns países da Europa, tais como Espanha e Inglaterra, encontramos uma crença que nos diz que para saber o sexo do filho que uma grávida dará à luz, pergunta-se à mesma se teve o filho anterior em quarto minguante ou crescente, e tendo em conta que quarto crescente, diferente e quarto minguante, semelhante; se o primeiro filho nasceu em quarto crescente e foi menino, o segundo será uma menina, mas se teve menino em minguante, o segundo será também menino (Basto *cit. in* Couto, 2000).

Actualmente, apesar de existirem meios de ver o sexo da criança, antes de esta nascer, através da ecografia, ainda encontramos este tipo de crenças. A mulher até saber o sexo agarra-se às crenças que possui ou que lhe são agora transmitidas para tentar decifrar ou mesmo fantasiar qual é o sexo do bebé.

Uma crença bastante enraizada no povo Português diz respeito à forma da barriga; se a barriga da grávida for muito oval será uma rapariga, se for disfarçada será rapaz (Fontes, 1992). Acredita-se também que é possível saber o sexo da criança observando a forma como a grávida mostra as mãos quando lhe perguntam o que tem nelas ou lhe pedem para as mostrar. Assim, se a grávida mostrar as mãos com a palma para cima irá ter uma menina, se as mostrar com a palma para baixo irá ter um menino (Couto, 2000).

Outra prática é a observação de um pêndulo ou de uma agulha suspensa por uma linha sobre a mão da grávida. Se os movimentos forem circulares significarão que nascerá uma menina, se forem rectilíneos, significarão um menino (Barbaut, 1991).

3.1.2 – Crenças relativas à interdição

Segundo Kitzinger (1978), durante a gravidez, as interdições assumem muitas vezes a força de tabu. Este termo, deriva de uma palavra polinésia que significa “proibir” ou “proibido”. Ao desrespeitar o tabu, a grávida pode incorrer em punições por parte de forças espirituais ou divinas.

As proibições sobre o que a mulher deve ou não fazer durante a gravidez estão relacionadas com o facto dos dois corpos, mãe e filho, estarem em simbiose. O corpo da criança é visto como dependente da mãe. Por isso, “todos os actos, pensamentos, desejos e sentimentos da mãe neste período poder-se-ão materializar sobre a forma de marcas ou sinais no corpo da criança, a sua forma ou a sua não forma deles dependem.” (Joaquim, 1983, p.50).

Couto (1994) agrupou as crenças relativas a interdições em vários sistemas: interdição de contacto e uso de objectos, de práticas alimentares, de relações sexuais, de rituais e de hábitos. Optou-se por seguir a mesma linha, de modo a ser mais fácil a sistematização das diferentes crenças.

As interdições de uso e contacto de objectos são variadas, sendo que muitas delas perduram desde a antiguidade até aos dias de hoje. É frequente a crença de que se a mãe usar colares ou fios, o bebé nascerá com manchas, com sinais ou com o cordão umbilical enrolado à volta do pescoço (*idem*). Esta também não deve usar anéis, pulseiras nem laços pois são símbolo de aperto e de fecho. Além disso, não deve dar nós nem laços, pois isso dificultaria o parto (Barbaut, 1991). Segundo Almeida (1959), na região de Torres Vedras, as grávidas não se enfeitam demasiado pois acreditam que se o fizerem os filhos podem nascer com manchas.

A proibição de contacto com pequenos objectos metálicos é também comum. Assim, a mãe não deve trazer chaves no bolso, pois o bebé pode nascer com o lábio leporino; não deve trazer moedas no bolso, nem usar botões de metal porque o bebé nascerá com manchas, ou com o desenho dos objectos no corpo ou até mesmo deformado. É igualmente proibido trazer tesouras no bolso, dado que o bebé poderá nascer com a marca da tesoura no corpo (Couto 1994).

Interdito à grávida está também ver ou tocar animais, dado que pode resultar em nascimentos monstruosos. Desde a Idade Média que acredita-se que o nascimento de um bebé com lábio leporino resulta do encontro da mãe com um animal roedor (Barbaut, 1991).

Acredita-se também que se a grávida encostar algum animal à barriga, o bebé poderá nascer com manchas, sinais, com a marca do animal ou com pêlos no corpo (Couto, 1994). Almeida (1959) acrescenta que o contacto com animais pode fazer com que a criança nasça com feições destes.

De todos os animais, devem ser salientados os gatos, dado que, o contacto da grávida com os mesmos conduz ao nascimento de bebés com pêlos, apresentando o “rom-rom” típico dos gatos (Couto, 1994) ou até mesmo asmáticos (Costa, 1988). Couto (1994) refere ainda que o susto que a visão de um rato, ratazana ou aranha provoca na mãe, poderá conduzir ao aparecimento de marcas do animal e de manchas com pêlos no corpo do recém-nascido.

O contacto com flores também está interdito à grávida. Segundo o autor referenciado anteriormente, as grávidas não devem trazer rosas nem folhas no bolso, pois o bebé poderá nascer com manchas. Estas também não devem colher rosas, pois poderão nascer cravos (verrugas) na criança, nem cheirar as flores, dado que o bebé poderá nascer com a flor marcada no corpo.

As interdições de práticas alimentares são variadas, diferindo de região para região e de cultura para cultura. Entre nós, portugueses, acredita-se que a mulher grávida não deve comer lebre ou coelho, pois a criança pode nascer com o lábio leporino ou ainda, no caso do coelho, com o corpo coberto de pêlos. Não deve igualmente ingerir polvo, pois a criança pode nascer com a forma deste animal (Joaquim, 1983). Couto (1994) acrescenta ainda que a ingestão de polvo, bem como de raia, podem provocar malformações ou abortos nos primeiros tempos de gravidez e podem fazer crescer a barriga, dado que estes animais, tal como a mulher, possuem menstruação e ovulação.

Igualmente interdita está a ingestão de marisco, dado que pode conduzir a aborto ou a malformações durante os primeiros meses: de lulas, devido ao seu poder abortivo; de lampreia, por ser um peixe sem espinhas; de peixes de pele escura, uma vez que levam ao aparecimento de manchas no bebé; de cabeça de coelho, pois o bebé corre o risco de nascer com os olhos abertos; bem como de todos os alimentos que possuam caroço, dado que podem surgir manchas no recém-nascido (*idem*). Está ainda desaconselhada a ingestão de azeitonas, dado que o bebé pode nascer cego (Couto 1994) ou com altinhos na cabeça (Rosendo, 1992).

A grávida não deve ainda beber chás de salva, mirra, erva de sete sangrias, sargacinha dos montes ou arruda, dado que estas plantas têm propriedades abortivas (Couto, 1994; Fontes, 1992 e Joaquim, 1983).

Entre os Bisayan, nas Filipinas, bem como na Ilha Terceira as grávidas não comem frutos duplos, pois acreditam que se o fizerem podem dar à luz gémeos (Barbaut, 1991). Na Praia da Vitória acredita-se que a ingestão dos mesmos, pode levar ao nascimento de crianças com dois dedos dos pés ou das mãos agarrados (Martins, 1994).

Entre os Fang do Gabão, considera-se que se as grávidas comerem carne de esquilo ou de qualquer outro animal que viva ou seja capturado em tocas, correm o risco do seu bebê “também querer ficar na sua toca, no ventre, sendo então de esperar um parto difícil” (Barbaut, 1991, p. 126).

Quanto à interdição ou não de relações sexuais, esta é uma questão muito polêmica. Segundo Barbaut (1991, p. 109), “saber se a mulher pode continuar a ter relações sexuais durante a gravidez é uma questão que agitou os espíritos e deu lugar a múltiplas controvérsias”.

Entre o povo Vankar, na Índia, a grávida suspende as relações sexuais com o marido durante toda a gravidez, pois crê que se não o fizer o bebê poderá nascer louco, com malformações ou com cegueira irrecuperável (Perez, 1992).

Também o Corão proíbe as relações sexuais durante todo o período de gestação, por considerar a possibilidade de superfertilização. Já o Talmud apenas proíbe as judias de terem relações sexuais no primeiro trimestre da gravidez, pois considera que neste período o feto se encontra na parte inferior do útero sendo por isso as relações sexuais prejudiciais, tanto para o feto como para a mãe. Em contrapartida, aconselha-as durante o terceiro trimestre, considerando-as benéficas tanto para a mãe como para o bebê (Barbaut, 1991).

No nosso país, segundo Couto (1994), acredita-se que as relações sexuais a partir do sétimo mês de gestação podem levar à ruptura do saco das águas e que podem ter como consequência a cegueira do bebê. Pelo contrário, entre os Bajau, encorajam-se as relações sexuais, ao longo de toda a gravidez, pois acredita-se que o pai desempenha um papel preponderante não só na concepção mas também no desenvolvimento embrionário; assim, considera-se que se o pai não agir ao longo de todo o processo a criança corre o risco de nascer num estado de fraqueza extremo ou mesmo incompleta (Barbaut, 1991).

Em relação aos astros, a lua ocupa um local de destaque. Segundo a mesma autora já os povos primitivos atribuíam à lua um grande poder fertilizante. Estes acreditavam que a lua fazia as sementes germinarem, garantia o crescimento e produtividade das plantas e “(...)intervinha directamente para “emprenhar” as fêmeas dos animais.” (Barbaut, 1991, p. 37). Da mesma forma, em algumas tribos, acreditava-se que a lua era capaz de engravidar as mulheres e que os homens tinham apenas como função romper o hímen e dilatar a passagem, para os raios de lua poderem penetrar. (Barbaut, 1991).

Em Portugal, também se atribui à lua um papel relevante, acreditando-se que ela pode influenciar, por exemplo, a data do parto (Couto, 1994).

As interdições de rituais são vastas, sendo que as proibições ligadas à morte são talvez as mais referenciadas. Segundo Barbaut (1991), uma grávida não deve dormir na cama de uma pessoa que tenha falecido recentemente, entrar numa casa mortuária, ver um cadáver humano, assistir à abertura de uma sepultura ou à colocação de um defunto no caixão. Nos povos que vivem da caça, acrescem ainda as proibições de sentir o cheiro putrefacto de um animal morto, de ver o sangue a correr da ferida de um animal alvejado, bem como a interdição de passar sobre o rasto deixado pelo animal morto, ao ser arrastado.

No Minho, acredita-se que se uma mulher grávida vir um cadáver, o seu filho poderá nascer pálido (da cor dos defuntos) (Sarmiento *cit. in* Couto, 2000). Kitzinger (1978) referindo-se a uma crença vigente na Jamaica, acrescenta que se uma grávida vir um defunto, o seu sangue pode gelar, o que provocará o arrefecimento do feto e, conseqüentemente, a sua morte.

Já na Ilha Terceira, crê-se que a criança se pode tomar nervosa ou ter ataques, se a mãe, enquanto grávida, tiver tocado num defunto ou tiver presenciado à morte de alguém. Acredita-se também que a grávida não deve ouvir o padre a encomendar o falecido, pois pode abortar (Martins, 1994).

Abordando outro tipo de interdições de rituais pode-se apontar, por exemplo, a interdição de assistir a cenas impressionantes. No Brasil, segundo Almeida (1959), a grávida não se deve impressionar com objectos, nem olhá-los durante muito tempo, pois corre o risco de nascerem manchas com a forma dos objectos no corpo da criança; deve igualmente evitar olhar para aleijados, para que o seu filho não nasça idêntico.

As grávidas devem ainda abster-se de assistir a determinados espectáculos pois a influência que os mesmos possam ter na sua imaginação, pode marcar o corpo da criança (Joaquim, 1983). Também não devem estar presentes durante o parto de outras mulheres ou animais, porque podem ficar com as dores das mesmas. (Fontes, 1992).

Segundo Martins (1994), a mulher quando grávida não deve aparar sangue de porco, matar aves ou presenciar a morte de animais, pois a criança pode vir a ser nervosa ou a ter ataques. Estas também não devem ser madrinhas de baptismo, pois acredita-se que no prazo de um ano, morreria uma das crianças: a que vai baptizar ou a que vai nascer (Almeida, 1959).

As interdições de hábitos, segundo Couto (1994) são frequentes, quer na nossa sociedade, quer noutras.

Na Jamaica, acredita-se que as mulheres grávidas não devem erguer os braços acima da cabeça, para que o cordão umbilical não se enrole à volta do pescoço do feto (Kitzinger, 1978). Fontes (1992), referindo-se ao povo português, acrescenta que tal também pode ocorrer, se a grávida passar por baixo de cordas, escadas, arames ou se se sentar na pia dos porcos. As futuras mães não devem cozer a roupa que têm vestida, pois pode acontecer que não consigam dar à luz, por estarem cozidas (Martins, 1994) ou que na altura do parto retenham a placenta ou tenham filhos aleijados (Braga, 1986).

Também não devem passar sobre água com sabão, pois arriscam-se a sofrer de dores abdominais e não devem passar por cima da arreata de um burro, pois isso conduz a partos tardios. É ainda desaconselhado colocar rolhas nas garrafas, dado que isso pode ter como consequência um trabalho de parto difícil (Kitzinger, 1978).

Segundo Barbaut (1991), as mulheres grávidas não devem sentar-se na soleira da porta, pois o bebé, no momento do parto, pode não querer sair; devem evitar cruzar as pernas, pois desta forma o bebé não poderá sair; e quando saem, devem voltar pelo mesmo caminho.

Entre as Jamaicanas, crê-se que não se devem fazer demasiados preparativos antes do bebé nascer, para que não nasça um nado-morto (Kitzinger, 1978). Nesta mesma linha, Waring (2000), refere que a grávida não deve levar o carrinho de bebé para casa antes do filho nascer, uma vez que dá azar. Já Rosendo (1992) considera que a interdição de comprar o enxoval da criança só faz sentido até ao sétimo mês de gestação.

3.1.3 – Crenças relativas à prescrição

Na gravidez, paralelamente a todas as interdições a que se fez referência, existe um conjunto de prescrições, que a grávida deve seguir de modo a poder dar à luz uma criança perfeita e saudável. Essas prescrições são variadas e estão presentes em diferentes culturas.

Em Portugal, segundo Couto (1994), as mulheres acreditam que se beberem vinho ou comerem bacalhau salgado, terão mais leite. Acreditam também que a grávida deve comer por dois.

Entre os portugueses, defende-se ainda que as grávidas devem “(...)beber aguardente, de preferência em jejum, para desinfectar o bebé, matar os micróbios.”(Couto, 1994, p. 146). Mas, não é só no nosso país que existe esta crença, também em França, segundo Cortez (1993), se considera que as grávidas devem beber aguardente açucarada, dado que não apresenta inconvenientes e tem a vantagem de dar força para o parto.

Na Jamaica, acredita-se que se a grávida comer “okra” (vegetal de interior escorregadio) o bebé será expulso com maior facilidade; do mesmo modo, crê-se que a ingestão de “bitters” sob a forma de chá de louro, evitará que o sangue se torne excessivamente quente, o que poderia pôr em risco a vida do feto. Para tornar o sangue mais rico estas mulheres ingerem “callalu” (legume semelhante aos espinafres) (Kitzinger, 1978).

No que concerne às dores, entre os Tutchokwe, em Angola, quando a grávida sente dor numa das coxas, coloca-se à cintura, junto à coxa afectada, um guizo ou uma pequena campainha, pois acredita-se que as dores se devem a uma má colocação fetal, e que se o feto ouvir o som produzido por estes objectos se coloca convenientemente (Martins, 1993).

Ainda relativamente à colocação fetal, em Espanha, segundo Hoyos Sainz (1940), acredita-se que a grávida deve fazer o “enfaixamento”, isto é, deve apertar a cintura com uma faixa, lençol ou espartilho, a fim de evitar que a criança suba ou se agarre às entranhas do peito da mãe, ou ainda, para que chegado o momento do parto, se desprenda mais facilmente.

Existe ainda outra crença, muito enraizada, que diz respeito à satisfação dos desejos gastronómicos. Segundo Costa (1988), se as futuras mães não satisfizerem os seus desejos, os filhos podem nascer “ougados” com a boca aberta ou torta ou com o cabelo espetado. Barbaut (1991) também faz referência a esta crença, dizendo que se a grávida não satisfizer os seus desejos, poderá abortar ou então correrá o risco de dar à luz um nado-morto.

Na Madeira e Porto Santo, acredita-se que a não satisfação dos desejos da grávida poderá conduzir ao nascimento de crianças com defeito (Lacerda, 1994). Do mesmo modo, segundo Kitzinger (1978), a criança poderá nascer com marcas, assim, se a mãe não satisfizer o desejo de morangos, o filho poderá nascer com uma marca em forma de morango.

Em muitas zonas do nosso país, e também noutros, acredita-se que seja benéfico baptizar a criança ainda no interior do ventre materno. Assim, segundo Fontes (1992), muitas mulheres, acompanhadas pelo marido deslocam-se durante a noite à ponte da Misarela (ou a outras pontes), onde aguardam pela passagem de alguém. A primeira pessoa a passar na ponte é convidada a apadrinhar a criança. Procede-se então ao baptismo, derramando um púcaro de água do respectivo rio no ventre materno e proferindo as seguintes palavras “eu te baptizo, criatura de Deus, pelo poder de Deus e da Virgem Maria, se fores rapaz, serás Gervaz; se fores rapariga serás Senhorinha.” (Fontes, 1992, p. 119), ao que se segue um Pai-Nosso e uma Avé-Maria rezados em coro.

Em Portugal, muitas mulheres crêem ainda que o trabalho de parto será facilitado se colocarem a chave de casa debaixo do travesseiro (*idem*).

3.2 – NOVAS CRENÇAS

As mudanças sofridas, os hábitos e os comportamentos que a sociedade foi adquirindo, bem como as transformações e as evoluções no campo da medicina, permitem a formação e o veicular de novas crenças que se vão formando em torno da gravidez. Com a pesquisa bibliográfica efectuada, constata-se que, por enquanto, o mais correcto será designá-las como medos e receios que a sociedade tem, do que propriamente denominá-las de crenças.

3.2.1 – Medos relativos a técnicas de diagnóstico pré-natal e outros procedimentos

Durante a gravidez decide-se muito da qualidade do futuro desenvolvimento intelectual e físico de uma criança, pelo que é importante fazer-se uma vigilância pré-natal, no sentido de avaliar o bem-estar da mãe e do feto, de detectar factores de risco e malformações fetais, bem como de aconselhar e dar apoio à futura mãe.

Uma das maiores preocupações das grávidas é a saúde e o bem-estar do bebé. Neste âmbito, Kitzinger (1995) refere que a partir do quinto mês de gestação, quando o feto começa a mexer-se e se torna uma realidade para a mãe, esta pode considerar a possibilidade deste apresentar deformações. Stearn (1989, p.36) acrescenta que “as grávidas sentem a mais pequena sugestão de que algo não está bem, e uma observação inocente feita por uma parteira ou médico, talvez mal interpretada, pode desencadear grande ansiedade.” Esta autora defende assim que “todas as mulheres necessitam de acalmar os seus medos de anomalia fetal” (1989, p. 37).

As técnicas de diagnóstico pré-natal têm como principal objectivo detectar malformações no feto e cabe ao médico assistente informar a grávida sobre a necessidade de as efectuar. Destas são exemplo: a ecografia, a amniocentese, a cordocentese, a biópsia das vilosidades coriónicas, entre outras.

A ecografia é uma técnica que permite explorar o interior do abdómen materno por meio de ultra-sons e obter imagens do feto, estáticas ou em movimento. As imagens são observadas no ecrã de um monitor que em alguns casos já capta imagens tridimensionais. A ecografia não causa dor e tem uma duração de poucos minutos (Burroughs, 1995).

Matos (1999) refere as vantagens de se realizar a ecografia, nomeadamente, a diminuição das gestações prolongadas, pois através da realização da ecografia precoce é possível fazer um cálculo bastante seguro do tempo de gestação, pelo que há menos probabilidade das gestações ultrapassarem as 42 semanas, o que resulta em benefícios significativos para o bem-estar do bebé; a identificação de malformações fetais, possibilitando uma diminuição dos índices de mortalidade perinatal e também um melhor apoio psicológico à grávida; e o diagnóstico de atrasos de crescimento intra-uterino do feto, para que sejam tomadas medidas atempadamente.

Quanto ao número ideal de ecografias a realizar, a mesma autora defende a realização de três ecografias: a primeira, às dez semanas, para identificar a idade gestacional, a presença de uma gestação gemelar, bem como patologias obstétricas; a segunda, entre as vinte e as vinte e duas semanas, utilizada para diagnosticar eventuais malformações fetais; e a terceira realizada entre as trinta e duas e as trinta e seis semanas, que permite avaliar o crescimento e o grau de nutrição do feto, patologias da placenta ou do cordão umbilical, assim como malformações e sinais de sofrimento fetal.

Ainda Matos (1999) lembra que a segurança dos exames complementares de diagnóstico se constituem como uma preocupação tanto para as mães como para os médicos. No que concerne à ecografia, a autora defende que “a energia transmitida aos tecidos pelas ondas de ultrassons pode induzir dois tipos de fenómenos físicos: aumento da temperatura local e distorções mecânicas.” (Matos, 1999, p.33). Reforça, contudo, que até ao momento os estudos clínicos e epidemiológicos efectuados “nunca demonstraram quaisquer malformações, mutações genéticas, lesões da função auditiva ou modificações do comportamento do feto como causa da utilização dos ultrassons.” (*idem*). Bobak et al. (1999) é da mesma opinião, afirmando que até ao momento, não se verificaram nenhuns efeitos histológicos, funcionais ou embriológicos nocivos, na mãe ou no feto. No entanto, admite sempre um risco potencial que não pode ser descorado.

Outro tipo de testes de diagnóstico pré-natal que existem são os chamados é a amniocentese. Esta técnica consiste na introdução de uma agulha, através do abdómen, até à bolsa onde fica o líquido amniótico. Pode ser realizada a partir da 14.^a semana de gravidez, embora o ideal seja entre a 16^a e a 18^a semanas (Pedreira et al., 2001). Este teste de diagnóstico tem como objectivo obter uma amostra de líquido amniótico, normalmente para avaliação do cariótipo fetal (Nunes, 2003).

Este exame, segundo a mesma autora, está indicado nas mulheres grávidas com trinta e cinco anos ou mais, pois o risco de um recém-nascido com anomalia cromossómica aumenta com a idade materna; recém-nascido anterior com anomalia genética; história familiar de anomalias; anomalia estrutural encontrada no feto durante o rastreio biofísico; risco elevado para Síndrome de Down detectado no rastreio bioquímico e, mais raramente, incompatibilidade entre o grupo de sangue da mãe e do feto.

Relativamente às possíveis complicações desta técnica, Bobak et al. (1999) refere que estas representam menos de 1%, quer para a mãe quer para o feto. A mesma autora aponta como complicações maternas: a hemorragia feto-materna, infecção, trabalho de parto, deslocamento prematuro da placenta, embolia de líquido amniótico, lesões inadvertidas no intestino e bexiga. Como complicações fetais referem: morte fetal, hemorragia, amnionite, traumatismo directo causado pela agulha, aborto, parto prematuro e perda de líquido amniótico.

Nunes (2003) apenas refere como complicações: a dor na região pélvica, hemorragia, pequena perda de líquido amniótico e aborto, salientando que as três primeiras cedem habitualmente com o repouso no leito e que o risco de aborto não ultrapassa os 0,5%. Contudo, refere que se a grávida apresentar perdas de sangue vaginais no primeiro trimestre ou se o líquido amniótico colhido se apresentar acastanhado ou esverdeado, este risco pode aumentar. Deste modo, o casal deve ponderar os benefícios e os riscos, tendo ainda em conta que este exame não garante que o bebé seja perfeito, apenas investiga algum tipo de problemas.

A cordocentese ou colheita percutânea de sangue do cordão umbilical consiste na colheita de sangue fetal, através de uma agulha que atravessa o abdómen da mãe. Este exame apenas está indicado a partir da 20^a semana de gravidez e tem como finalidades o estudo genético do bebê, assim como a avaliação das condições de oxigenação do feto, da ocorrência de infecções e do risco de malformações. Esta técnica é também utilizada para fazer transfusões de sangue para o feto (Pedreira et al., 2001).

Quanto às possíveis complicações da cordocentese, Bobak et al. (1999) refere que as três principais são o extravassamento de sangue pelo local da punção, a bradicárdia fetal e a coroamnionite, pelo que, segundo o mesmo, é conveniente proceder à monitorização cardíaca fetal num período que pode ir de vários minutos a uma hora. É também conveniente realizar uma ecografia uma hora após o exame para despistar possíveis hemorragias ou hematomas.

A biópsia das vilosidades coriônicas consiste numa biópsia da placenta, cujos fragmentos são recolhidos através de uma agulha especial que é introduzida na vagina ou no abdómen (Pedreira et al. 2001). Esta técnica, segundo Bobak et al. (1999), tem como vantagem permitir o diagnóstico genético logo no primeiro trimestre (a partir da 8^a semana de gestação). Contudo, também apresenta desvantagens, tais como: o aborto espontâneo, infecção, hematoma, morte intra-uterina, atraso de crescimento, traumatismos e defeitos congénitos. A percentagem destes riscos é de cerca de 2% (Jackson *cit. in* Bobak et al., 1999).

Paralelamente às tecnologias já referenciadas de vigilância da gravidez, surgiram novas técnicas associadas ao parto. A gravidez é um processo que culmina com o parto, sendo este o momento que acarreta mais dúvidas e receios, nomeadamente no que concerne a alguns procedimentos durante o parto. Apesar do parto ser uma experiência dolorosa, durante séculos, a mulher conseguiu superar a experiência de dar à luz, sem ajuda dos cuidados médicos e da anestesia e até sem sequer saber o que se passava no interior do seu corpo. No entanto, é preciso saber que a ideia de “mãe-mártir” é algo que faz parte do passado. Actualmente, a parturiente tem ao seu alcance analgésicos, tranquilizantes e anestésias, meios técnicos e humanos que a medicina colocou à sua disposição, para que o parto não constitua uma experiência traumática.

Entre eles sobressai a epidural que, segundo Matos (1994a), é actualmente o método mais divulgado de anestesia do parto. Esta consiste numa técnica anestésica em que é feito o bloqueio dos nervos que transmitem a dor à parte inferior do corpo. Muitas grávidas revelam um grande receio relativamente à epidural mas, segundo Kitzinger (1995) esta apenas alivia a dor deixando a mulher totalmente consciente e alerta. Além disso, ao contrário do que muitas mulheres pensam, a dose de analgesia administrada é segura tanto para a mulher como para o bebé. Na epidural o medicamento é administrado no espaço epidural e só uma quantidade ínfima atinge a placenta e, portanto, o feto (Matos, 1994a).

Ainda assim, existem muitos medos acerca desta técnica e, segundo Matos (1994a) ainda é frequente atribuir-se à epidural complicações que, na realidade, não lhe são devidas. Contudo, a epidural não é propriamente inofensiva, ela, como qualquer técnica, pode levar a complicações, tais como, a entrada do fármaco num espaço que não o epidural ou a descida acentuada da pressão arterial (*idem*).

Kitzinger (1995) alerta para o facto do ritmo cardíaco do bebé ser alterado e para a associação entre as epidurais e os bebés que não reagem e têm um baixo tónus muscular durante algumas horas. Em relação à mulher, a autora refere que os efeitos resultantes da epidural podem ser a perda de sensibilidade nas pernas durante algumas horas e a incapacidade para esvaziar a bexiga durante alguns dias, o que resulta na necessidade de cateterismos vesicais.

A mesma autora salienta ainda que a epidural aumenta em cerca de cinco vezes a possibilidade de um parto por fórceps e em cerca de três vezes os casos de má colocação fetal. Isto, segundo a autora já mencionada, acontece devido à perda do tónus do pavimento pélvico, que resulta deste tipo de analgesia. Esta autora refere ainda que as mulheres que dão à luz pela primeira vez têm, uma probabilidade ainda maior de terem partos por fórceps, (cerca de 71%).

A cesariana foi também uma técnica que começou a ser utilizada a partir do momento em que os partos deixaram de ser realizados em casa, passando a fazer parte das rotinas dos hospitais e maternidades.

De uma forma simples, Baptista (1998, p.14) define cesariana como uma “(...) intervenção cirúrgica que consiste em abrir a barriga da mãe para retirar o bebé lá de dentro. A incisão, com cerca de 10 ou 15 cm, é feita na pele, nos músculos e no útero. Além do bebé, a placenta é também retirada.”.

Existem casos em que a realização de uma cesariana é obrigatório, por exemplo, quando a mãe sofre de uma patologia cardíaca, de problemas vasculares ou neurológicos, de diabetes, hipertensão ou herpes genital, assim como quando a bacia é demasiado estreita, quando o bebé não está bem posicionado ou devido a uma placenta prévia (Baptista, 1998).

Contudo, uma cesariana não é sempre programada. Ela, muitas vezes, é utilizada quando, no decorrer do parto, surgem evidências de sofrimento fetal, pois é uma técnica que tem como grande vantagem permitir uma rápida retirada do bebé (Pedreira et al., 2001). Deste modo, tal como diz Bobak et al. (1999, p.732) “a utilização da cesariana é baseada na evidência de sofrimento materno ou fetal.”.

Quanto ao número de cesarianas que uma mulher pode fazer “há quem diga que mais de duas é perigoso e quem defenda que, até quatro, não há qualquer problema. Excluída a hipótese de consenso, uma coisa parece certa: cada caso é um caso e tudo depende da forma como correu a primeira intervenção e do motivo que a despoletou.”. (Baptista, 1998, p.15).

Relativamente às desvantagens, há que ter em conta que a cesariana é um procedimento cirúrgico e, portanto, tem os riscos inerentes (Pedreira et al., 2001).

Dunn *cit.in* Bobak et al. (1999) refere que na cesariana surgem complicações maternas em 25% a 50% dos casos. Entre elas, o risco de aspiração, embolia pulmonar, infecção ou deiscência da ferida operatória, infecção urinária, tromboflebite, hemorragia, traumatismo vesicais e intestinais. Existe ainda o risco do bebé nascer prematuramente se a idade gestacional não tiver sido convenientemente determinada e o risco de traumatismos fetais.

Baptista (1998) acrescenta que quando a cesariana é realizada mediante anestesia geral, o bebé pode apresentar um índice de Apgar mais baixo do que é normal e que pode precisar de oxigénio.

3.2.2 - Medos relativos a hábitos/costumes da vida moderna

O papel social da mulher identifica-se com a maternidade, remetendo-a para o domínio do lar e do privado, ao contrário do homem, que se situa na esfera pública. Contudo, com a emancipação feminina e a conquista do mundo do trabalho, o papel social da mulher sofreu transformações, direccionando-a para a esfera pública. Assim, por um lado, assiste-se à saída da mulher de casa e à entrada da mesma no mundo do trabalho; por outro lado, assiste-se ao abdicar de ser mãe ou ao deixar este papel para segundo plano, sendo a carreira profissional uma prioridade.

Esta tendência da mulher para trabalhar fora de casa, levanta uma questão: é ou não prejudicial trabalhar durante a gravidez? Segundo Pedreira et al. (2001), já se encontra estabelecida uma relação entre algumas profissões e determinados problemas que surgem durante a gravidez, por exemplo, profissões onde haja contacto com substâncias químicas, exposição a radiações ou a altos índices de poluição, expõem a grávida e o feto a sérios riscos. Contudo, a maioria das profissões podem ser exercidas sem preocupações.

Por outro lado, Stearn (1989), afirma que segundo um estudo publicado em 1981, no Reino Unido e Estados Unidos, o trabalho durante o último trimestre está associado com atrasos de crescimento nos bebés, principalmente se o trabalho implicar longos períodos de pé.

Inerente ao trabalhar fora de casa, encontra-se a forma da mulher se deslocar para o trabalho, pelo que cada vez é mais frequente observarmos uma mulher ao volante ou a viajar de avião em trabalho.

Inicialmente, pode surgir a controvérsia do uso ou não de cinto de segurança pela grávida. Segundo Cordeiro (2001), um incorrecto uso de cinto de segurança pode ser letal para o feto em caso de acidente, uma vez que nestas circunstâncias, o peso da mãe aumenta de forma brusca, com consequências que vão desde o descolamento da placenta até à ruptura do útero.

Mas, por outro lado, não usar cinto, pode dar origem a consequências ainda mais negativas, tanto para a mãe como para o feto, dada a agressividade do ambiente que rodeia o condutor dentro do veículo e a possibilidade de projecção para o exterior. Deste modo, analisados os prós e os contras, é de consenso que grávida e feto ficam mais protegidos se a grávida usar cinto de segurança.

Na opinião de Cabaça (2001, p. 32), “guiar no último mês de gravidez pode ser mais difícil para a grávida, que terá de conseguir “arrumar-se” entre o volante e o banco”, contudo, salienta a importância de usar cinto de segurança, mesmo que lhe seja incómodo. Acrescenta também que em casos de viagens longas a grávida deve parar de duas em duas horas e durante, pelo menos, quinze minutos, pois esses intervalos são essenciais para esta poder descansar.

Em relação às viagens de avião, estas são cada vez mais frequentes. Segundo Cabaça (2001), viajar de avião durante a gravidez não tem riscos, particularmente nos dois primeiros trimestres, contudo, no terceiro deve ser evitado, dado o risco do parto se desencadear em pleno voo. Uma vez que a viagem de avião implica sempre algum desconforto, a grávida deve procurar uma posição confortável, levantar-se com frequência e fazer exercícios de alongamento de vez em quando.

No que concerne ao exercício físico, este conquista cada vez mais adeptos na sociedade actual. Relativamente ao exercício físico na gravidez a opinião entre médicos e profissionais de educação física, é unânime, as mulheres que o praticam durante a gravidez têm um trabalho de parto mais rápido, suportam melhor as contracções e estão menos expostas à necessidade de intervenções, como fórceps e cesariana (Pedreira et al. 2001). A grávida pode e deve fazer exercício físico, desde que seja adaptado às suas capacidades e possibilidades, tendo em especial atenção a prevenção do “risco traumático” (Carvalho, 2001). O autor considera bons exemplos de exercício físico a marcha ao ar livre e a natação não competitiva. No entanto, Pedreira et al. (2001) acrescenta que durante a gravidez o estilo mariposa e bruços devem ser evitados, uma vez que forçam a região lombar.

Quanto a outras actividades, Carvalho (2001) refere que nos ginásios não devem ser utilizados aparelhos de musculação, e que todas as formas de ginástica aeróbica devem ser moderadas e alerta também para os riscos dos desportos colectivos.

Quanto a um programa específico de exercício físico durante a gravidez, nomeadamente, ginástica de preparação pré-parto, o mesmo autor refere que este tipo de ginástica não deve ser realizada antes das 22, 24 semanas de gravidez e antes de excluídos factores de risco materno e fetal. Por exemplo, o exercício físico não é recomendado a grávidas com antecedentes de aborto de repetição ou tardios, gestações anteriores com morte fetal no interior do útero, ameaça de parto pré-termo, hemorragias durante a gravidez, placenta de inserção baixa ou patologias cardíacas.

Em relação ao uso de medicamentos sabe-se que nos dias de hoje cada vez mais se faz, erradamente, o recurso a antibióticos e outros fármacos por qualquer razão. Quando a mulher está grávida há que ter mais cuidado nesse tipo de procedimentos, pois, segundo Stilwell (1992, p. 65) “(...)com os medicamentos na gravidez não se brinca - mesmo os que eram inofensivos antigamente podem agora acarretar riscos graves para o feto.”.

Todos os medicamentos têm efeitos ditos desejáveis, mas também possuem efeitos colaterais. Matos, (1994b, p. 62) afirma que “na grávida (...) a maior preocupação não são essas acções ditas “colaterais” mas sim os efeitos tóxicos e/ou “teratogénicos” sobre o feto.”. A mesma autora define teratogenicidade, como “a capacidade dum medicamento produzir anomalias ou malformações congénitas no feto”, uma vez que, após ingeridos, os medicamentos entram na circulação sanguínea materna, atravessam a placenta e atingem o feto.

Teixeira e Ribeiro (1980), reforçam esta ideia, dizendo que quando se receita um medicamento a uma grávida os seus efeitos não se limitam à mãe, mas podem também afectar a sobrevivência do embrião, bem como induzir malformações fetais, dependendo, das propriedades físico-químicas do fármaco, da permeabilidade da barreira placentar e do estágio evolutivo do embrião.

Matos (1994b) refere que o período mais perigoso para o aparecimento de malformações são os 3 primeiros meses (1.º trimestre), pois é nesta fase que se formam os principais órgãos do bebé, havendo portanto uma maior vulnerabilidade à acção de qualquer substância estranha ao organismo.

Também Teixeira e Ribeiro (1980) definem a existência de um período do estágio evolutivo do embrião que o torna particularmente susceptível aos efeitos teratogénicos dos medicamentos, nomeadamente do 12.º ou 13.º dia até ao fim da 8.ª semana após a concepção. Antes desse período, segundo os mesmos autores a actividade dos medicamentos assume normalmente um carácter de tudo ou nada, isto é, mata o embrião ou não o afecta. Assim sendo, é importante que a grávida antes de tomar qualquer medicamento consulte o seu médico.

Tendo em conta as crenças tradicionais e as novas crenças, torna-se pertinente determinar qual o tipo de crenças que as grávidas mais conhecem, sendo para tal necessário recorrer a métodos estatísticos, bem como à enunciação dos objectivos e questões de investigação, os quais estão descritos no próximo capítulo, a metodologia.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

1 – DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Segundo Durkeim *cit.in* Pais (1994), as crenças são sistemas de fé determinantes das práticas, já que estas últimas só se definem por referência a objectos de crença. Por outro lado, na opinião do mesmo autor, as crenças caracterizam-se ainda pela sua obrigatoriedade, uma vez que, como representações colectivas, se impõem aos indivíduos.

Para Collière (1989), as crenças podem ser consideradas como uma forma de conhecimento, interiorizado a partir de hábitos de vida que representam um conjunto de formas de actuar, provocando formas de ser que permitem assegurar a continuidade da vida. A mesma autora refere ainda que toda a crença é um costume a que um grupo aderiu, e baseia-se na noção de Bem e de Mal, partindo de interpretação simbólica de uma maneira de fazer e de ser; neste sentido, toda a crença possui um conteúdo.

Uma crença pode também dizer respeito a sistemas de valores e práticas relativas à intervenção directa nas circunstâncias da vida e, que nesse sentido, aproxima-se do senso comum, o qual constitui o ponto de partida e de chegada do conhecimento científico.

É relativamente fácil recordar algumas crenças que foram sendo transmitidas ao longo da infância pelos familiares e amigos. Contudo, a adesão às mesmas pode ser influenciada por diversos factores, tais como o grau de aculturação, o nível educacional e económico, bem como o maior ou menor contacto com as gerações mais velhas. As pessoas idosas são portadoras de saberes experimentados e consolidados ao longo do tempo, assegurando a sua transmissão. Inicialmente, essa transmissão ocorre no seio familiar e depois, estende-se a toda a comunidade.

As crenças relacionadas com a gravidez são frequentes, têm raízes longínquas e diferem de cultura para cultura. Posteriormente, foram surgindo novas crenças/medos relacionadas com técnicas de diagnóstico pré-natal e associadas ao parto, fruto do desenvolvimento científico-tecnológico da sociedade, bem como crenças associadas aos hábitos e costumes da vida moderna, pois o próprio papel da mulher na sociedade se foi modificando.

Uma vez já identificadas e descritas algumas crenças tradicionais e novas crenças, importa agora saber quais as crenças que persistem até aos dias de hoje e quais as novas crenças que foram surgindo, a par da evolução tecnológica e da medicina.

2 – TIPO DE ESTUDO

Considerando os objectivos do trabalho e após a revisão da literatura e reflexão acerca do tema a investigar, optou-se por um estudo quantitativo, do tipo descritivo com uma dimensão correlacional, dadas as suas características e dado que, para além de explorar um fenómeno, se pretende analisar se existe relação entre os grupos componentes e as variáveis (Cervo & Bervian, 1983 e Polit & Hungler, 1995).

3 – OBJECTIVOS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Os objectivos de um trabalho de investigação definem de forma precisa aquilo que o investigador pretende levar a cabo para obter respostas às suas questões de investigação. Do mesmo modo, as questões de investigação precisam os objectivos e a população em estudo, delineiam as variáveis de investigação e suas relações (Fortin, 1999).

3.1 – OBJECTIVOS DE INVESTIGAÇÃO

Segundo Fortin (1999, p.100) “o objectivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chave, a população e a orientação da investigação”.

Tendo por base o quadro teórico de referência e as questões de investigação enunciadas, considera-se como objectivos do presente estudo:

Objectivos gerais

- Identificar e descrever quais as crenças relacionadas com a gravidez das mulheres grávidas do Centro de Saúde dos Carvalhos.

- Contribuir para uma melhor prestação de cuidados às grávidas do Centro de Saúde onde se realiza o estudo, o Centro de Saúde dos Carvalhos.

A partir deste momento passa-se a referir-se a grávidas, em vez de mulheres grávidas e Centro de Saúde em estudo, em substituição de Centro de Saúde dos Carvalhos.

Objectivos específicos

- Identificar e descrever as crenças tradicionais das grávidas do Centro de Saúde em estudo.
- Identificar e descrever as novas crenças das grávidas dos centros de Saúde em estudo.
- Avaliar se o tipo de crenças em que as grávidas acreditam está relacionado com a área de residência.
- Avaliar se o tipo de crenças em que as grávidas acreditam está relacionado com a idade.
- Avaliar se o tipo de crenças em que as grávidas acreditam está relacionado com as habilitações literárias.
- Avaliar se o tipo de crenças em que as grávidas acreditam está relacionado com o estado civil.
- Avaliar se o tipo de crenças em que as grávidas acreditam está relacionado com a situação profissional.
- Avaliar se o tipo de crenças em que as grávidas acreditam está relacionado com o número de gestações anteriores.

- Avaliar se o tipo de crenças em que as grávidas acreditam está relacionado com o planeamento da gravidez.
- Determinar se a idade, residência, estado civil e habilitações literárias estão relacionados com outras variáveis.
- Determinar qual a importância das crenças na relação grávida-enfermeiro.

3.2 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Segundo Fortin (1999, p.51) entende-se por questão de investigação “um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”. Sendo assim, face ao problema identificado, enunciaram-se as seguintes questões de investigação:

Questões gerais

- Quais as crenças relacionadas com a gravidez das grávidas do Centro de Saúde dos Carvalhos?
- Qual a importância das crenças na relação grávida-enfermeiro do Centro de Saúde dos Carvalhos?

Questões específicas

- Quais as crenças tradicionais das grávidas do Centro de Saúde em estudo?
- Quais as novas crenças das grávidas do Centro de Saúde em estudo?
- Poderá o tipo de crenças em que as grávidas acreditam estar relacionado com a área de residência?

- Poderá o tipo de crenças em que as grávidas acreditam estar relacionado com a idade?
- Poderá o tipo de crenças em que as grávidas acreditam estar relacionado com as habilitações literárias?
- Poderá o tipo de crenças em que as grávidas acreditam estar relacionado com o estado civil?
- Poderá o tipo de crenças em que as grávidas acreditam estar relacionado com a situação profissional?
- Poderá o tipo de crenças em que as grávidas acreditam estar relacionado com o número de gestações anteriores?
- Poderá o tipo de crenças em que as grávidas acreditam estar relacionado com o planeamento da gravidez?
- Existirá algum relacionamento entre a idade, residência, estado civil e habilitações literárias e outras questões do questionário?
- Serão as crenças parte importante na relação grávida-enfermeiro?

4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Uma população é um conjunto de elementos ou sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios (Fortin, 1999). Segundo Polit & Hungler (1995) população alvo é toda a população em que está interessado o investigador. Optou-se por escolher como população alvo deste estudo as grávidas inscritas no Centro de Saúde dos Carvalhos.

A opção recaiu sobre as grávidas e não sobre o casal, porque são estas que vivem a gravidez de uma forma mais intensa e é sobre estas que os conselhos dos “mais velhos” se manifestam, sendo sobre o seu corpo e práticas que as crenças ditam o que fazer ou não.

A população é constituída pelas grávidas a frequentar as consultas do Centro de Saúde dos Carvalhos. A escolha deste Centro de Saúde, em particular, deve-se ao facto de este ser mais acessível, uma vez que foi desenvolvido estágio neste local, antes do período da colheita dos dados, para além de ser próximo do local de residência.

Para seleccionar a amostra, foi utilizada uma técnica de amostragem não probabilística consecutiva. Neste sentido, foram colhidos os dados junto de todas as grávidas que foram ao Centro de Saúde dos Carvalhos, até se obter um total de 35 grávidas.

Foi escolhida uma amostra apenas de 35 grávidas, dada alguma dificuldade em obter uma amostra superior e, além disso, as limitações temporais de entrega do trabalho a isso obrigaram.

5 – VARIÁVEIS UTILIZADAS NO ESTUDO

Para Fortin (1999), o estudo descritivo com uma dimensão correlacional permite explorar as relações entre as variáveis em estudo, bem como, descrever as relações que forem detectadas entre as mesmas. A mesma autora chama à atenção que o uso dos termos “variável independente” e “variável dependente” não se aplicam no contexto deste tipo de estudos.

No presente estudo a variável crença é a variável central. Para obter a informação acerca desta variável, foram consideradas as respostas às questões 10, 10.1 e 10.2 do questionário (Anexo II) e os resultados foram obtidos contando o número de crenças referidas pelas grávidas e contando aquelas em que elas diziam acreditar ou para aquelas em que estavam indecisas.

Como variáveis sócio-demográficas, interessou neste estudo: a naturalidade, a área de residência (rural ou urbana), a idade, as habilitações literárias, o estado civil e a situação profissional.

Interessou também o facto da gravidez ter sido planeada/aceite pela grávida, bem como o número de gestações anteriores. As variáveis acima mencionadas, bem como as variáveis sócio-demográficas são denominadas de variáveis atributo, dado que são variáveis que caracterizam a população.

A variável comportamento tem apenas um carácter exploratório, dado que apenas pretende-se averiguar se as grávidas alteraram os seus comportamentos em função das crenças em que acreditam.

6 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

O instrumento de colheita de dados utilizado foi o questionário. Optou-se pelo questionário dado que este é um instrumento pouco dispendioso, que requer menos habilidades da parte de quem o aplica e tem uma natureza impessoal (Fortin, 1999). Além disso é um instrumento apropriado ao tipo e objectivos deste trabalho e permite inquirir um maior número de pessoas.

Os questionários podem ser constituídos por questões de resposta fechada, de resposta aberta, ou por ambas (questionários mistos). O questionário utilizado neste estudo é um questionário misto dado que é constituído por questões de resposta fechada, de resposta aberta e resposta mista.

As questões de resposta fechada apresentam como vantagens: serem simples de utilizar, permitirem codificar as respostas facilmente e propiciarem uma análise rápida e pouco dispendiosa dos dados (Fortin, 1999). Como desvantagens, pode-se apontar o facto de serem de difícil construção e de poder haver omissões nas questões e nas respostas. Além disso, nas questões de resposta fechada como os inquiridos têm de escolher forçosamente uma resposta, isso pode levá-los a sentirem-se aborrecidos (*idem*).

As questões de resposta aberta têm a vantagem de permitir ao inquirido exprimir livremente a sua opinião, sem que tenha de escolher respostas pré-determinadas, estimulando desta forma ao pensamento livre e favorecendo a exploração em profundidade da resposta do participante (*idem*). Como desvantagens a autora refere o facto de serem mais difíceis de codificar e analisar e de exigirem um maior dispêndio de tempo por parte dos inquiridos.

O questionário utilizado no presente estudo, é constituído por 15 questões, estando 6 destas subdivididas (questões 3,4,8,10,11 e 12), perfazendo um total de 31 questões. As primeiras oito questões do questionário dizem respeito a variáveis de natureza sócio-demográficas, nomeadamente a idade, a naturalidade, a residência, o estado civil, as habilitações literárias, a profissão, o número de gravidezes anteriores e o planeamento e aceitação da gravidez. Estas variáveis são pertinentes à caracterização da população e fulcrais para avaliar a existência ou não de relação entre estas variáveis e as crenças das grávidas. De realçar que foi utilizado o termo “gravidezes anteriores” e não “gestações anteriores” para melhor compreensão do pedido por parte das inquiridas.

Com a questão 10 pretende-se identificar se as grávidas conhecem algumas crenças e em caso afirmativo (10.1) descrevê-las, tendo em conta as alíneas: “adivinhação do sexo do bebé”, “alimentação”, “uso de objectos”, “contacto com animais”, “flores e plantas”, “relações sexuais”, “astros (Lua, Sol, Estrelas)”, “actos/exames médicos (ecografia, amniocentese, cesariana, epidural...)”, “hábitos/costumes da vida moderna (grávidas ao volante, exercício físico, uso de telemóvel...)” ou “outras”. Na questão que se precede (10.2) pretende-se saber se as grávidas acreditam no que descreveram ou se apenas é conhecimento que lhes foi transmitido. Com as questões seguintes (10.3 e 10.4) pretende-se, respectivamente, avaliar a fonte e o momento de transmissão da crença á grávida.

Relativamente às questões 11 e 12, pretende-se saber se as crenças têm “força” suficiente para influenciar a grávida, de modo a alterar o seu comportamento. Quanto às questões 13 e 14, procura-se verificar se as crenças foram alvo de diálogo entre o médico/enfermeiro e a grávida, e se esta alguma vez sentiu vontade de as expressar. Finalmente, a questões 9 e 15, respectivamente, ajudam a perceber qual a importância da gravidez para as grávidas e qual a maior preocupação destas em relação à gravidez, com o intuito de melhorar a prestação de cuidados relativamente a esta matéria. Este questionário foi aplicado no Centro de Saúde dos Carvalhos, tendo sido as respostas obtidas através do auto-preenchimento pelas grávidas questionadas.

6.1 – PRÉ - TESTE

O pré-teste foi realizado a um grupo de 10 grávidas do Centro de Saúde dos Carvalhos. O tempo médio de preenchimento do pré-teste foi de 5 a 10 minutos, não provocando, deste modo, desinteresse. Constatou-se que a linguagem utilizada é acessível, desprovida de equívocos, pelo que as questões não suscitaram quaisquer dúvidas.

7 – PROCEDIMENTOS FORMAIS PARA A COLHEITA DE DADOS

A aplicação de questionários necessita de autorização da instituição onde será efectuado o estudo. Deste modo, foi pedida autorização ao Director do Centro de Saúde dos Carvalhos, para efectuar inicialmente um pré-teste e, posteriormente, o questionário (Anexo II), tendo sido dada a garantia às inquiridas que o questionário é anónimo e que seria salvaguardada a confidencialidade das respostas dadas.

8 – PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos só têm sentido se forem convenientemente analisados e interpretados (Fortin, 1999).

Realizada a colheita de dados, foi necessário recorrer a métodos estatísticos adequados, visando a interpretação de dados quantitativos afectados por uma multiplicidade de causas, bem como a análise de conteúdo de modo a interpretar os diversos dados qualitativos recolhidos nas respostas de questão aberta.

Neste sentido, os dados quantitativos obtidos foram lançados numa base de dados e tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Science).

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados foram utilizadas técnicas da Estatística Descritiva e da Estatística Inferencial, nomeadamente:

- Frequências:
 - Absolutas (n°)
 - Relativas (%)

- Medidas de tendência central:
 - Média Aritmética (\bar{x})
 - Mediana (Md)

- Medidas de dispersão ou variabilidade:
 - Desvio Padrão (s)

- Coeficientes:
 - Correlação de Spearman (r_s)

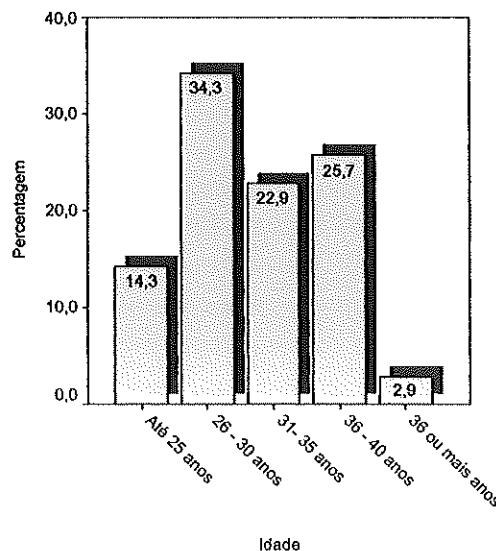
- Testes de Hipóteses:
 - Teste da significância de um coeficiente de correlação de Spearman

CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Anteriormente foi mencionado que a amostra é constituída por 35 elementos do sexo feminino, que estão em período de gestação. As participantes apresentam idades compreendidas entre os 18 e os 38 anos, com uma média aproximadamente de 26 anos (DP=5,44, o que demonstra um desvio em relação à média moderado). A mediana indica que pelo menos 50% das inquiridas têm 26 ou menos anos de idade (mediana=26), e a moda está centrada nos 21 anos, pelo que é esta a idade mais frequente encontrada na amostra (quadro comprovativo em anexo).

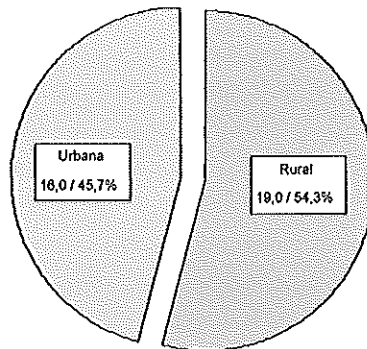
Por classes etárias, verifica-se que a maior incidência de elementos apresenta entre 26 e 30 anos de idade (34,3%; n=12), seguindo-se a faixa dos 36 – 40 anos (25,7%; n=9), e o intervalo dos 31 aos 35 anos (22,9%; n=8). Somente 14,3% (n=5) apresenta 25 anos ou menos, e apenas uma participante tem mais de 36 anos. Também se constata através da percentagem acumulada que o equivalente a 71,4% das inquiridas possui idade igual ou inferior a 35 anos (quadro comprovativo em anexo).

Figura 3 – Idade das Inquiridas



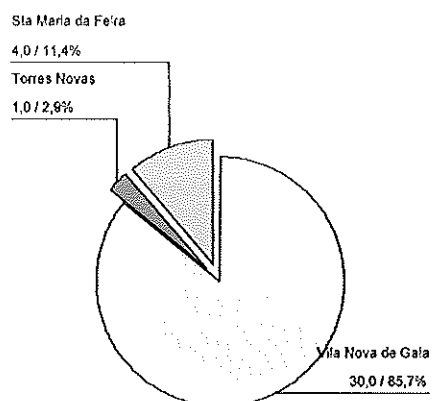
Em relação à área de residência, observa-se que a maioria das participantes indicou que reside num ambiente rural, mais propriamente 54,3% (n=19). As demais inquiridas referiam que moram numa área urbana (45,7%; n=16) (quadro comprovativo em anexo).

Figura 4 – Área de Residência



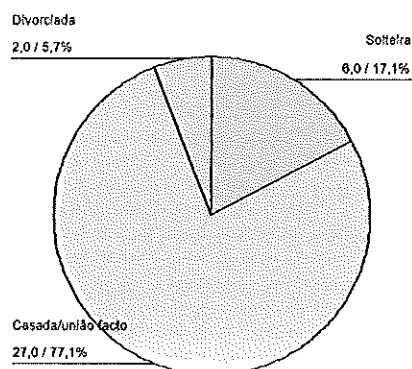
Quanto ao Concelho da sua habitação, constata-se que a grande maioria das participantes reside em localidades pertencentes a Vila Nova de Gaia (85,7%; n=30). As restantes questionadas moram em Santa Maria da Feira (11,4%; n=4) ou em Torres Novas (2,9%; n=1) (quadro comprovativo em anexo).

Figura 5 – Concelho de Residência



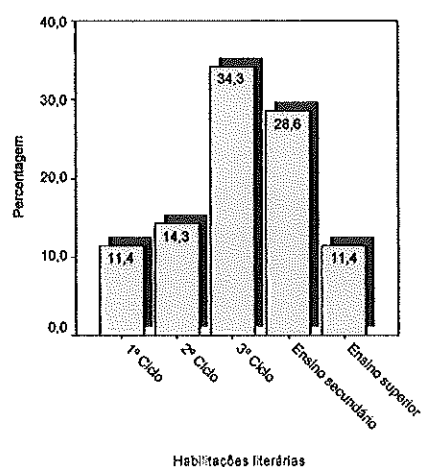
A maior parte das participantes apresenta a condição de casadas, ou encontram-se em união de facto (77,1%; n=27). Existe ainda a percentagem de 17,1% (n=6) que afirmou ser solteira, e duas inquiridas são divorciadas (5,7%; n=2) (quadro comprovativo em anexo).

Figura 6 – Estado Civil



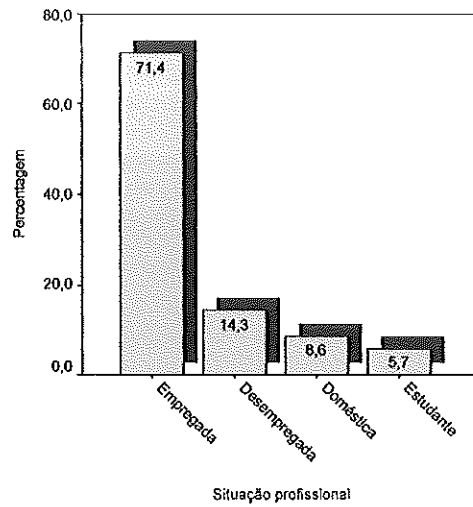
No que concerne às habilitações literárias, verifica-se que a percentagem mais incidente de participantes marca presença no 3º ciclo (até 9º ano), mais propriamente 34,3% (n=12), de seguida surgem as inquiridas com o ensino secundário (10º- 12º ano, com a percentagem de 28,6%; n=10), e as questionadas com o 2º ciclo (5º e 6º ano, com 14,3%; n=5). Com o ensino primário encontra-se o equivalente a 11,4% (n=4), e a mesma percentagem apresenta escolaridade ao nível superior (quadro superior em anexo).

Figura 7 – Habilitações Literárias



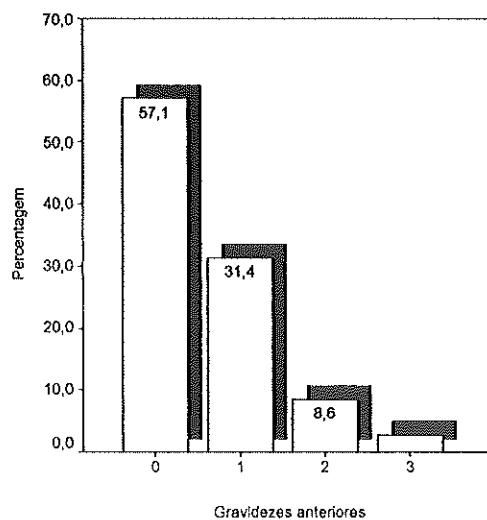
A grande maioria das inquiridas encontra-se a desempenhar uma actividade profissional, já que indicou que se encontram empregadas (71,4%; n=25). Marcam ainda presença as participantes que estão em situação de desemprego (14,3%; n=5), e as que são domésticas de ocupação 88,6%; n=3). Para finalizar, resta referir que existem duas estudantes (5,7%; n=2) (quadro comprovativo em anexo).

Figura 8 – Situação Profissional



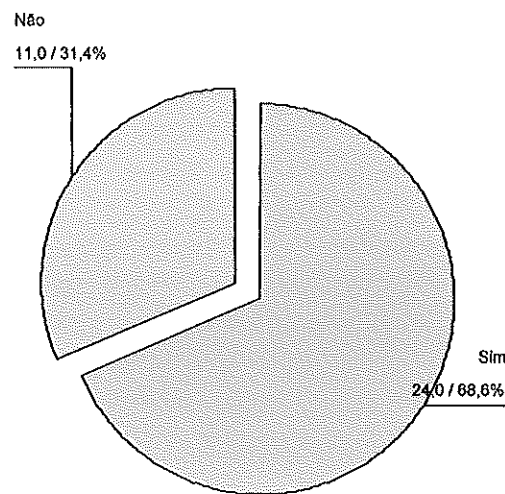
Quando questionadas sobre o número de gravidezes anteriores, observa-se que para a maioria das participantes a actual gravidez é a primeira experiência, já que mencionaram que não tiveram qualquer gravidez anterior (57,1%; n=20). O correspondente a 31,4% (n=11) referiu que se trata da segunda gravidez, já que assinalaram que tiveram uma gravidez anterior, o equivalente a 8,6% (n=3) alegou que já teve duas gravidezes antes da actual, e somente uma inquirida (2,9%) teve 3 gravidezes (quadro comprovativo em anexo).

Figura 9 – Número de gravidezes anteriores



Para o equivalente a 68,6% (n=24) a actual gravidez foi planeada, mas a percentagem de 31,4% (n=11) referiu que não se trata de uma gravidez planeada. Quando questionadas se a gravidez foi aceite, a totalidade de participantes respondeu afirmativamente (100%; n=35), mesmo as que tiveram gravidezes não planeadas (quadro comprovativo em anexo).

Figura 10 – Gravidez Planeada



Seguidamente foi proposto às inquiridas para descrever o que é para elas a gravidez. Desta forma, e uma vez que se trata de uma questão aberta, as respostas foram sujeitas a análise de conteúdo, e constatou-se que todas as participantes deram uma resposta que vai no sentido da gravidez ser uma experiência única e maravilhosa, é uma felicidade e uma das fases mais bonitas da vida da mulher, tal como referem as seguintes inquiridas:

“É maravilhoso quando planeada.”;

“É um estado de felicidade poder gerar um filho.”;

“É uma das fases mais bonitas e importantes que acontecem na vida de uma mulher (...).”;

“(…) é um dom, algo inexplicável que só quem passa por este estado avaliar (...).”;

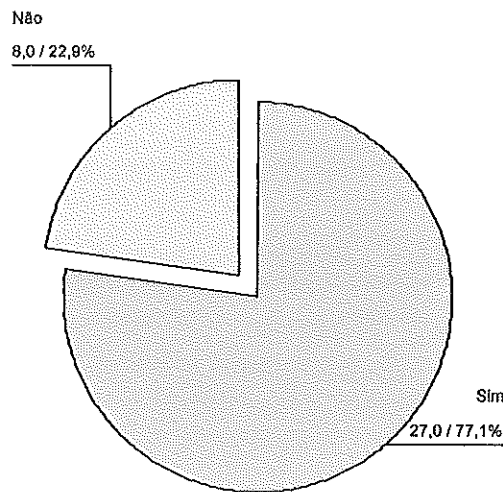
“ (...) é ter um bebé e cria-lo com muito amor e carinho.”;

“É uma fase nova na minha vida, mas muito importante e que deve ser vivida da melhor maneira possível.”;

“É uma coisa boa, ajuda-nos a amadurecer.”.

Para finalizar resta referir quantas mulheres conhecem alguma crença em relação à gravidez (por exemplo, superstições, ditos, o que a grávida deve ou não fazer, comer, beber, uso de alguma coisa, entre outras). Assim, verifica-se que a maioria das participantes referiu que tem conhecimento de alguma crença sobre a gravidez (77,1%; n=27), somente o equivalente a 22,9% (n=8) respondeu negativamente (quadro comprovativo em anexo).

Figura 11 – Conhece alguma crença em relação à gravidez



Em relação às crenças mais conhecidas pelas 27 participantes que responderam afirmativamente na questão anterior, observa-se que as mais assinaladas estão relacionadas com o contacto com animais (70,4%; n=19); as crenças associadas às flores e plantas (66,7%; n=18); e relacionadas com a alimentação(51,9%; n=14).

As crenças conhecidas sobre o contacto com os animais e referenciadas pelas inquiridas são as seguintes: “*Não haver contacto com animais no início da gravidez.*”; “*Não é aconselhável o contacto com animais devido a doenças que nos podem transmitir.*”; “*Não pegar em animais.*”; “*Não devemos relacionarmo-nos com animais.*”; “*Não ter contacto com animais, principalmente gatos.*”; “*Não tocar em animais.*”; “*Não ter contacto com eles por causa de alergias ou infecções.*”

Em relação às plantas e flores, as participantes referiram os seguintes conhecimentos: “*Não cheirar flores.*”; “*Não devemos relacionarmo-nos com flores e plantas.*”; “*Não cheirar nos três primeiros meses.*”; “*Não tocar nem cheirar flores e plantas.*” “*Dizem que não é bom cheirar flores.*”; “*Não cheirar porque o bebé pode nascer com as flores desenhadas no corpo.*”

Quanto às crenças relacionadas com a alimentação, as respostas vão no sentido de realizar uma alimentação mais saudável e equilibrada, de evitar certos alimentos, e de reforçar a quantidade ingerida para alimentar o bebé, entre outras crenças: “*Comer por dois.*”; “*Ter o cuidado de comer em 2 em 2 horas.*”; “*Comer peixe, beber leite e iogurtes, fruta e muita água.*”; “*Alimentar-me bem.*”; “*Comer verduras, beber muita água e comidas saudáveis.*”; “*Se comer frutos gémeos, poderá nascer gémeos.*”; “*Não cheirar alimentos, o bebé pode nascer com manchas.*”; “*Não fumar, não beber bebidas alcoólicas, não usar drogas, e até aos 3 meses não comer enchidos e coisas feitas com sangue (...).*”; “*Satisfazer o desejo da grávida, porque o bebé pode nascer de boca aberta.*”

No quadro seguinte destacam-se ainda as crenças relacionadas com a adivinhação do sexo do bebé e o uso de objectos (ambas as crenças indicadas por 37%; n=10). Quanto à adivinhação do sexo do bebé, as inquiridas disseram o seguinte: “*A forma da barriga, redonda indica menina, em bico indica menino.*”; “*Há quem diga que podemos saber o sexo do bebé através da moleirinha do filho anterior.*”; “*A posição da barriga.*”; “*Se a mãe tem cara bonita é uma menina, a barriga se for bicuda é rapaz.*”; “*Através de uma agulha que penduram na palma da mão.*”

Relativamente ao uso de objectos, surgiram mais vezes crenças relacionadas com o beber directamente das garrafas e com o uso de certos objectos perto do corpo: “*Não usar colares.*”; “*Não usar cinto.*”; “*Não ter chaves e tesouras nos bolsos.*”; “*Não por tesouras no colo porque o bebé pode nascer com os lábios rachados.*”; “*Não beber pelo gargalo das garrafas.*”; “*Não beber por copos partidos.*”.

O equivalente a 22,2% (n=6) referiram que têm conhecimento de crenças relacionadas com as relações sexuais, e mencionaram o seguinte: “*Deve-se ter sempre, não há qualquer problema.*”; “*É aconselhável ter relações sexuais durante a gravidez.*”; “*Podemos ter relações sexuais normalmente, até prescrição médica.*”; “*Normalmente dizem que se deve ter mais cuidado no fim do tempo.*”.

As crenças menos conhecidas são relacionadas com os actos médicos (por exemplo, Ecografias, Amniocentese, Cesariana, Epidural), sendo que esta opção foi referida por 5 elementos (18,5%), tendo mencionado: “*A epidural pode paralisar os membros inferiores.*”; “*A epidural pode fazer nascer o bebé menos desperto.*”. A percentagem de 14,8% (n=4) referiu que conhece crenças sobre hábitos/costumes da vida moderna (grávidas ao volante, exercício físico, medicação, entre outros aspectos): “*Não usar cinto de segurança a conduzir, não fazer esforço com exercício físico.*”; “*Não usar cinto de segurança e caminhar.*”; “*Não pintar o cabelo.*”.

Resta mencionar os resultados das crenças relacionadas com os astros (lua, sol, estrelas), em que apenas 3 elementos indicaram ter conhecimento de mitos sobre os astros (11, 1%), e disseram a informação: “*Geralmente quando há volta da lua o bebé nasce.*”.

Tabela 1 – Tipos de crenças conhecidas

	Frequência	Percentagem
Adivinhação do sexo do bebé	10	37,0%
Alimentação	14	51,9%
Uso de objectos	10	37,0%
Contacto com animais	19	70,4%
Flores, plantas	18	66,7%
Relações sexuais	6	22,2%
Astros (lua, sol, estrelas)	3	11,1%
Actos/exames médicos	5	18,5%
Hábitos/ costumes da vida moderna	4	14,8%

Das 27 participantes que conhecem crenças sobre a gravidez, a maior parte mencionou que acredita nestas crenças (40,7%; n=11), o equivalente a 37% (n=10) referiu que está indecisa se deve acreditar ou não nos mitos, e a demais percentagem indicou que não acredita nas crenças que referiu anteriormente (22,2%; n=6).

Tabela 2 – Acredita nas crenças referidas

		Frequência	Percentagem
Acredita nas crenças	Sim	11	40,7
	Indecisa	10	37,0
	Não	6	22,2
	Total	27	100,0

Em relação a quem transmitiu as crenças conhecidas pelas inquiridas, verifica-se que a maior parte dos conhecimentos foram transmitidos pela mãe (70,4%; n=19); por avós (44,4%; n=13), por outros familiares (48,1%; n=13), e por colegas (44,4%; n=12). As fontes de informação menos frequentes são o pai (18,5%; n=5), os irmãos (11,1%; n=3), os vizinhos (22,2%; n=6), e o correspondente a 3,7% (n=1) referiu que não sabe como adquiriu os conhecimentos sobre as crenças.

Tabela 3 – Fontes de informação sobre as crenças

	Frequência	Porcentagem
Pai	5	18,5%
Mãe	19	70,4%
Avós	12	44,4%
Irmãos	3	11,1%
Outros Familiares	13	48,1%
Vizinhos	6	22,2%
Colegas	12	44,4%
Não sabe	1	3,7%

Na questão se estão recordadas sobre quando tiveram conhecimento das crenças, a maior parte das inquiridas respondeu afirmativamente (59,3%; n=16). Por outro lado, o correspondente a 40,7% (n=11) mencionou que não se lembra de quando conheceram as crenças que referiram anteriormente.

Tabela 4 – Lembrança do conhecimento das crenças

		Frequência	Porcentagem
Lembra-se quando teve conhecimento delas	Sim	16	59,3
	Não	11	40,7
	Total	27	100,0

Durante a gravidez a maior parte da amostra deixou de fazer algumas coisas que fazia até saber que estava grávida (na alimentação, no uso de objectos, no vestuário, com animais...), já que a percentagem de 54,3% (n=19) respondeu afirmativamente à questão. As restantes inquiridas mencionaram que não alteraram os seus hábitos devido à gravidez (45,7%; n=16).

Em relação às mudanças que as 19 inquiridas realizaram no seu comportamento, são sobretudo a nível dos animais, vestuário e alimentação. De certa forma, parece que os hábitos alterados estão relacionados com as crenças referidas, como se pode denotar nas seguintes afirmações: *“Contacto com animais e contacto com detergentes com amoníaco.”*; *“Não tocar nos animais e ter cuidado com o vestuário e alimentação.”*; *“Usar roupa de grávida para melhorar os movimentos do bebé.”*; *“Deixar de beber água pela garrafa, de utilizar cintos nas calças e chaves.”*; *“Deixei de ter contacto com animais, flores e plantas, e comecei a fazer uma alimentação mais saudável.”*; *“Deixei de comer porcarias e não pego em animais.”*; *“Deixei de fumar e não peguei em gatos até aos 3 meses.”*

Quando questionadas porque alteraram os seus comportamentos, mais uma vez se constata que as crenças estão muitas vezes presentes, como se pode confirmar nas seguintes respostas: *“Por iniciativa própria e também por causa das crianças.”*; *“Porque tenho medo que afecte o meu bebé.”*; *“Para protecção do bebé e para não apanhar infecções.”*; *“Por insistência da minha mãe pelas crenças (...)”*; *“Talvez por medo que as crenças tenham um pouco de verdade.”*; *“No fundo não sei se é verdade ou mentira o que as pessoas me dizem.”*; *“Talvez para ficar mais descansada em relação ao que se diz.”*; *“Porque dizem que faz mal.”*; *“Porque a minha mãe praticamente me obrigou.”*; *“Deixei de fazer porque não é só a minha saúde que está em risco mas sim a do meu bebé que é mais importante.”*

Tabela 5 – Fim de comportamentos quando grávida

		Frequência	Percentagem
Durante a gravidez deixou de fazer alguma coisa	Sim	19	54,3%
	Não	16	45,7%

Por outro lado, quando questionadas se começaram a fazer alguma coisa que não fazia anteriormente pelo facto de estarem grávidas, a maior parte das inquiridas respondeu negativamente (54,3%; n=19), e a percentagem de 45,7% (n=16) alegou que começou a ter comportamentos novos desde que soube que estava grávida.

No que concerne aos novos comportamentos adquiridos, também se verifica uma certa influencia das crenças ou conhecimentos transmitidos sobre a gravidez, mas os hábitos iniciados estão mais relacionados com a alimentação: “Comer mais.”; “Deixei de ter contacto com animais.”; “Beber mais água.”; “Caminhar diariamente.”; “Mais cuidado com a alimentação.”; “Não uso roupas apertadas.”; “Deixei de comer alguns alimentos que estão em contacto com a terra.”; “Ter uma alimentação mais cuidada e equilibrada.”.

As inquiridas começaram a ter novos comportamentos porque é melhor prevenir e têm que ajustar os seus hábitos à nova condição. Algumas afirmações são: “É melhor prevenir.”; “Porque a Barriga começa a crescer.”; “Acho que é melhor para mim e para o bebé.”; “Acima de tudo preocupo-me com o bem-estar do meu bebé.”; “Para me sentir bem comigo própria.”.

Tabela 6 – Início de comportamentos quando grávida

		Frequência	Percentagem
Começou a fazer alguma coisa	Sim	16	45,7%
	Não	19	54,3%

Quando questionadas se alguma vez os médicos ou enfermeiros lhes falaram sobre as crenças da gravidez, a percentagem mais saliente de participantes respondeu negativamente (85,7%; n=30), somente 5 elementos (14,3%) referiram que os profissionais de saúde falaram sobre os ditos e as superstições relacionadas à gravidez.

Assim sendo, a maior parte das inquiridas não sentiu vontade de falar com o médico ou enfermeiro sobre as suas crenças da gravidez (91,4%; n=32), somente o equivalente a 9,6% (n=3) alegou que sentiu vontade de ter uma conversa com os profissionais de saúde sobre o tema em questão. Assim, provavelmente a maioria das participantes nunca abordou este assunto com o médico ou enfermeiro porque não tem vontade de discutir a temática.

Tabela 7 – Discussão das crenças com o Médico/Enfermeiro e vontade de abordar o tema

		Frequência	Porcentagem
Médico/enfermeira falou sobre as crenças	Sim	5	14,3%
	Não	30	85,7%
Sentiu vontade de falar das suas crenças ao médico/enfermeira	Sim	3	8,6%
	Não	32	91,4%

Para finalizar o questionário foi perguntado às inquiridas qual a maior preocupação relativamente à sua gravidez. As respostas obtidas vão todas no mesmo sentido, a preocupação constante e mais frequente é que a gravidez corra bem, a preocupação do parto e a saúde do bebé. Algumas das alegações retiradas da análise de conteúdo são as seguintes:

“Se tudo vai correr bem durante os 9 meses, e se a gravidez vai ser calma e sem problemas.”;

“Tenho medo que o bebé tenha alguma deficiência.”;

“Que o bebé nasça com saúde e perfeito.”;

“O momento do parto.”;

“(…) que o bebé seja saudável e perfeito, e que eu tenha uma hora feliz e pequena quando ele nascer (…) que apanhe uma equipa de médicos boa e com consciência do que estão a fazer.”;

“Tenho receio que algo não corra bem pois está a ser uma gravidez de risco (…).”;

“(…) que tudo esteja bem com o meu bebé e não fazer nada que lhe possa fazer mal (…).”;

“O momento do parto e possíveis deficiências do bebé.”;

“Tenho medo que me aconteça alguma coisa (…) um aborto e outras coisas mais.”.

De forma a saber se as crenças que as participantes conhecem oscilam segundo algumas das suas características, e com o objectivo de conhecer a associação entre algumas variáveis consideradas pertinentes no presente estudo, realizou-se a correlação de Spearman entre as crenças conhecidas pelas inquiridas e as variáveis da idade, da residência, do estado civil, das habilitações literárias, da situação profissional, da existência de gravidezes anteriores e se a gravidez foi planeada.

Optou-se pela aplicação desta correlação porque é indicada ao tipo de variáveis com que se está a trabalhar, de cariz qualitativo, e por ser uma medida de associação e dispersão que possibilita observar a direcção da relação. O r representa o valor da associação, e quanto mais afastado for o seu valor do zero, maior será a associação existente entre as variáveis. Neste tipo de correlação está subjacente a hipótese nula que afirma que as variáveis não têm relação entre elas, e a hipótese alternativa que afirma que as variáveis em estudo apresentam relação entre elas. O p é o valor da significância, e sempre que o valor for inferior ou igual a 0,05 pode-se assumir a existência de relação entre as variáveis.

Porém, poucas foram as correlações significativas encontradas. Na variável da idade verifica-se que apenas existe uma associação moderada alta com o facto das inquiridas conhecerem crenças relacionadas com a vida moderna ($r = -0,477$; $p = 0,012$), e como a associação é negativa permite concluir que são as inquiridas mais jovens que tendem a conhecer crenças de hábitos/costumes relacionados com a vida moderna. Nas demais crenças não existe oscilação segundo a idade, já que o valor da associação é sempre fraco e o nível de significância não permite assumir a hipótese que afirma que existe relação entre as variáveis.

Quanto à residência, não se verificou qualquer correlação significativa, o que significa que o tipo de crenças conhecidas pelas participantes não depende do seu tipo de residência (urbana ou rural). O estado civil apenas apresenta associação moderada com a crença do uso de objectos ($r = 0,387$; $p = 0,046$), e os valores indicam que são as inquiridas casadas que tendem a assinalar mais frequentemente esta crença e o receio de usar certos objectos.

As habilitações literárias apresentam uma associação moderada alta com a crença do contacto com animais ($r=0,453$; $p=0,018$), e pode-se concluir que são as inquiridas com menor nível de escolaridade que tendem a conhecer esta crença e a não contactar com animais durante a gravidez. Nas demais crenças não existe oscilação dos resultados segundo as habilitações literárias das participantes.

Também na situação profissional somente se verificou uma correlação significativa, e esta surge com a crença do uso de objectos ($r=0,389$; $p=0,045$), o que indica que são as inquiridas que não se encontram a desempenhar uma actividade profissional que tendem a assinalar mais frequentemente esta crença. Na variável das gravidezes anteriores, observa-se que não existe qualquer associação com as crenças sobre a gravidez, já que os valores da associação são sempre baixos, e o nível de significância sempre superiores a 0,05, pelo que não existe oscilação do conhecimento das crenças mediante o facto de ser ou não a primeira gravidez.

Para finalizar resta mencionar que o facto da gravidez ter sido planeada apenas apresenta associação moderada alta e relação com a crença da adivinhação do sexo do bebé ($r=0,498$; $p=0,008$), e pode-se afirmar que são as indagadas que mencionaram que a gravidez foi planeada que tendem a referir que conhecem as crenças da adivinhação do sexo do bebé. Contudo, esta variável não apresenta mais associações com as restantes crenças apresentadas, já que não é possível assumir a relação entre as variáveis.

De salientar que a variável “gravidez aceite” não foi utilizada nesta correlação uma vez que a totalidade das inquiridas ($n=35$) responderam afirmativamente a esta questão.

Tabela 8 – Correlação das crenças sobre a gravidez e variáveis caracterizadoras da amostra

		Idade	Residência	Estado civil	Habilitações literárias	Situação profissional	Gravidezes anteriores	Gravidez planeada
Adivinhação do sexo do bebé	ró	-,173	,125	-,292	-,031	-,295	-,347	,498
	p	,388	,534	,140	,880	,136	,108	,008
Alimentação	ró	-,019	-,187	,321	,251	-,234	-,112	-,301
	p	,925	,351	,102	,206	,241	,579	,128
Uso de objectos	ró	,124	,279	,387	,250	-,389	-,058	-,174
	p	,539	,159	,046	,209	,045	,775	,385
Contacto com animais	ró	,204	-,138	,115	-,453	,281	,245	-,243
	p	,308	,492	,569	,018	,156	,219	,221
Flores, plantas	ró	,000	-,210	,125	,209	-,145	,059	-,115
	p	1,000	,294	,534	,296	,471	,769	,569
Relações sexuais	ró	-,189	-,020	-,079	,059	-,356	-,168	,152
	p	,344	,922	,696	,769	,107	,402	,450
Astros (lua, sol, estrelas)	ró	,015	,341	-,063	,243	-,335	-,178	,229
	p	,940	,108	,757	,222	,109	,375	,250
Actos/exames médicos	ró	,264	,269	-,067	,260	,330	,108	-,108
	p	,183	,176	,738	,190	,109	,592	,591
Hábitos/ costumes da vida moderna	ró	-,477	,193	-,074	,007	,048	-,354	,271
	p	,012	,334	,715	,973	,812	,107	,172

Outra das correlações efectuadas diz respeito à idade com outras questões do questionário consideradas importantes neste estudo. Assim, a idade apresenta uma correlação forte com a existência de gravidezes anteriores ($ró=0,545$; $p=001$), o que indica que são as mulheres com mais idade que tendem a apresentar gravidezes anteriores à actual. Também são as inquiridas com mais idade que tendem a referir que a sua gravidez foi planeada ($ró=-0,357$; $p=0,035$), mas não existe relação da idade com o facto de conhecer crenças, de acreditar nelas e com a vontade de falar sobre as crenças com o médico/enfermeiro.

A residência não apresenta novamente qualquer relação com as demais questões, mas o estado civil apresenta uma associação moderada com a existência de gravidezes anteriores ($ró=0,324$; $p=0,050$) e uma associação alta com a gravidez planeada ($ró=-0,520$; $p=0,001$), o que indica que são as participantes casadas que tendem a afirmar que a sua gravidez foi planeada e são as mesmas mulheres que já tiveram gravidezes anteriores.

Por fim, verifica-se que as habilitações literárias apresentam uma associação moderada com a existência de gravidezes anteriores ($r = -0,344$; $p = 0,043$), o que indica que são as inquiridas com maior escolaridade que referiram que esta é a primeira gravidez, e existe uma associação moderada alta e relação com o facto das inquiridas acreditarem nas crenças que referiram ($r = 0,429$; $p = 0,025$), indicando que são as participantes com maior escolaridade que tendem a afirmar que não acreditam nas crenças que descreveram.

Tabela 9 – Correlação de questões do questionário e variáveis caracterizadoras da amostra

		Idade	Residência	Estado civil	Habilitações literárias
Gravidezes anteriores	ró	,545	-,228	,324	-,344
	p	,001	,188	,050	,043
Gravidez planeada	ró	-,357	-,127	-,520	-,041
	p	,035	,467	,001	,815
Conhece alguma crença	ró	,061	-,090	-,156	,021
	p	,729	,608	,370	,905
Acredita nas crenças	ró	,146	,229	,150	,429
	p	,468	,250	,456	,025
Sentiu vontade de falar das suas crenças ao médico/enfermeira	ró	,071	,076	,145	-,037
	p	,686	,664	,406	,834

CAPÍTULO IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS

Aquando da apresentação e análise dos resultados, fizeram-se algumas inferências sobre os resultados obtidos, mas é neste capítulo que lhes é dado uma maior relevância e significado. Contudo, a avaliação dos resultados não pode deixar de ter em conta algumas limitações da investigação realizada, pelo que se justifica algum cuidado ao interpretar os mesmos.

A amostra deste estudo é constituída por 35 grávidas. A média de idades é de 26 anos, sendo que metade das grávidas tem idade igual ou inferior a esta; a nível das habilitações literárias predomina a formação até ao 3º ciclo (12 mulheres).

Quando questionadas acerca do facto de conhecer alguma crença relativa à gravidez a maioria das grávidas (27 grávidas) responderam afirmativamente. Os tipos de crenças que estas mais mencionaram foram: “crenças relacionadas com o contacto com animais” (19 respostas); “crenças relacionadas com flores e plantas” (18 respostas) e “crenças relacionadas com a alimentação” (14 respostas).

Relativamente às crenças relacionadas com o contacto com animais, todas as crenças referidas dizem respeito a crenças relativas à interdição. Um dos exemplos referidos foi “não ter contacto com animais, pois o bebé pode nascer com manchas ou pêlos no corpo”. Já Couto (1994) se referia a esta crença, referindo que acredita-se que se a grávida encostar algum animal á barriga, o bebé poderá nascer com manchas, sinais, com a marca do animal ou com pêlos no corpo.

Quanto às crenças relacionadas com flores e plantas, as mais referidas pelas questionadas foi “não cheirar flores”, que se incluem igualmente nas crenças relativas à interdição. Uma resposta específica menciona “não cheirar porque o bebé pode nascer com as flores desenhadas no corpo”, o que vai de encontro ao que refere Couto (1994), que menciona que as grávidas não devem cheirar flores, dado que o bebé poderá nascer com a flor marcada no corpo.

No que se refere às crenças relacionadas com a alimentação, algumas respostas relacionam-se com os desejos das grávidas, como por exemplo “satisfazer o desejo da grávida, porque o bebé pode nascer de boca aberta”, como Costa (1988) refere ao afirmar que se as futuras mães não satisfazerem os seus desejos, os filhos podem nascer “ougados” com a boca aberta ou torta, enquanto outras respostas relacionam-se com alimentos prescritos, como são exemplos “se comer bacalhau salgado durante a gravidez terei mais leite” e “comer por dois”. Esta resposta vai de encontro à bibliografia consultada, dado que também Couto (1994) refere que as grávidas acreditam que se consumirem bacalhau salgado terão mais leite para amamentar bem como acreditam que devem comer por dois.

Apesar de não serem em número tão significativo, também convém referir que foram encontradas algumas respostas quanto a crenças relativas à pré-determinação ou adivinhação do sexo do bebé. A crença de que “a forma da barriga redonda indica menina, em bico indica menino” pode ser encontrada no que refere Fontes (1992), o qual afirma que se a barriga da grávida for muito oval será uma menina, se for disfarçada será rapaz.

Os aspectos acima referidos permitem dar resposta à primeira questão específica “Quais as crenças tradicionais das grávidas do Centro de Saúde em estudo?”.

Quanto à segunda questão específica “Quais as novas crenças das grávidas do Centro de Saúde em estudo?” verifica-se que o tipo das novas crenças é dos menos referido. Assim, apenas 5 das grávidas inquiridas referem conhecer crenças relacionadas com actos/exames médicos, sendo as respostas relacionadas com a epidural, como por exemplo “a epidural pode paralisar os membros inferiores”. De igual modo Kitzinger (1995) refere que um dos efeitos resultantes da epidural pode ser a perda da sensibilidade nas pernas durante algumas horas. Outra nova crença, que 4 das questionadas referem, diz respeito a crenças relacionadas com hábitos e costumes da vida moderna, sendo a resposta mais frequente “não usar cinto de segurança a conduzir”. Também Cordeiro (2001) refere que um incorrecto uso de cinto de segurança pode ser letal para o feto em caso de acidente.

Das 27 grávidas que referiram conhecer crenças relativas à gravidez, apenas 6 destas referem não acreditar nas crenças referidas, estando 10 indecisas. Além disso, foi constatado que a maioria das grávidas dizem ter deixado de fazer alguma coisa que fazia anteriormente, pelo que pode-se concluir que de alguma forma as crenças levaram à alteração do comportamento por parte das grávidas.

Estes resultados vão ao encontro da bibliografia consultada, dado que o modelo de crenças na saúde defende que o comportamento resulta de um conjunto de crenças centrais redefinidas ao longo dos anos (Odgen, 1999). Deste modo, as crenças em que as mulheres acreditam influenciaram o comportamento (“deixar de fazer alguma coisa”).

Quanto às fontes de informação, as mais referenciadas pelas mulheres em estudo foram as mães (19 respostas), o que se considera dever ao facto de serem as mulheres que mais directamente estão implicadas na situação de gravidez, estabelecendo-se redes de solidariedade e apoio nesta situação.

Um outro ponto de discussão prende-se com as questões formuladas, com as quais pretende-se verificar se existe ou não relação entre variáveis.

“Poderá o tipo de crenças em que as grávidas acreditam estar relacionado com a área de residência?”. Com a aplicação da correlação de Spearman verifica-se que o tipo de crenças em que as grávidas acreditam não varia consoante a área de residência (rural ou urbana), pelo que pode-se concluir que são as pessoas e outras fontes de informação e não a área onde residem que vão permitindo que as crenças se transmitam e surjam novas crenças.

“Poderá o tipo de crenças em que as grávidas acreditam estar relacionado com a idade?”. Para testar esta questão foi aplicado o coeficiente de correlação de Spearman e o respectivo teste de significância, no qual verifica-se que apenas existe uma associação moderada alta com o facto das inquiridas conhecerem crenças relacionadas com a vida moderna e como a associação é negativa permite concluir que são as inquiridas mais jovens que tendem a conhecer crenças de hábitos/costumes relacionados com a vida moderna, facto que se possa dever à maior predisposição que as jovens grávidas têm para adquirir novas crenças, com o surgimento de técnicas de diagnóstico e o desenvolvimento da tecnologia nos nossos dias.

“Poderá o tipo de crenças em que as grávidas acreditam estar relacionado com as habilitações literárias?”. Para testar esta questão foi aplicado novamente o coeficiente de correlação de Spearman e o respectivo teste de significância, verificando-se que apresentam uma associação moderada alta com a crença do contacto com animais, pelo que pode-se concluir que são as inquiridas com menor nível de escolaridade que tendem a conhecer esta crença e a não contactar com animais durante a gravidez. Para além disso, existe uma associação moderada alta e relação com o facto das inquiridas acreditarem nas crenças que referiram, indicando que são as participantes com maior escolaridade que tendem a afirmar que não acreditam nas crenças que descreveram. Estes resultados talvez devem-se ao facto das grávidas com grau académico inferior possuírem menos conhecimentos científicos, o que as leva a ter uma percepção diferente do conteúdo e significado das crenças comparativamente com as grávidas de grau académico superior, acreditando nas crenças.

“Poderá o tipo de crenças em que as grávidas acreditam estar relacionado com o estado civil?”. Para testar esta questão foi aplicado novamente o coeficiente de correlação de Spearman e o respectivo teste de significância, sendo que verifica-se que o estado civil apenas apresenta associação moderada com a crença do uso de objectos e os valores indicam que são as inquiridas casadas que tendem a assinalar mais frequentemente esta crença e o receio de usar certos objectos. Tal poderá ser derivado pelas grávidas solteiras não assumirem tanta responsabilidade, cuja gravidez geralmente não é planeada, levando-as a não conhecerem tantas crenças relativas ao uso de objectos.

“Poderá o tipo de crenças em que as grávidas acreditam estar relacionado com a situação profissional?”. Foi aplicado novamente o coeficiente de correlação de Spearman e o respectivo teste de significância para testar esta questão, tendo-se verificado somente uma correlação significativa, a qual surge com a crença do uso de objectos, o que indica que são as inquiridas que não se encontram a desempenhar uma actividade profissional que tendem a assinalar mais frequentemente esta crença. Este resultado pode-se dever ao facto das grávidas desempregadas permanecerem mais tempo dentro dos seus lares, em maior contacto com objectos incluídos em crenças, tais como tesouras ou colares.

“Poderá o tipo de crenças em que as grávidas acreditam estar relacionado com o número de gestações anteriores?”. Foi aplicado novamente o coeficiente de correlação de Spearman e o respectivo teste de significância para testar esta questão, observando-se que não existe qualquer associação com as crenças sobre a gravidez, pelo que leva a concluir que o conhecimento relativo a crenças não se encontra associado ao número de gestações anteriores. Assim, pode-se aferir que as crenças que as grávidas conhecem por altura da primeira gravidez irão permanecer inalteradas em futuras gestações, pelo que as fontes de transmissão das crenças também permanecem inalteradas.

“Poderá o tipo de crenças em que as grávidas acreditam estar relacionado com o planeamento da gravidez?”. Para testar esta questão foi aplicado o coeficiente de correlação de Spearman e o respectivo teste de significância, sendo que apresenta associação moderada alta e relação com a crença da adivinhação do sexo do bebé, podendo-se afirmar que são as indagadas que mencionaram que a gravidez foi planeada que tendem a referir que conhecem as crenças da adivinhação do sexo do bebé. Tal poderá dar-se pelo facto de as grávidas que planeiam a gravidez se encontrarem mais susceptíveis a esta característica do bebé, pensando no futuro deste mais cedo, como por exemplo o nome ou a cor do quarto.

“Existirá algum relacionamento entre a idade, residência, estado civil e habilitações literárias e outras questões do questionário?”. Tendo sido aplicado novamente o coeficiente de correlação de Spearman e o respectivo teste de significância, verifica-se que a idade e o estado civil apresentam uma correlação moderada/forte com a existência de gestações anteriores e o planeamento da gravidez, o que indica que são as mulheres com mais idade e casadas que tendem a apresentar gestações anteriores à actual e a planear a sua gravidez. Este resultado vai de encontro ao preconizado na nossa sociedade, em que cada vez mais tarde as mulheres têm filhos, derivado da falta de estabilidade sócio-económica. Quanto à residência, esta não apresenta qualquer tipo de relação, o que leva a concluir mais uma vez que o factor determinante são as pessoas e outros factores pertencentes a determinada área de residência. Relativamente às habilitações literárias, estas apresentam uma associação moderada com a existência de gestações anteriores, o que indica que são as inquiridas com maior escolaridade que referiram que esta é a primeira gravidez, levando a concluir que as grávidas preferem assegurar estabilidade na vida profissional antes de engravidar.

“Serão as crenças parte importante na relação grávida-enfermeiro?”. Depois de aplicado o coeficiente de correlação de Spearman e o respectivo teste de significância, observa-se que não foi encontrada nenhuma relação entre as variáveis anteriormente descritas e o facto da grávida sentir vontade de falar das suas crenças ao médico/enfermeira. Tal resultado, aliado com a baixa percentagem de grávidas que dizem já ter discutido este tema com o médico/enfermeira ou se já tinha sentido vontade de o fazer, demonstra a quase inexistência e falta de importância deste assunto na relação grávida-enfermeiro, derivado talvez da pouca vontade que a grávida sente em discutir esta temática ou pelo facto de lhe atribuir pouca importância.

Com o intuito ainda de perceber o que pensam as grávidas acerca da gravidez e quais as suas preocupações, e após aplicada a análise de conteúdo, é possível verificar que todas as grávidas concordam que a gravidez é das fases mais bonitas pela qual as mulheres passam, algo que traz felicidade à sua vida, sendo as principais preocupações o momento do parto e a saúde do seu bebé. Deste modo, foi possível determinar alguns dos sentimentos que as grávidas têm e que por vezes não conseguem exprimir tão facilmente, o que poderá ser uma mais-valia no futuro, permitindo uma melhoria na prestação de cuidados de enfermagem.

Após a discussão dos resultados propriamente dita, resta mencionar as limitações sentidas na realização deste estudo e sugestões para futuros estudos. Quanto às limitações, estas foram respeitantes ao facto dos resultados deste estudo serem apenas válidos para a população alvo, uma vez que a amostra é reduzida ($n=35$) e não probabilística.

Como sugestão e forma de ultrapassar a limitação referida, sugere-se estudos posteriores com uma amostra maior e alargada a outros Centros de Saúde. Propõe-se ainda estudos no sentido de averiguar, a longo prazo, se os medos respeitantes a técnicas de diagnóstico pré-natal e outros procedimentos, bem como os medos relativos a hábitos/costumes da vida moderna se transformaram e assumiram o valor de crença.

CONCLUSÃO

Após este estudo algumas conclusões se podem tirar. Os resultados encontrados permitem verificar que as grávidas do centro de saúde estudado ainda conhecem crenças tradicionais respeitantes à gravidez, com a tendência para acreditarem nas mesmas e, conseqüentemente, para o seu comportamento ser alterado em função destas.

Relativamente a “novas crenças”, através dos resultados foi verificada a existência de poucas crenças, as quais estão relacionadas principalmente com a epidural e o uso de cinto de segurança durante a gravidez.

Quanto à existência de relação entre variáveis, pode-se afirmar que, de uma forma geral, o tipo de crenças em que as grávidas acreditam varia consoante a idade, as habilitações literárias, o estado civil, a situação profissional e o planeamento da gravidez, variáveis estas (exceptuando a situação profissional e o planeamento da gravidez) que também apresentam relação com outras questões do questionário.

No que diz respeito à importância das crenças na relação grávida-enfermeiro, verificou-se que esta assume pouca importância, por falta de diálogo entre a grávida e o enfermeiro sobre este tema.

Neste sentido, considera-se que, de um modo geral, foram atingidos os objectivos de investigação formulados.

Face aos resultados obtidos, parece pertinente a respectiva divulgação junto dos profissionais de saúde do centro de saúde alvo desta investigação, nomeadamente junto dos enfermeiros, dada a relação que estabelecem com os utentes. Deste modo, estarão despertos para a persistência de tradições e crenças, bem como para os medos e novas crenças que se vão formando.

Devido às limitações derivadas da inexperiência como investigador, este estudo representou um desafio, o qual é considerado pertinente para a melhoria da prestação de cuidados. É necessário ter em conta que aqueles a quem se presta cuidados não são despidos do seu património cultural e, portanto, das suas crenças.

O profissional de enfermagem deve ter em consideração estes aspectos culturais para que, no âmbito da Educação para a Saúde, integre e promova os saberes sociais junto das grávidas. Desta forma estará a contribuir para o atenuar dos seus medos e anseios. Por outro lado, este profissional deve também estar atento para os medos e novas crenças que se vão formando, no sentido de os desmistificar e esclarecer.

Para finalizar espera-se que, de algum modo, este estudo constitua mais um espaço de reflexão sobre esta temática. Dadas as limitações metodológicas, propõe-se que sejam realizados outros estudos nesta área com amostras maiores e noutros Centros de Saúde.

Por último, é de salientar a satisfação que este trabalho proporcionou como experiência e enriquecimento para a vida profissional, dado que a investigação é um “mundo” onde tudo pode ser feito e nada concluído.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, M. (1959). *Breves notas folclóricas sobre o conselho de Barcelos: crendices e superstições. Separata das actas do colóquio de estudos etnográficos*. Porto.

Baptista, I. (1998). 10 perguntas sobre a cesariana, *Pais & Filhos*. 92(Setembro), pp. 14-15.

Barbaut, J. (1991). *O nascimento através dos tempos e dos povos*. Mem Martins, Terramar.

Berger, L. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa, Lusodidacta.

Bobak, I. et al. (1999). *Enfermagem na Maternidade*. Loures, Lusociência.

Braga, T. (1986). *O povo português nos seus costumes, crenças e tradições*. Lisboa, Publicações Dom Quixote.

Burroughs, A. (1995). *Uma introdução à enfermagem materna*. Porto Alegre, Artes Médicas.

Cabaça, C. (2001). Viajar grávida, *Pais & Filhos*. 126(Junho), pp. 31-33.

Carvalho, D. (2001). Gravidez não impede exercício físico, *Medicina e Saúde*. 42(Abril), pp. 80-82.

Canavarro, M. (2001). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra, Quarteto Editora.

Cervo, A., Bervian, P. (1983). *Metodologia científica: para uso dos estudantes universitários*. São Paulo, MacGraw-Hill.

Colliere, M. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

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

Cordeiro, R. (2001). Grávidas ao volante, *Pais & Filhos*. 129(Outubro), pp.32-34.

Cortez, J. (1993). *Fisiognomia e vários segredos da natureza*. Lisboa, Vega.

Costa, M., Remolaldo, P. (1994). *A mulher grávida e a sociedade: para uma psicologia da gravidez*. Coimbra, Almedina.

Costa, S. (1988). *Crendices e Superstições no conselho de Trancoso*. Trancoso, Câmara Municipal.

Couto, A. (2000). *Crenças, atitudes e comportamentos na gravidez: contributo da psicologia da saúde para o estudo da sua relação*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Coimbra.

- Couto, A. (1994). *Crenças e representações da gravidez na educação para a saúde*. Dissertação de mestrado em ciências da educação – pedagogia da saúde. Lisboa.
- Couto, A. (1998). O modelo de crenças na saúde e a teoria do comportamento planeado na educação para a saúde, *Referência*. 1(Setembro), pp. 5-9.
- Cox, J. (1990). Perinatal mental disorder, culture approach, *International Review of Psychiatry*. 8(4), pp. 13-16.
- Esteves, A. (1999). Menino ou menina, *Pais & Filhos*. 102(Julho), pp.14-16.
- Fontes, A. (1992). *Etnografia Transmontana: crenças e tradições de Barroso*. Lisboa, Editorial Domingues Barreira.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.
- Helman, C. (1994). *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Hoyos, S. (1940). *Manual de Folklore*. Madrid, Revista de Occidente.
- Joaquim, T. (1983). *Dar à luz, ensaio sobre as práticas e crenças na gravidez, parto e pós-parto em Portugal*. Lisboa, Publicações Dom Quixote.
- Kitzinger, S. (1995). *A experiência do parto*. Lisboa, Instituto Piaget.

Kitzinger, S. (1978). *Mães: um estudo antropológico da maternidade*. Lisboa, Editorial Presença.

Lacerda, F. (1994). *Folclores da Madeira e Porto Santo*. Lisboa, Colibri.

Martins, J. (1993). *Crenças, adivinhação e medicina tradicionais dos Tutchokwe do nordeste de Angola*. Lisboa, Instituto de Investigação Científica Tropical.

Martins, J. (1994). *Crenças populares da ilha terceira*. Lisboa, Salamandra.

Matos, I. (1999). Ecografia, o ecrã mágico, *Pais & Filhos*. 100(Maio), pp.31-33.

Matos, I. (1994a). Gravidez e parto: a epidural, *Pais & Filhos*. 47(Dezembro), p. 60

Matos, I. (1994b). Gravidez e parto: os antibióticos na gravidez, parto e puerpério, *Pais & Filhos*. 40(Maio), pp. 62-63.

Nunes, C. (2003). Amniocentese: como e porquê, *Pais & Filhos*. 148(Maio), pp.29-32.

Odgen, J. (1999). *Psicologia da Saúde*. Lisboa, Climepsi.

Pais, J. (1994). *Sousa Martins e suas memórias sociais: sociologia de uma crença popular*. Lisboa, Gradiva.

Pedreira, A. et al. (2001). *Agenda da grávida*. Lisboa, Impala.

Perez, R. (1992). *Reis e intocáveis: um estudo do sistema de castas do noroeste da Índia, tese de doutoramento*. Lisboa.

Polit, D., Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre, Artes Médicas.

Rosendo, G. (1992). Os mitos da maternidade: são capazes de parar de me dar conselhos, *Pais & Filhos*. 13(Fevereiro), pp. 24-27.

Salvaterra, V. (1989). *Psicobiologia del embargo y sus trastornos*. Barcelona, Martinez Roca.

Stearn, M. (1989). Aspectos sociais e psicológicos da gravidez, *Nursing*. 16(Maio), pp. 36-38.

Stilwell, I. (1992). Cuidado com os medicamentos na gravidez, *Pais & Filhos*. 21(Outubro), pp. 65-66.

Teixeira, F., Ribeiro, C. (1980). Administração de medicamentos na gravidez, *Coimbra Méd.* 2(Março), pp. 115-126.

Waring, P. (2000). *Dicionário de agouros e superstições*. Mem Martins, Europa América.

ANEXOS

ANEXO I – Quadros relativos à discussão dos resultados

Idade

N	35
Média	26,43
Mediana	26,00
Moda	21
DP	5,441
Mínimo	18
Máximo	38

		Frequência	Percentagem	Percentagem Acumulada
Idade	Até 25 anos	5	14,3	14,3
	26 - 30 anos	12	34,3	48,6
	31- 35 anos	8	22,9	71,4
	36 - 40 anos	9	25,7	97,1
	36 ou mais anos	1	2,9	100,0
	Total	35	100,0	

		Frequência	Percentagem
Residência	Rural	19	54,3
	Urbana	16	45,7
	Total	35	100,0

		Frequência	Percentagem
Concelho	Vila Nova de Gaia	30	85,7
	Torres Novas	1	2,9
	Sta Maria da Feira	4	11,4
	Total	35	100,0

		Frequência	Percentagem
Estado civil	Solteira	6	17,1
	Casada/união de facto	27	77,1
	Divorciada	2	5,7
	Total	35	100,0

		Frequência	Percentagem
Habilitações literárias	1º Ciclo	4	11,4
	2º Ciclo	5	14,3
	3º Ciclo	12	34,3
	Ensino secundário	10	28,6
	Ensino superior	4	11,4
	Total	35	100,0

		Frequência	Percentagem
Situação profissional	Empregada	25	71,4
	Desempregada	5	14,3
	Doméstica	3	8,6
	Estudante	2	5,7
	Total	35	100,0

		Frequência	Percentagem	Percentagem Acumulada
Gravidezes anteriores	0	20	57,1	57,1
	1	11	31,4	88,6
	2	3	8,6	97,1
	3	1	2,9	100,0
	Total	35	100,0	

		Frequência	Percentagem
Gravidez planeada	Sim	24	68,6
	Não	11	31,4
	Total	35	100,0

		Frequência	Percentagem
Gravidez aceite	Sim	35	100,0

		Frequência	Percentagem
Conhece alguma crença	Sim	27	77,1
	Não	8	22,9
	Total	35	100,0

ANEXO II – Instrumento de colheita de dados

QUESTIONÁRIO

Ex. m^(a) Senhora:

Sou um estudante do 4^o ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa. Estou a desenvolver um trabalho cujo tema é “Crenças na Gravidez: um olhar sobre as crenças tradicionais e as novas crenças”.

Por conseguinte, e com o objectivo de recolher dados da população para a elaboração do meu trabalho, proponho-lhe que responda a este questionário que está directamente associado ao tema em questão. Desde já quero informar que este questionário é anónimo e que será salvaguardada a confidencialidade das respostas dadas, sendo unicamente utilizado para o trabalho referido anteriormente.

Os dados recolhidos serão trabalhados e, posteriormente, apresentados em contexto académico sem haver comprometimento para as pessoas que se disponibilizem a responder. Por isso peço-lhe encarecidamente que responda com sinceridade.

Obrigado pela sua colaboração

André Alves

1 - IDADE _____

2-NATURALIDADE _____

3-RESIDÊNCIA

3.1- Localidade _____ RURAL URBANA

3.2- Concelho _____

4-ESTADO CIVIL

4.1 - Solteira

4.2 - Casada

4.3 - Divorciada

5 - HABILITAÇÕES LITERÁRIAS _____

6 - PROFISSÃO _____

7 - NÚMERO DE GRAVIDEZES ANTERIORES _____

8 - ESTA GRAVIDEZ FOI:

8.1- Planeada

SIM

NÃO

8.2 - Aceite

SIM

NÃO

9-0 QUE É, PARA SI, A GRAVIDEZ?

10 - CONHECE ALGUMAS CRENÇAS EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ?

(Superstições, ditos, o que a grávida deve ou não fazer, comer, beber, uso de alguma coisa...)

SIM

NÃO

SE RESPONDEU “NÃO”, PASSE À QUESTÃO Nº 11.

10.1- SE RESPONDEU “SIM”, DESCREVA ESSAS CRENÇAS:

RELACIONADAS COM:

a) Adivinhação do sexo do bebé:

b) Alimentação:

c) Uso de objectos:

d) Contacto com animais:

e) Flores, plantas:

f) Relações sexuais:

g) Astros (Lua, Sol, Estrelas):

h) Actos/Exames Médicos (Ecografia, Amniocentese, Cesariana, Epidural,...):

i) Hábitos Costumes da Vida Moderna (Grávidas ao volante, Exercício Físico,...):

10.2 - ACREDITA NAS CRENÇAS QUE REFERIU?

- SIM
- INDECISA
- NÃO

10.3 - QUEM LHE TRANSMITIU ESSAS CRENÇAS? (Assinale o máximo de 3)

- Pai
- Mãe
- Avós
- Irmãos
- Outros familiares
- Vizinhos
- Professores
- Colegas
- Outros
- Não sabe

10.4 - LEMBRA-SE QUANDO TEVE CONHECIMENTO DELAS?

- SIM
- NÃO

11 - DURANTE A GRAVIDEZ, DEIXOU DE FAZER ALGUMA COISA QUE FAZIA ATÉ AÍ? (Alimentação, objectos, vestuário, animais...)

- SIM

- NÃO

11.1 - SE RESPONDEU "SIM", DIGA O QUÊ:

11.2- PORQUE DEIXOU DE AS FAZER?

12 - PELO FACTO DE ESTAR GRAVIDA, COMEÇOU A FAZER ALGUMA COISA QUE NÃO FAZIA ATÉ AÍ? (Alimentação, objectos, vestuário, animais...)

SIM

NÃO

12.1 - SE RESPONDEU "SIM", DIGA O QUÊ:

12.2 - PORQUE COMEÇOU A FAZÊ-LAS?

13 - ALGUMA VEZ O MEDICO OU ENFERMEIRA LHE FALOU SOBRE AS CRENÇAS DA GRAVIDEZ? (Ditos, crenças, superstições...)

SIM

NÃO

14 - ALGUMA VEZ SENTIU VONTADE DE FALAR DAS SUAS CRENÇAS AO MÉDICO OU À ENFERMEIRA?

SIM

NÃO

PORQUÊ?

15 - QUAL A SUA MAIOR PREOCUPAÇÃO, EM RELAÇÃO À SUA GRAVIDEZ?

Muito obrigado pela sua colaboração

ANEXO III – Autorização para a colheita de dados



Conselho Directivo

Exma Senhora
Dra. Ana Carla Novais
Coordenadora Pedagógica-Administrativa
da Universidade Fernando Pessoa
Rua Carlos da Maia, 296
4200-150 Porto

Sua referência

DATA

Nossa referência
CD

DATA

ASSUNTO: Pedido de autorização de recolha de dados

Em resposta ao solicitado, informa-se que está autorizado o aluno, André da Silva Alves, finalista da Licenciatura de Enfermagem, proceder a uma recolha de dados Centro de Saúde dos Carvalhos.

Com os melhores cumprimentos,

Conselho Directivo

A

Conselho FES

30.10.18

A