

# Cuidados de saúde a gestantes imigrantes e portuguesas em Portugal

HEALTH CARE TO IMMIGRANT AND PORTUGUESE PREGNANT WOMEN IN PORTUGAL

CUIDADO DE LA SALUD A MUJERES EMBARAZADAS IMIGRANTES Y PORTUGUESAS EN PORTUGAL

Emília de Carvalho Coutinho<sup>1</sup>, Alcione Leite da Silva<sup>2</sup>, Carlos Manuel Figueiredo Pereira<sup>3</sup>, Alexandra Isabel Almeida<sup>4</sup>, Paula Alexandra Batista Nelas<sup>5</sup>, Vitória Barros Castro Parreira<sup>6</sup>, Maria Odete Amaral<sup>7</sup>

## RESUMO

Este estudo teve como objetivo conhecer os cuidados de saúde recebidos e as barreiras enfrentadas por gestantes imigrantes e portuguesas, em Portugal. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, do tipo exploratório, com aplicação de entrevista semiestruturada a 60 mulheres imigrantes e 22 portuguesas. Foi utilizada a análise de conteúdo apoiada pelo programa QSR Nvivo10. O estudo foi aprovado por uma Comissão de Ética. Os resultados apontaram quatro categorias relacionadas às dimensões afetivo-relacional, cognitiva, técnico-instrumental e política do cuidado de saúde à gestante. Já as barreiras nos cuidados de saúde foram mencionadas por algumas gestantes, com destaque para as imigrantes. Na sua grande maioria, tanto as gestantes imigrantes quanto as portuguesas, encontravam-se satisfeitas com os cuidados de saúde.

## DESCRIPTORIOS

Gestação  
Cuidados de saúde  
Sistema de saúde português

## ABSTRACT

This study aimed to assess the care received and the barriers faced by immigrants and Portuguese pregnant women in Portugal. This is an exploratory qualitative study, resorting to applying semi-structured interviews to 60 immigrant and 22 Portuguese women. Content analysis supported by QSR Nvivo10 program was used. The study was approved by an Ethics Committee. The results showed four categories related to affective dimensions-relational, cognitive, technical-instrumental and health care policy for pregnant women. As for the barriers in health care, these were mentioned by some of the expectant mothers, especially immigrant women. Almost all, both immigrant and Portuguese, pregnant women were satisfied with the health care.

## DESCRIPTORS

Pregnancy  
Health care  
Portuguese health system

## RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la asistencia sanitaria recibida y las barreras que enfrentan las madres inmigrantes y portuguesas en Portugal. Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio, con entrevista semiestructurada que se aplicó a 60 mujeres inmigrantes y 22 portuguesas. Se utilizó el análisis de contenido apoyado por el programa QSR Nvivo10. El estudio fue aprobado por un Comité de Ética. Los resultados mostraron cuatro categorías: las relacionadas con las dimensiones afectivas y relacionales, con la política, la técnica instrumental y el cuidado de la salud cognitiva de las embarazadas. Se han mencionado las barreras en el cuidado de la salud por algunas embarazadas, sobre todo inmigrantes. La gran mayoría de las mujeres embarazadas tanto inmigrantes como portuguesas, se encontraban satisfechas con la atención de la salud.

## DESCRIPTORIOS

Embarazo  
Cuidado de la salud  
Sistema de salud portugués

<sup>1</sup> Doutorada em Ciências de Enfermagem, Escola Superior de Saúde de Viseu IPV/CIDETS, Viseu, Portugal. <sup>2</sup> Doutorada em Filosofia e Ciência de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde/UA, Aveiro, Portugal. <sup>3</sup> Doutorado em Biologia Humana, Escola Superior de Saúde de Viseu IPV/CIDETS, Viseu, Portugal. <sup>4</sup> Enfermeira, Viseu, Portugal. <sup>5</sup> Doutorada em Ciências da Educação, Escola Superior de Saúde de Viseu IPV/CIDETS, Viseu, Portugal. <sup>6</sup> Mestre em Ciências de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. <sup>7</sup> Doutorada em Saúde Pública, Escola Superior de Saúde de Viseu IPV/CIDETS, Viseu, Portugal.

## INTRODUÇÃO

Tornar-se mãe é um e fenômeno vivido por mulheres, de qualquer parte do mundo, caracterizado por um misto de emoções, novos desafios e alterações físicas, psíquicas entre outras, assumindo significados tanto positivos como negativos<sup>(1)</sup>.

A maternidade é considerada uma transição, definida como “a passagem de uma fase da vida, condição, ou *status* para outra”<sup>(2,3)</sup>. A imigração é também outra transição, vivenciada por parte das mulheres estrangeiras. Este fenômeno é cada vez mais frequentemente motivado pela procura de melhores condições de vida ou razões afetivas (ir ao encontro do cônjuge). Portugal é um país onde a imigração se verifica<sup>(4)</sup>, pelo que se justifica a importância do cuidado cultural, que associa a diversidade e a universalidade cultural, ao cuidado de enfermagem, originando um cuidado culturalmente congruente<sup>(5)</sup>.

Atualmente, face às modificações sociais, o conhecimento que outrora era geracional e culturalmente transmitido, passa a ser procurado, recorrendo-se cada vez mais ao cuidado dos profissionais de saúde, com destaque para os/as enfermeiros/as, enquanto facilitadores/as da transição para a maternidade<sup>(6)</sup>. A Enfermagem engloba a arte e ciência de facilitar a transição para a saúde e bem-estar das populações e tem como “missão” central facilitar os processos de transição ao longo do ciclo vital<sup>(3)</sup>.

Os cuidados de saúde português, oferecidos às gestantes, são estabelecidos pela Política Nacional de Saúde, e engloba a promoção e recuperação da saúde, bem como a prevenção de doenças, durante a gravidez, os quais têm início no período pré-concepcional<sup>(7)</sup>. Neste sentido, espera-se que os/as enfermeiros/as assumam, cada vez mais, o seu papel de vanguarda, na vigilância pré-natal, para que a parturiente e o neonato sejam saudáveis<sup>(8)</sup>, reduzindo, consequentemente, a mortalidade materna e perinatal<sup>(9)</sup>. O cuidado pré-natal, centrado na gestante e no seu contexto de vida, poderá influenciar a vivência de uma maternidade com maior autonomia e saúde<sup>(10)</sup>.

Por isso, é necessário estar atento às barreiras que possam dificultar o acesso desta mulher aos cuidados de saúde. Estas barreiras podem estar relacionadas com fatores relativos à grávida, ou às instituições de saúde, como são exemplo os recursos, a qualidade do cuidado e as políticas de saúde adotadas<sup>(9)</sup>. Neste sentido, a proteção da saúde é perspectivada não só como um direito, mas também como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados<sup>(11)</sup>. Neste sentido, a Constituição da República Portuguesa é facilitadora do acesso aos cuidados de saúde materna, uma vez que determina a gratuitidade do sistema de saúde durante este período, entre outros direitos direcionados à grávida/casal, parturiente, puérpera, e recém-nascido<sup>(12)</sup>.

Face ao exposto, este estudo tem como objetivo: conhecer os cuidados de saúde recebidos e as barreiras enfrentadas por gestantes imigrantes e portuguesas, em Portugal.

## MÉTODO

O estudo é de natureza qualitativa do tipo exploratório-descriptivo. Participaram um total de 82 mulheres, sendo 60 imigrantes e 22 portuguesas (Tabela 1), pertencentes a dois Agrupamento de Centros de Saúde de dois distritos da Região Centro de Portugal. As nacionalidades das mães foram: portuguesa (n=22), brasileira (n=14), ucraniana (n=11), chinesa (n=8), moldava (n=4), francesa e russa (n=3 cada uma delas), indiana e espanhola (n=2), e outras treze nacionalidades, congoleza, holandesa, cabo verdiana, guineense, argentina, paquistanesa, bielorrússa, polaca, roména, etíope, canadiana, senegalesa e suíça (n=1 para cada uma delas). Os critérios de inclusão foram: ser portuguesa ou imigrante, ter sido mãe há menos de um ano, domínio na língua portuguesa e aceitar participar no estudo.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

	Portuguesa N=22	Imigrante N=60	Total N=82
<b>Grupo etário</b>			
<21	0	1	1
21-35	18	43	61
>35	4	16	20
<b>Estado civil</b>			
Casada/união fato	20	49	69
Solteira/divor/viúva	2	11	13
<b>Habilitações literárias</b>			
≤ 9º Ano	6	13	19
10-12º Anos	3	17	20
Ensino superior	13	30	43
<b>Situação profissional</b>			
Empregada	19	44	63
Desempregada	3	16	19
<b>Vigilância da gravidez</b>			
Vigiada	20	41	61
Não vigiada	2	19	21
<b>Nº de gestas</b>			
1 gesta	13	22	35
2 gestas	8	21	29
3 ou mais gestas	1	17	18
<b>Nº de partos</b>			
1 parto	13	29	42
2 partos	8	20	28
3 ou mais partos	1	11	12

A coleta de dados foi efetuada entre fevereiro de 2011 e fevereiro de 2012, através de entrevistas semiestruturadas, numa média de 1,5 entrevistas semanais. O instrumento orientador foi composto da caracterização sócio demográfica e de sete ou oito questões abertas (de-

pendendo da participante ser portuguesa ou imigrante, respectivamente), com o intuito de obter os dados, no discurso das próprias informantes. A realização das entrevistas decorreu nas instalações dos Centros de Saúde envolvidos, tendo a duração variado de 45 a 125 minutos, com um valor médio de 70 minutos.

A análise dos dados teve como base a Técnica de Análise Categorical da Análise de Conteúdo<sup>(13)</sup>, com o apoio do programa *Qualitative Analyses Software Certified Partner* (QSR NVivo versão 10). As ideias semelhantes foram sistematizadas e codificadas por unidades de registo (UR) e respectiva categorização.

Este estudo foi aprovado pelas comissões de ética dos Centros de Saúde envolvidos no estudo. O instrumento da entrevista foi previamente submetido à Comissão Nacional de Proteção de Dados e obtida a autorização para a sua aplicação (Processo 85/2011, nº 191/2011). A confidencialidade dos dados e o anonimato das participantes foram garantidos. O consentimento informado para a entrevista e gravação do verbatim foi obtido após esclarecimento integral acerca do estudo. Para manter o anonimato, cada participante foi identificada por duas letras do alfabeto, seguido pela sua nacionalidade (ex: DC Ucrânia).

## RESULTADOS

Os resultados obtidos da análise e codificação do verbatim das gestantes imigrantes e portuguesas correspondem aos cuidados de saúde durante a gravidez e às barreiras enfrentadas durante esta fase de suas vidas.

Os cuidados de saúde durante a gravidez englobaram, na perspectiva das participantes imigrantes e portuguesas, quatro categorias relativas às dimensões afetivo-relacional, cognitiva, técnica-instrumental e política do cuidado, conforme tabela 2.

**Tabela 2** – Dimensões dos cuidados de saúde durante a gravidez

<b>Dimensão afetivo-relacional</b>	Relação de confiança
	Apoio
	Atenção
	Interesse
	Conforto
	Bom acolhimento
	Diálogo aberto
Saber que poderiam contar com os profissionais de saúde	
<b>Dimensão cognitiva</b>	Alimentação
	Peso
	Sessões de educação para a saúde
	Atividade física
	Repouso
	Comportamentos de risco
	Viagens
	Tensão arterial
	Sexualidade
	Como aceder às informações
	Preparação para o parto
Cuidados com o bebé	
Preparação para a amamentação	

Continua...

...Continuação

Cuidado de si	Alimentação Prevenção de estrias Exercício físico Ambientes seguros Evitar esforços Diálogo com o bebé Manter-se informadas acerca da gravidez Comparecer às consultas do pré-natal
<b>Dimensão técnico-instrumental</b>	Avaliação da pressão arterial Avaliação do peso
Procedimentos técnicos	Realização de exames de sangue Realização de ecografias pelo menos de três em três meses, Registo cardiocográfico Visita guiada à maternidade
<b>Dimensão política</b>	Gratuidade nos cuidados de vigilância incluindo os exames e vacinas;
Direitos das gestantes	Direito de ausentar-se do trabalho para ir às consultas; Obter licença médica quando necessário; Cheque dentista; Desconto nos medicamentos; Subsídios e abono pré-natal; Prioridades em locais públicos.

A dimensão afetivo-relacional esteve relacionada à relação de confiança entre profissionais de saúde, das áreas da medicina e Enfermagem e gestantes, ao diálogo franco, ao apoio, interesse, conforto, bom acolhimento e à atenção recebidos destes/as profissionais durante a gravidez, e saber que poderiam contar com eles/as em qualquer situação. Todas foram unânimes em destacar que esta dimensão do cuidado foi muito significativa para elas, principalmente por se sentirem fragilizadas e inseguras com esta nova condição. Para as imigrantes, esta dimensão foi vital por estarem longe de seu país de origem e de sua rede de apoio. Os depoimentos abaixo exemplificam esta dimensão do cuidado.

Senti um apoio grande [por parte dos profissionais] e isso dá-nos vontade para repetir a experiência. Significou muito e é eficaz numa altura que estamos fragilizadas, realmente é importante todo o miminho e apoio" (AN França).

Como já tinha perdido duas crianças tive mais apoio deles (...) daqui do centro de saúde... Falavam, explicavam com calma, sentia-me segura" (BU Ucrânia).

Foram muito simpáticos, desde a gravidez ao parto, tanto a médica como a enfermeira, foram muito simpáticas e atenciosas em tudo (BP Brasil).

Um apoio, de momento eu não tinha o pai e a mãe, e de momento ela [a enfermeira] substituiu-os um bocado... Então, a enfermeira substituiu-os naqueles momentos importantes...podia falar com ela sobre tudo, foi importante para mim (AQ Portugal).

Na dimensão cognitiva constaram as sessões de educação para a saúde, relacionadas às orientações recebidas durante a gestação e aos métodos utilizados. Os temas destacados pelas gestantes foram: alimentação e peso,

atividade física e repouso, comportamentos de risco, viagens, tensão arterial, atividade sexual, como ter acesso às informações, preparação para o parto e cuidados com o bebê (peso, crescimento, vestuário, preparação para a amamentação). As orientações recebidas contribuíram para que se sentissem mais informadas, tranquilas, confiantes e melhor preparadas.

Acho que é muito boa, utilizam métodos muito bom para dar a informação todas as consultas levava folhetos para casa, onde explicava tudo, caso eu não percebesse, eles [a enfermeira e o médico] explicavam. Eu poderia ligar fora de horas à vontade... Álcool, tabaco, atividade sexual, peso, crescimento do bebê, vestuário, preparação para amamentar, foi tudo a enfermeira, e em todas as consultas ia-se falando de alguns tópicos que aí estão (BC Brasil).

A enfermeira falava dos cuidados com a alimentação (AA Portugal).

Com a preparação para o parto, estive muito tranquila no parto (BX Bielorrússia).

Sim a enfermeira esteve presente nas consultas, adoro a enfermeira. Houve uma fase em que eu cheguei aqui já estava desesperada, não dormia e ela acalmou-me e explicou-me o que fazer...Senti-me mais segura, mais preparada, eu já tinha esquecido muitas coisas de como devia tratar o filho (UZ Ucrânia).

Tendo por base as orientações recebidas, as gestantes imigrantes e portuguesas referiram ter aplicado o conhecimento obtido no cuidado de si e do bebê, cuidando da alimentação, hidratação e prevenção de estrias, do exercício físico, frequentando ambientes seguros, evitando esforços, conversando com o bebê, procurando manter-se informadas acerca da gravidez e comparecer às consultas do pré-natal.

Sim, tudo o que eles [médicos e enfermeiros] diziam e aconselhavam eu ponho tudo em prática (BU Ucrânia).

Tive cuidados com a alimentação (AR Brasil).

Tive cuidados em hidratar o corpo por causa das posteriores estrias (CG Portugal).

Fiz exercício físico, o qual já tinha o hábito de fazer (BQ Moldávia).

Evitar ambientes com fumo, noitadas (AP Suíça).

Tinha sido informada pelos profissionais de que falar com o bebê, acalmava a criança e por isso, foi o que fiz (BK Portugal).

A dimensão técnico-instrumental do cuidado englobou a avaliação da pressão arterial e do peso, os exames de sangue, ecografias pelo menos de três em três meses, registo cardiocardiográfico e visita à maternidade, como se pode constatar pelos depoimentos abaixo:

Também fiz análises ao sangue (AL China).

Fiz a ecografia morfológica (AW Brasil).

Pesava-me em todas as consultas (AM China).

Fiz o registo cardiocardiográfico (BY Polónia).

Foi no final da gravidez que fui conhecer a maternidade (BH Portugal).

A dimensão política esteve relacionada com os direitos das gestantes, durante a gravidez, de acordo com a Constituição da República Portuguesa. Nos depoimentos das gestantes, esta dimensão integrou a gratuidade no cuidado de vigilância, incluindo os exames e vacinas; o direito de ausentar-se do trabalho para ir às consultas; obter licença médica quando necessário; cheque dentista; desconto nos medicamentos; subsídios e abono pré-natal; e prioridades em locais públicos. Algumas imigrantes valorizaram a gratuidade dos cuidados de saúde portugueses, na gestação, e teceram comparações com os seus países de origem.

Aqui em Portugal recebi, gratuitamente, os cheques dentista, consultas médicas e de enfermagem, análises, no centro de saúde (DC Ucrânia).

Tive benefícios em termos de isenção em termos de medicação (CB Etiópia).

[tive direito a] receber por parte da segurança social um abono de gravidez de risco...tive direito ao abono pré-natal (CO França).

Relativamente aos direitos, usufrui-o das consultas fora do horário de trabalho e que quando não podia marcar fora do horário usufruía desse tempo (BL Portugal).

Na lei da Ucrânia está escrito que à saúde toda a gente tem acesso e é gratuito, mas na verdade não é assim; aqui na verdade se está a dizer que é gratuito e é (DC Ucrânia).

Os cuidados de saúde, descritos acima, ocorreram no sistema de saúde público. No entanto, uma minoria de gestantes, com predomínio das portuguesas, tiveram alguma experiência no sistema de saúde privado. Os motivos alegados para a escolha do sistema público foram: gratuidade; melhor vigilância da gravidez; cuidados especializados; e vigilância partilhada entre centro de saúde e hospital.

Estava seguida no particular mas...mas por razões financeiras optei pelo público (CO França).

Fui seguida no centro de saúde e no hospital porque tive a tensão alta durante a gravidez e por isso tive consultas com um cardiologista (BG Portugal).

Foi muito importante [ter o acompanhamento dos profissionais de saúde], porque tudo o que precisava eu tirava a minha dúvida, eu mais rápido vinha para aqui [Centro de Saúde], sentia confiança (BU Ucrânia).

Eu ia ter a criança no hospital, tinha que ter lá consulta a

partir dos seis meses, tinha que ter três consultas, e essas consultas foram lá para eles terem conhecimento do caso e depois nos acompanhar, juntamente com o centro de saúde (BH Portugal).

Os motivos que levaram a minoria de gestantes a recorrer ao sistema de saúde privado foram por não gostar ou conseguir médico de família no sistema de saúde público; receber cuidados personalizados e contínuos; e sentir segurança.

Fiquei sem médico de família, estavam a demorar muito tempo a arranjar consultas então desloquei-me a uma privada (AP Suíça).

Eu confiava na médica e daí a minha ida para C. fazer as consultas (BM Portugal).

As pessoas não se ligam aos pacientes, os médicos, e se queremos esse atendimento, mais personalizado, se calhar, temos que optar por outros meios, pagando na privada por isso (CM Portugal).

A grande maioria das gestantes imigrantes e portuguesas mostrou-se satisfeita com os cuidados de saúde, sendo esta satisfação decorrente, em grande parte, do atendimento dos/as profissionais de saúde. No entanto, uma minoria de gestantes, com destaque para as imigrantes, apontaram barreiras nos cuidados de saúde.

### **Barreiras nos cuidados de saúde na gestação**

As barreiras emergentes foram apontadas por 22 gestantes (18 imigrantes e 4 portuguesas) e relacionaram-se com o longo tempo de espera para serem atendidas (6 imigrantes e 1 portuguesa); a falta de vigilância da gravidez no domicílio (3 imigrantes e 1 portuguesa); a falta de acompanhamento por um especialista (3 imigrantes e 1 portuguesa); o acesso demorado às consultas no centro de saúde (2 imigrantes e 1 portuguesa); a falta de acompanhamento pelo mesmo médico (3 imigrantes); e a falta de organização no centro de saúde e hospital (1 imigrante). Ao referirem-se à estas barreiras, várias imigrantes teceram comparações com os seus países de origem.

Demorava muito tempo à espera das consultas e isso eu não contava que se passasse (BM Portugal).

Seria bom ter em Portugal a vigilância domiciliária por parte do médico, como temos na Ucrânia (AC Ucrânia).

Esperava ter uma parteira. No Canadá, a parteira faz tudo, acompanham muito e tem uma relação entre elas e a mãe, antes e depois do parto (AY Canadá).

Demorei seis semanas até ter uma consulta no centro de saúde (CD Holanda).

Para já deveria haver um pouco mais de apoio, como por exemplo, a ida de um médico ou enfermeiro a casa ver como uma pessoa está, não estou a falar só da gravidez, mas também do pós-parto (AQ Portugal).

Quando andava no Centro de saúde nunca era o mesmo médico, mudava de um para outro (AB França).

Em termos de organização do serviço de saúde, podia melhorar bastante (BS Rússia).

## **DISCUSSÃO**

Da análise dos dados emergiram quatro categorias, afetivo-relacional, cognitiva, técnico-instrumental e política, sendo as três primeiras adotada de um referencial<sup>(14)</sup>, o qual foi utilizado em outro estudo<sup>(15)</sup>. Neste sentido, a *dimensão afetivo-relacional* refere-se ao Saber Estar, Saber Ser e resulta de interações que permitem aos seres humanos envolvidos no cuidado expressarem suas subjetividades relacionadas às suas vivências. A *dimensão cognitiva* relaciona-se ao Saber Saber, ou seja, à competência profissional, a qual, neste estudo, foi compartilhada com as gestantes, acarretando o cuidado se si e do bebê, por parte destas. “A *dimensão técnico-instrumental* consiste no fazer com qualidade e competência através de intervenções técnicas especializadas, permeadas pelo saber fazer”<sup>(14,15)</sup>. Já a *dimensão política* refere-se aos direitos sociais e na saúde usufruídos pelos cidadãos, aqui em específico as gestantes, em decorrência das políticas sociais e de saúde adotadas em um determinado país. Todas as dimensões se mostraram importantes para as gestantes. Não foi encontrado na literatura estudos com gestantes tendo por base este referencial.

Para as gestantes, de um modo geral, a dimensão afetivo-relacional foi considerada importante nesta fase de suas vidas. Esta dimensão dos cuidados de saúde contribuiu para sentirem-se bem acolhidas, apoiadas, terem abertura para o diálogo franco e, fundamentalmente, para o estabelecimento de uma relação de confiança. Esteve diretamente ligada à forma de Ser e Estar dos profissionais de saúde, com destaque para os/as enfermeiros/as, com os quais tiveram maior contato. Deste modo, demonstraram satisfação com os/as profissionais de saúde e, conseqüentemente, com a qualidade dos cuidados de saúde. Os resultados obtidos nesta dimensão vão ao encontro dos apresentados por um estudo, em que as mulheres se apresentavam satisfeitas com a qualidade da assistência, alegando atenção, respeito e pontualidade na assistência por parte dos/as profissionais<sup>(16)</sup>. “As experiências das pessoas com os cuidados que lhe são prestados são determinadas principalmente pela maneira como são tratadas quando vivem um problema e procuram ajuda dos serviços de saúde”<sup>(16)</sup>. Desejam ser atendidas por alguém em que possa “confiar e que as atenderá prontamente num ambiente adequado, com respeito e confidencialidade”<sup>(17)</sup>. O estabelecimento de uma relação de confiança com os/as profissionais de saúde é, portanto, um dos fatores que contribui para a tranquilidade das mulheres durante a gestação, preparando-as para o parto. Proporcionar um bom acolhimento são fatores essenciais para uma maior qualidade dos cuidados de saúde e con-

sequente satisfação<sup>(16,17)</sup>. Proporcionar conforto é também respeitar a privacidade da gestante, que desta forma se sente segura e respeitada pelos/as profissionais de saúde.

A dimensão cognitiva se mostrou imprescindível nos cuidados de saúde. A grávida, por inerência da sua situação, encontra-se mais suscetível à necessidade de cuidados que assentam essencialmente na aprendizagem do que é a gravidez, das suas implicações e condições<sup>(10)</sup>. A atuação do/a enfermeiro/a tem início no período pré-natal, através da realização de consultas e sessões de educação para a saúde, dirigidas às necessidades e condições da grávida, nas quais estão incluídos, entre outros, o rastreio de complicações, as orientações acerca do período que atravessa, relativas aos desconfortos próprios da gravidez e técnicas de alívio, aos cuidados sobre a alimentação, ao ganho ponderal, à sexualidade, aos aspectos emocionais, ao risco associado ao uso de drogas e medicação que não seja prescrita<sup>(8)</sup>.

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde” através do “aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis” fornecendo a “informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente”<sup>(12)</sup>. Na saúde materna, esta aprendizagem é realizada no âmbito das consultas e nas sessões de educação para a saúde. Para as gestantes deste estudo, as sessões de educação focaram vários temas essenciais, os quais se expressaram no cuidado de si e do bebê. Estes conhecimentos adquiridos pela grávida sobre o processo gestacional e a preparação para o parto contribuem para reduzir a ansiedade, o medo e a dor, tão característicos do parto<sup>(8,18)</sup>. A preparação facilita a interação com a grávida e família<sup>(8)</sup>, traduzindo assim a sua importância. A valorização atribuída pelas grávidas deste estudo à preparação para o parto ficou evidente nos seus depoimentos, ao sentirem-se mais informadas e, conseqüentemente, mais tranquilas e confiantes, por estarem melhor preparadas.

A dimensão técnico-instrumental englobou as intervenções técnicas especializadas, que foram desde a pressão arterial e pesagem até a realização de exames necessários para avaliar as condições de saúde das grávidas. Esta avaliação permite diagnósticos precoces em caso de problemas e, deste modo, uma intervenção adequada, gerando tranquilidade na gestante, família e profissionais de saúde, com resultados positivos para o binômio mãe-filho.

A dimensão política teve como foco os direitos das gestantes residentes em Portugal. De acordo com Constituição da República Portuguesa, estão isentos das taxas moderadoras as grávidas e parturientes que, no sistema de saúde público português, podem usufruir de forma gratuita de todos os cuidados subjacentes a esse estado<sup>(19)</sup>. Além disso, inclui a dispensa de trabalho noturno, a licença de maternidade e paternidade, dispensa para as consultas e amamentação, a atribuição de subsídios entre

outros direitos também oferecidos<sup>(20)</sup>. As gestantes referiram ter usufruído de um conjunto de direitos, os quais as favoreceram nesta fase da vida.

As consultas das participantes foram realizadas no sistema público. Entretanto, um número reduzido de gestantes, com predomínio das portuguesas utilizaram temporariamente o serviço privado de saúde. Os motivos apontado para a realização das consultas no sistema público de saúde foram: a gratuidade na realização de exames, uma melhor vigilância da gravidez, a oferta de cuidados especializados e a vigilância partilhada entre centro de saúde e hospital. Por sua vez, o fato de não conseguirem médico de família no sistema de saúde público, receber cuidados mais personalizados e sentir maior segurança, foram aspectos que levaram algumas gestantes a procurar o sistema privado de saúde. As gestantes que optaram pelo sistema público de saúde mostraram-se satisfeitas com os cuidados de saúde recebidos.

A grande maioria das gestantes imigrantes e portuguesas mostraram-se satisfeitas com os cuidados de saúde. A satisfação das gestantes é importante uma vez que estas estão mais propensas a demonstrar melhor autocuidado e ter melhores resultados<sup>(21)</sup>. A satisfação está diretamente relacionada com a qualidade dos serviços que determinada instituição presta, pelo que os serviços de saúde devem ir ao encontro das preferências e valores de suas consumidoras, uma vez que a opinião destas é um indicador de qualidade<sup>(8)</sup>.

No entanto, várias gestantes mostraram-se insatisfeitas com alguns aspectos dos cuidados de saúde recebidos, com destaque para as imigrantes. Estes aspectos, enquanto barreiras aos cuidados de saúde, englobaram as dificuldade no acesso às consultas, os problemas no acompanhamento profissional no centro de saúde e a falta de vigilância da gravidez no domicílio. A literatura evidencia que a insatisfação está normalmente relacionada com o tempo de demora de uma consulta ou da admissão, a espera pelos resultados dos exames clínicos, as informações deficientes e inadequadas, principalmente aquelas relativas aos assuntos de interesse da cliente<sup>(21)</sup>.

## CONCLUSÃO

Este estudo teve como objetivo conhecer os cuidados de saúde recebidos e as barreiras enfrentadas por gestantes imigrantes e portuguesas, em Portugal. Os resultados evidenciaram quatro dimensões dos cuidados de saúde relativas às dimensões afetivo-relacional, cognitiva, técnica-instrumental e política. A dimensão afetivo-relacional englobou a relação de confiança entre profissionais de saúde e as gestantes, o diálogo franco, o apoio, interesse, conforto, bom acolhimento e a atenção recebidos destes profissionais durante a gravidez, e saber que poderiam contar com eles em qualquer situação. A dimensão cognitiva resultou das sessões de educação para a saúde, re-

lacionadas com alimentação e peso, atividade física e repouso, comportamentos de risco, viagens, tensão arterial, atividade sexual, como ter acesso às informações, preparação para o parto e cuidados com o bebê. Esta aprendizagem cognitiva se fez presente no cuidado de si e do bebê, por parte da gestante. Na dimensão técnico-instrumental emergiu a avaliação da pressão arterial e do peso, os exames de sangue, ecografias, registro cardiotocográfico e visita à maternidade. A dimensão política integrou a gratuidade nos cuidados de vigilância incluindo os exames e vacinas; o direito de ausentar-se do trabalho para ir às consultas; obter licença médica quando necessário; cheque dentista; desconto nos medicamentos; subsídios e abono pré-natal; e prioridades em locais públicos.

A satisfação manifestada pela grande maioria das participantes, transversal às mulheres portuguesas e imigrantes, decorreu do fato dos cuidados de saúde atenderem às suas necessidades de saúde. Para várias imigrantes, estes cuidados superaram as suas expectativas, aos compará-los com os de seus próprios países, com destaque para a gratuidade destes cuidados.

No entanto, várias gestantes apontaram barreiras nos cuidados de saúde, com predomínio das imigrantes. Estas barreiras foram: o longo tempo de espera para serem atendidas; a falta de vigilância da gravidez no domicílio; a falta de acompanhamento por um especialista; o acesso demorado às consultas no centro de saúde; a falta de

acompanhamento pelo mesmo médico; e a falta de organização no centro de saúde e hospital.

Como limitações deste estudo apontamos o maior número de gestantes imigrantes em relação às portuguesas; o foco nos cuidados de saúde no sistema público, o que inviabilizou uma comparação entre estes e os do sistema privado; o fato de não termos encontrado na literatura estudos que focassem as dimensões dos cuidados de saúde na gestação, inviabilizando uma maior discussão sobre as mesmas.

Com base neste estudo, sugerimos que outros sobre este tema possam ser desenvolvidos com gestantes imigrantes e portuguesas de ambos os sistemas de cuidados públicos e privados, bem como com as famílias e profissionais de saúde.

Esperamos que este estudo possa contribuir para melhorar os cuidados de saúde às gestantes imigrantes e portuguesas em Portugal.

## AGRADECIMENTOS

Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) no projeto PEst-OE/CED/UI4016/2014, e Centro de Estudos em Educação Tecnologia e Saúde (CI&DETS).

## REFERÊNCIAS

1. Shimizu H, Lima M. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Revista brasileira de enfermagem*. 2009;(62):387-92.
2. Chick N, Meleis AI. Transitions: a nursing concern. In: Chinn PL, publishers. *Nursing research methodology*. Boulder, CO: Aspen Publication; 1986. p. 237-57.
3. Meleis AI. *Transitions Theory. Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company; 2010.
4. Instituto Nacional de Estatística, SP. (Producer). *Estimativas anuais de imigração de 2012 [Annual estimates of immigration of 2012]*. Anual-INE. (consultado em 10 de outubro de 2013). Disponível em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0006058&contexto=bd&selTab=tab2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0006058&contexto=bd&selTab=tab2).
5. Lopes JR, Santos MC, Matos MSD, Ribeiro OP. *Multiculturalidade: perspectivas da enfermagem - contributos para melhor cuidar*. Loures: Lusociência; 2009.
6. Graça LCC, Figueiredo MCB, Carreira MTC. Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a transição para a maternidade. *Rev Enferm Referência* 2011; (3): 27-35.
7. Akkerman D, Cleland L, Croft G, Eskuchen K, Heim C, Levine A, et al. *Routine prenatal care*. Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement; 2012. Disponível em: [https://www.icsi.org/\\_asset/13n9y4/Prenatal.pdf](https://www.icsi.org/_asset/13n9y4/Prenatal.pdf)
8. Marque FC, Dias LMV, Azevedo L. A percepção da equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery R Enferm*. 2006;10(3): 439 - 47.
9. Coutinho EC, Parreira MVBC. Outra forma de olhar de olhar a mãe imigrante numa situação de transição. *Millenium* 2011; (40): 83-97.
10. Sercekus P, Mete S. Effects of antenatal education on maternal prenatal and postpartum adaptation. *J Adv Nurs*. 2010; 66(5): 999-1010.
11. Portugal. *História do Serviço Nacional de Saúde*. Saiba como nasceu o Serviço Nacional de Saúde e quais os desenvolvimentos dos últimos 30 anos. Portal do Cidadão: Ministério da Saúde; 2010. (consultado em Agosto de 2012). Disponível em: <http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-da-saude/quero-saber-mais/quero-aprender/historia-sns.aspx>

- 
12. Ordem Enfermeiros. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica. Lisboa: OE; 2011. 1-16. (consultado em agosto 2013). Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaude-MaternaObstetricaGinecologica.pdf>.
  13. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2013.
  14. Silva AL. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. In: Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud: una antología iberoamericana. Mexico: Universidad de Guadalajara; 2002. p. 285-318.
  15. Sousa CSO, Silva AL. HIV/AIDS care according to the perspective of healthcare providers. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(4): 907-14.
  16. Queiroz MVO, Jorge MSB, Marques JF, Cavalcante AM, Moreira KAP. Indicators of quality of care at birth based on satisfaction of recent mothers. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(3): 479-87.
  17. World Health Organization. The world health report 2008: primary health care now more than ever. Geneva, Switzerland; 2008. (consultado em 2009 Nov 30). Disponível em: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf)
  18. Yenil K, Sevil Ü. The effects of web-based childbirth education program on activities of daily living of pregnant women. *HealthMed*. 2012; 6 (7):930-8.
  19. Portugal. Decreto-lei n.173 de 1 de agosto de 2003. Dispõe sobre o regime das taxas moderadoras no acesso à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Sistema Nacional de Saúde. *Diário da República*, Lisboa, 1 de agosto de 2003. Série I-A, p. 4537.
  20. Portugal. Direito dos pais. Portal do cidadão (Producer), 6 de janeiro de 2014 (citado em 6 de janeiro de 2014). Disponível em: [https://www.portaldocidadao.pt/PORTAL/pt/Dossiers/DOS\\_5+++direitos+dos+pais.htm?passo=3](https://www.portaldocidadao.pt/PORTAL/pt/Dossiers/DOS_5+++direitos+dos+pais.htm?passo=3)
  21. Peterson WE, Charles C, DiCenso A, Sword W. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. *J Adv Nurs*. 2005; 52(6): 672-81.