



IPV - ESSV |



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efetuado sob a orientação de



PENSAMENTO

A Progenitora concebe

A Mulher gera

A Mãe cuida, protege e ... ama.

(Ana Maria Rocha)

Agradecimentos

O primeiro e maior agradecimento é dirigido à Professora Doutora Emília de Carvalho Coutinho, pela ajuda, apoio e disponibilidade incondicionais demonstrados ao longo de toda a realização deste trabalho, sem esquecer o alto nível de competência patente na condução da sua orientação, bem como a compreensão e carácter humano sempre presentes.

Ao Professor Doutor João Duarte, pela ajuda e disponibilidade demonstradas na coorientação deste trabalho.

Ao Professor Doutor Carlos Pereira e Professor Doutor Daniel Silva, pela oportunidade concedida na matrícula no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia.

Às mulheres que participaram neste trabalho de investigação, pela disponibilidade e forma como descreveram as suas experiências de um momento/período tão peculiar das suas vidas.

À equipa de trabalho integrante da biblioteca da Escola Superior de Saúde de Viseu, com especial atenção à Dr.^a Fátima Jorge, pela disponibilidade e atenção demonstradas sempre que solicitada.

À equipa que integra o Departamento de Informática da Escola Superior de Saúde, Eng.^o Nuno Mendes e Dr. Pedro Costa, pelo imprescindível apoio técnico.

À Sr.^a Enfermeira-Chefe Manuela Bento, pela ajuda concedida em termos de flexibilidade de horário de trabalho, aumentando a disponibilidade para a realização deste estudo já na reta final.

À minha mãe, pela ajuda e paciência reveladas nos meus períodos de maior ausência e falta de apoio familiar.

Por último mas não menos importante, à minha querida filha Íris, pelo grande apoio e suporte nos momentos mais difíceis e pelo encorajamento em como eu seria capaz, sendo a quem eu dedico este trabalho, como exemplo dos princípios que sempre lhe tentei inculcir.

A todos, sem exceção, o meu mais sincero bem-haja.

Resumo

A maternidade representa desde sempre um fenómeno difícil de ultrapassar. Trata-se de um evento marcante, complicado de superar, mesmo quando a mulher se encontra inserida no seu meio, quer ambiental, quer familiar. As dificuldades agravam-se quando a mesma se encontra longe do seu país de origem, deslocada do seu núcleo familiar e sujeita a uma língua estrangeira, como é o caso da mulher imigrante. Muitas vezes, geram-se obstáculos difíceis de transpor, com especial destaque para a comunicação, frequentemente pelo desconhecimento da língua do país recetor. No caso desta se encontrar grávida pela primeira vez, a ansiedade e o medo agravam-se, dificultando a sua adaptação ao ‘papel de mãe’. Surgem expectativas em torno da nova realidade que é a maternidade, na esperança de que tudo corra bem e de acordo com o imaginado, tendo em conta o que espera receber do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e dos profissionais que dele fazem parte. Para satisfazer as necessidades da futura mãe portuguesa e imigrante, é preciso conhecer aquilo que a mesma considera como fulcral para si e respetiva família, no sentido de serem desenvolvidas estratégias de ajuda facilitadoras do seu processo de transição, já por si dificultado no caso das imigrantes. Com base no exposto, este estudo tem como objetivos: identificar as expectativas da mulher portuguesa e da imigrante relativas ao Serviço Nacional de Saúde e aos profissionais de saúde, durante a gravidez, parto e pós-parto; identificar as expectativas concretizadas e as não concretizadas; identificar ações facilitadoras do processo de transição. O estudo realizado é de natureza qualitativa, do tipo exploratório-descritivo, com recurso à entrevista semiestruturada e análise de conteúdo de Bardin, com categorização do verbatim de oitenta e duas entrevistas, de mulheres imigrantes e portuguesas, suportada pelo QSR e pelo NVivo 10. Da análise dos dados emergem duas grandes categorias que são: ‘Expectativas da mulher portuguesa e da imigrante relativas ao SNS, durante a gravidez, parto e pós-parto’ e ‘Expectativas da mulher portuguesa e da imigrante relativas aos profissionais de saúde, durante a gravidez, parto e pós-parto’. Na generalidade, as mulheres imigrantes revelaram ter mais expectativas acerca do SNS e dos profissionais de saúde do que as portuguesas, sendo que, tanto para umas como para outras, as expectativas concretizadas foram superiores às não concretizadas no que toca aos profissionais de saúde. Em relação ao SNS, quer para as portuguesas quer para as imigrantes, as expectativas defraudadas superaram em número de unidades de registo as que foram satisfeitas. Contudo, tendo em conta o número de fontes, as mulheres imigrantes satisfeitas superaram as insatisfeitas, passando-se o inverso em relação às portuguesas. Globalmente, o grau de satisfação pelos aspetos positivos parece superar em número de participantes e em número de unidades de registo a não satisfação percecionada nos aspetos negativos. Contribuiu para estes resultados, em grande escala, a proficiência no cuidar, revelada pela classe profissional de Enfermagem, reforçando a importância do seu papel em momentos de crise como facilitadores dos processos de transição.

Palavras-chave: maternidade, imigração, expectativas, satisfação, transição.

Abstract

Motherhood has always been a significant landmark in the life of a woman, and this phenomenon has always been regarded as a difficult stage to go through. This is a landmark event, complicated to overcome, even when the woman is inserted in her surroundings, whether environmental or familiar. The difficulties evolve when she is away from her home country, displaced from her family and subject to a foreign language, as in the case of immigrant women. There often are difficult obstacles to overcome, mostly related to communication, frequently due to the lack of knowledge of the language of the target country. Anxiety and fear become a constant, aggravated in the case of a first pregnancy, complicating the process of adaptation to the 'mother role'. Expectations arise around this new reality that is motherhood, taking into account what she expects to get from the National Health Service (NHS) and from the professionals who are a part of it. To satisfy the needs of the future mother, whether Portuguese or immigrant, we must know what she considers as fundamental to herself and her family, in order to develop support strategies to aid the transition process, which is already naturally difficult in the immigrant situation. Based on the exposed, the following goals are outlined for this study: identify the expectations of the Portuguese and the immigrant woman, related to the National Health Service and the health professionals during pregnancy, childbirth and postpartum; identify accomplished and not-accomplished expectations; identify actions to aid the transition process. The present study is qualitative in nature, of the exploratory-descriptive type, with the use of semi-structured interviews and Bardin content analysis, with verbatim categorization of eighty-two interviews to Portuguese and immigrant women, supported by QSR and NVivo 10. From the data analysis, two major categories emerge: 'Portuguese and immigrant women's expectations, concerning NHS, during pregnancy, childbirth and postpartum' and 'Portuguese and immigrant women's expectations, concerning health professionals, during pregnancy, childbirth and postpartum'. In general, immigrant women have revealed higher expectations about the NHS and their health professionals than the Portuguese users, and in both cases, the achieved expectations were higher than the not-achieved in which concerns to health professionals. Concerning NHS, either for Portuguese or immigrant women, the defrauded expectations exceeded the achieved ones in number of reports. However, considering the number of sources, the number of satisfied immigrant women exceeded the unsatisfied ones, the opposite being true for Portuguese women. Globally, the degree of satisfaction with positive aspects seems to overcome the degree of dissatisfaction on negative aspects, taking into account the number of registration units and clients. The aforementioned results are supported by a large-scale excellence in care, revealed by class professional nursing, reinforcing the importance of their role in times of crisis as enabler of transition processes.

Keywords: motherhood, immigration, expectations, satisfaction, transition.

Sumário

	Pág.
Lista de Quadros.....	13
Lista de Gráficos.....	15
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	17
Introdução	19
1 - Metodologia	27
2 – Resultados e Discussão	31
2.1 – Caracterização Sociodemográfica	31
2.2 – Categorias do Estudo	32
2.2.1 – Expectativas da mulher portuguesa e da imigrante relativas ao SNS, durante a gravidez, parto e pós-parto	36
2.2.2 - Expectativas da mulher portuguesa e da imigrante relativas aos profissionais de saúde, durante a gravidez, parto e pós-parto	55
3 - Conclusões.....	67
Referências bibliográficas.....	71
Apêndices.....	81
Apêndice I – Amostra da população por nacionalidade	83
Apêndice II – Guiões da entrevista	84
Apêndice III – Consentimento informado	87
Apêndice IV - Unidades de registo	89
Apêndice V – Caracterização sociodemográfica da amostra	105
Anexos.....	115
Anexo I – Autorização para realização de entrevistas nos ACES Dão Lafões e Baixo Vouga II.....	117
Anexo II - Autorização da comissão nacional de proteção de dados	119

Lista de quadros

Pág.

Quadro 1 - Expectativas da mulher portuguesa e da imigrante relativas ao SNS, durante a gravidez, parto e pós-parto	33
Quadro 2 - Expectativas da mulher portuguesa e da imigrante relativas aos profissionais de saúde, durante a gravidez, parto e pós-parto	34
Quadro 3 – Resumo da análise	36

Lista de gráficos

Pág.

Gráfico 1 - Percentagem de mulheres entrevistadas por país de origem.....	105
Gráfico 2 - Percentagem de mulheres entrevistadas face à legalização	105
Gráfico 3 - Percentagem de mulheres entrevistadas face ao número de meses que se encontram a residir em Portugal.....	106
Gráfico 4 - Percentagem de mulheres entrevistadas por distrito onde decorreu o parto	106
Gráfico 5 - Percentagem de mulheres entrevistadas face à idade reprodutiva	107
Gráfico 6 - Percentagem discriminada de mulheres entrevistadas face à idade reprodutiva .	107
Gráfico 7 - Percentagem de mulheres entrevistadas face à formação académica	108
Gráfico 8 - Percentagem discriminada de mulheres entrevistadas face à formação académica	108
Gráfico 9 - Distribuição da percentagem de mulheres participantes por profissão.....	109
Gráfico 10 - Distribuição da percentagem discriminada de mulheres participantes por profissão	109
Gráfico 11 - Distribuição da percentagem de mulheres participantes por estado civil	110
Gráfico 12 - Distribuição da percentagem discriminada de mulheres participantes por estado civil.....	110
Gráfico 13 - Distribuição da percentagem de mulheres participantes por religião	111
Gráfico 14 - Distribuição da percentagem discriminada de mulheres participantes por religião	111
Gráfico 15 - Distribuição da percentagem de mulheres participantes por idade puerperal ...	112
Gráfico 16 - Distribuição da percentagem discriminada de mulheres participantes por idade puerperal.....	112
Gráfico 17 - Distribuição da percentagem de mulheres participantes por vigilância da gravidez	113

Gráfico 18 - Distribuição da percentagem discriminada de mulheres participantes por vigilância da gravidez	113
Gráfico 19 - Distribuição da percentagem de mulheres participantes por acompanhamento durante o trabalho de parto.....	114
Gráfico 20 - Distribuição da percentagem discriminada de mulheres participantes por acompanhamento durante o trabalho de parto	114

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

Acomp. - acompanhamento

Bachar. – bacharelato

Cesar. - cesareana

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cit. – citado

CMESMOG - Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia

etc. - etcétera

Licenc. - licenciatura

NHS - National Health Service

IRS – Imposto sobre o rendimento singular

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNV – Plano Nacional de Vacinação

Serv. - serviço

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UNICEF - United Nations Children's Fund

UR – Unidade de Registo

USF – Unidade de Saúde Familiar

Introdução

Como diria Marianne Rogoff, “estar grávida é estar de esperanças” (Rogoff, 2006, p. 19). Esperança em forma de um novo ser que dá início a um novo ciclo de vida. O ciclo reprodutivo da mulher com as suas várias fases aparece, por vezes, de forma não gradual, gerando um impacto inesperado. Nada em tempo algum na vida de uma mulher gera tantas expectativas como a gravidez e tudo o que se relaciona com a maternidade. Esta representa um marco importante na vida da mulher, sendo este fenómeno encarado desde sempre como uma etapa difícil de percorrer. Ao longo deste acontecimento, que sem dúvida é marcante, nem sempre a realidade que se avizinha corresponde ao idealizado, trazendo um misto de felicidade por vir a ser mãe e ao mesmo tempo de ansiedade pelo medo do desconhecido, criando um processo de crise interna, difícil de ser ultrapassado. Mesmo em condições ditas favoráveis, isto é, em que se encontram reunidas as condições mínimas para que tudo corra de forma aceitável, ainda assim todo o processo se desenrola por vezes com alguma dificuldade. A situação agrava-se quando a protagonista, neste caso a mulher, se encontra num ambiente que lhe é verdadeiramente hostil, desagregada de suas raízes e sujeita a uma língua estrangeira que desconhece. A comunicação torna-se ineficaz tendo em conta o obstáculo da língua, causado pelo desconhecimento da mesma por parte de quem com ela (mulher) interage, bem como dos hábitos e costumes da sua cultura, levando à inquietação e ansiedade (Pereira, 2009).

A mulher imigrante, principalmente a que é mãe pela primeira vez, vive na maioria dos casos com “medo, ansiedade e muito stress este período, devido ao isolamento e às grandes diferenças entre o meio cultural, familiar e protetor de origem” (Ramos, 2012, p. 91). Gera-se uma resistência muito difícil de transpor, retardando os mecanismos de resposta que a mulher deve desenvolver para se adaptar a este novo papel, dificultando a transição do status de ‘mulher’ para o de ‘mãe’. Este fenómeno de ‘transição’ é definido por Chick e Meleis cit. por Meleis (2013), como sendo um processo que envolve tanto a situação de rompimento como as respostas da pessoa a esta interferência. A mesma autora refere que, o intervalo de tempo de duração do processo de transição decorre desde a antecipação da situação de rompimento, até se atingir a estabilidade e o equilíbrio em relação ao novo estado. Trata-se

por isso da transição de uma fase de vida ou status para outra condição. De acordo com Meleis cit. por Fachadas (2011, p. 7), “a transição consiste na passagem de uma fase, estado ou condição para outro, que pode traduzir uma mudança no estado de saúde, no papel das relações, nas expectativas ou competências, o que significa uma mudança nas necessidades de todos os sistemas da pessoa”. A mulher fica mais suscetível e vulnerável aos riscos, podendo ver a sua saúde seriamente afetada (Meleis et al., cit. por Martins, 2013). Segundo Meleis (2010), a transição de uma mulher para a maternidade é um grande evento de vida como forma de desenvolvimento e, tornar-se mãe, significa partir de uma realidade conhecida e atual para uma outra, nova e desconhecida. Facilitar esse processo de transição foi reconhecido segundo Schumacher & Meleis cit. por Meleis (2010), como sendo o foco central da Enfermagem.

O Enfermeiro é um profissional qualificado, mais especificamente o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia, com a sua formação que o capacita para definir conteúdos e qualidade a nível de competências, bem como a demarcar as fronteiras dos saberes e a estruturação da sua identidade profissional (Carneiro, 2008). Possui os atributos e a idoneidade necessários para ajudar a cliente a ultrapassar as várias fases de transição. Para isso é preciso que o enfermeiro saiba identificar de forma a poder implementar estratégias de prevenção, promoção e intervenção de cuidados, tendo em conta a fase de transição que a pessoa experiencia.

Após ter sido identificado o processo de transição para a maternidade, os cuidados de enfermagem adquirem contornos de importância fulcral no sentido de ajudarem a grávida, parturiente e puérpera ao longo da gravidez, parto e pós-parto, com o objetivo de reduzir o medo e a insegurança que emerge, capacitando-a com meios que lhe conferem autonomia para desfrutar da sua maternidade em pleno e assumir o seu papel parental. Para que esta transição ao novo papel de mãe seja bem sucedida, é crucial o seu contributo no sentido de ajudar “as pessoas facilitando as transições dirigidas para a saúde e perceção de bem-estar, mestria, nível de funcionamento e conhecimento, através dos quais possam mobilizar a sua energia” (Meleis & Trangenstein, cit. por Martins, 2013, p.31-32). As respostas que emergem durante o processo de transição sob a forma de comportamento do indivíduo, devem ser alvo de observação por parte do enfermeiro, devendo aí incidir o seu foco de atenção (Chick & Meleis, cit. por Sanches, 2012). O final de todo o processo de transição é assinalado por um período de estabilidade que sucede a um outro de instabilidade e confusão, sendo que a sua fase inicial é caracterizada pela antecipação de alguns sinais de mudança (Meleis et al. cit. por

Fachadas, 2011). É importante que o profissional de enfermagem esteja atento a estes mesmos sinais de mudança, por menores que sejam, como um alerta para que a sua conduta recaia sobre o foco a ajudar.

Tendo em conta que o principal objetivo da Enfermagem Obstétrica atual é orientar e apoiar a mulher e a sua família ao longo de todas as fases do seu ciclo reprodutivo, para que tudo decorra da melhor forma possível, para além do seu papel de educador e conselheiro na assistência que presta, o Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia tem de ser perito na arte do cuidar. Só assim poderá obter os melhores resultados possíveis com o seu desempenho e ter um papel verdadeiramente ativo num processo de transição, sendo que este se reveste de uma maior importância quando se trata de questões relacionadas com a migração. As condições sociais, económicas, culturais e religiosas, bem como a diferença em termos de linguagem, são mudanças inalienáveis à migração, sendo que a mesma, segundo Meleis et al. e Messias, cit. por Meleis (2010), trata-se de uma transição complexa e que muito raramente ocorre de forma isolada. As várias formas de racismo, a discriminação e por vezes o xenofobismo, são variáveis que dificultam e muito a transição no decurso de um processo de migração (Carling, cit. por Meleis, 2010). Se o mesmo decorrer em simultâneo com o processo de transição para a maternidade, as dificuldades encontradas serão acrescidas, dificultando a adaptação da mulher/família a esta nova realidade. Como nos diz Morais, Coutinho e Duarte (2012, p. 8) “a imigrante, enquanto grávida, passa por uma fase particular de transição com todas as suas características e sensações inerentes a este estado. Esta também se depara com algumas barreiras, o que influencia o modo como cada uma vivencia a sua gravidez”. Inserir-se numa nova cultura, com hábitos e costumes diferentes, acrescido de um idioma que lhe é perfeitamente estranho, com políticas de saúde desconhecidas, bem como o seu direito às mesmas, pode conduzir a uma fraca procura dos serviços de saúde, aumentando a sua vulnerabilidade e suscetibilidade. A imigrante torna-se mais suscetível aos riscos a que se encontra exposta, podendo refletir-se no seu estado de saúde. A reforçar esta ideia, Ramos e Lopes cit. por Carvalho (2013, p. 30), referem que

a falta de recursos económicos, as dificuldades inerentes à legalização e à língua e o desconhecimento dos hábitos culturais da sociedade recetora e dos serviços e apoios sociais, são os principais obstáculos que impedem os migrantes de recorrerem ao sistema de saúde, levando a uma precária promoção da saúde e tratamento da doença.

Como apontam Coutinho e Parreira (2011, p. 86) “a grávida imigrante vivencia

simultaneamente dois processos de transição. Por um lado, a imigração com as múltiplas transformações que a mesma implica, e por outro, o processo de transição que constitui o próprio tornar-se mãe”. Trata-se de uma mudança muito profunda, cercada de muitas variáveis que podem condicionar o sucesso ou o insucesso de todo o processo de adaptação. Uma destas variáveis diz respeito ao facto da mulher ser imigrante e encontrar-se, como já foi dito anteriormente, num ambiente que lhe é adverso, desagregada de suas raízes e sujeita a uma língua estrangeira, que lhe é desconhecida na maioria dos casos. É referido por Greeff & Holtzkamp cit. por Graça (2008, p. 9) que “a imigração é atualmente um fenómeno mundial, consequência, em parte, da globalização que tem transcendido diversas fronteiras físicas e culturais”. Os imigrantes experienciam um longo e árduo processo de transição que envolve perdas materiais e psicossociais quando transitam da sua terra natal para um novo ambiente que será a sua nova casa (Meleis, 2010).

Tudo o que foi referido atinge contornos ainda mais delicados quando se trata da maternidade, exigindo do Serviço Nacional de Saúde português uma atenção redobrada, para dar resposta às necessidades das mulheres/família, quer sejam portuguesas ou imigrantes, ao longo do ciclo gravídico/puerperal e sucessivas transições. Uma importante forma de transição é sem dúvida a transição para a parentalidade (Mendes, 2009). Conforme Costa, Silva e Costa (2013, p. 89), “a parentalidade, enquanto processo de transição, compreende um vasto leque de mudanças que representam um verdadeiro desafio à capacidade de adaptação dos pais”, tendo o enfermeiro “uma posição privilegiada pela proximidade com os pais e porque a parentalidade é um foco de enfermagem” (International Council of Nurses, cit. por Costa, Silva & Costa, 2013, p. 29). Como nos é referido por Colman & Colman e Relvas, cit. por Martins (2013, p. 1), a parentalidade “mesmo sendo um acontecimento normativo, comum e habitualmente esperado e desejado, aciona um percurso irreversível, que modifica decisivamente a identidade, papéis e funções dos progenitores e de toda a família”, sendo por isso “o início de uma nova fase do ciclo vital, movendo-se da função conjugal para a parental” (Relvas, cit. por Martins, 2013, p. 1). Ao longo de toda esta fase de desenvolvimento e amadurecimento que conduz ao papel de ‘pais’, geram-se múltiplas expectativas, quase todas relacionadas com o sistema de saúde e seus profissionais, cujo utente comum e mais ainda o que se encontra numa situação de maior vulnerabilidade espera que se concretizem para sua satisfação e realização pessoal. Assim sendo, Esperidão e Bonfim-Trad cit. por Mendes, Mantovani, Gemito e Lopes (2013, p. 18) entendem por “satisfação do utente o conjunto variado de reações face à experiência dos cuidados de saúde. A satisfação é um conceito de

natureza eminentemente subjetiva, em que os fatores psicossociais (expectativas, desejos, vulnerabilidade, desigualdades e desconhecimento de direitos) têm adquirido relevância”. Alguns desses fatores psicossociais estão fortemente associados à comunidade imigrante, o que deve merecer uma atenção especial por parte do Sistema Nacional de Saúde português no que toca à procura de estratégias que venham ao encontro das expectativas das futuras mães. Segundo Schumacher e Meleis cit. por Coutinho e Parreira (2011), as expectativas fazem parte de um conjunto de condições que influenciam a experiência da transição. A diferença entre o idealizado e o ocorrido origina experiências quase sempre negativas que podem determinar de futuro a atitude e a visão de uma mulher no que toca ao ser mãe. Mesmo uma mãe perfeitamente integrada no seu meio de referência sente necessidade de que corra tudo bem, de que aquilo que imagina como sendo o ideal para si se torne uma realidade, contando para isso receber aquilo que almeja. Também Schumacher e Meleis cit. por Coutinho e Parreira (2011) referem que o significado atribuído à experiência é uma das condicionantes que influenciam o processo de transição. Quanto mais negativa for a experiência vivida por se encontrar desfasada das suas expectativas, mais complicado será a adaptação da mulher à sua nova realidade.

Vários estudos abordam a problemática das expectativas durante a gravidez, parto e pós-parto, visando a adoção de medidas retificativas, no sentido de satisfazer a utente/família. No estudo realizado por Vicente (2009, p. 155-156), é referido que: “quase metade das participantes teve uma experiência de parto positiva, podendo afirmar-se que viram confirmadas as suas expectativas iniciais em relação ao parto”. Já Dias e Deslandes (2006, p. 265) relatam no seu estudo os principais focos onde se centram as expectativas das parturientes: “Os resultados mostram que as expectativas estão centradas em três elementos principais: admissão rápida na internação, garantia de vaga na maternidade e o atendimento por uma equipe atenciosa e competente que cuide de sua saúde e do seu bebê”. Lopes, Donelli, Lima e Piccinini (2005, p. 253) concluíram no seu estudo que “durante a gestação, as participantes verbalizaram um número maior de expectativas negativas do que positivas em relação ao parto”, contudo, nove participantes do mesmo estudo “não referiram expectativas sobre o parto, o que pode estar associado mais ao medo e ansiedade por este momento desconhecido, do que a uma real ausência de expectativas” (2005, p. 250). No que toca aos cuidados profissionais e às condições físicas da instituição, um outro estudo revela que a maioria das mulheres considera que foram ao encontro das suas expectativas nestas duas vertentes (Costa, Figueiredo, Pacheco & Pais, 2003). Outro estudo efetuado num grupo de

grávidas refere que as expectativas das mulheres recaem essencialmente no bom atendimento, informação sobre o desenvolvimento do trabalho de parto, valorização e atenção das suas necessidades, verificando-se que “quanto maior forem as expectativas mais elevada será a satisfação da mulher” (Guerra, 2010, p. 146). Marques (2012, p. 86) chegou à conclusão na sua análise que, na generalidade, as expectativas das puérperas foram superadas, identificando, contudo, alguns pontos menos positivos, tais como: “a promoção da identificação adequada dos profissionais, a sugestão de medidas para diminuir a incidência de cesarianas, bem como o alerta para a necessidade de reajustar os recursos humanos de acordo com as necessidades”. Outra preocupação das futuras mães e que é geradora de stress são os cuidados perante a dor no trabalho de parto, originando expectativas, como é referido por Rocha, Monteiro, Ferreira e Duarte (2010, p. 307) no seu estudo:

Dos resultados obtidos, inferimos que as expectativas face aos cuidados prestados são mais elevadas que a percepção que as parturientes têm desses mesmos cuidados, sendo as diferenças altamente significativas, ou seja, as expectativas influenciam o modo como as parturientes percebem os cuidados perante a dor durante o trabalho de parto.

Por fim, Silva (2010, p. 142) verificou no seu estudo que “quanto maior for o ajustamento das expectativas da parturiente com o trabalho de parto e parto, e com as instalações e profissionais de saúde, maior será o seu relaxamento”. A mesma autora refere ainda que “para que ocorra uma percepção positiva da experiência de parto, será essencial o ajustamento das expectativas durante todo o período de transição para a maternidade” (2010, p. 150). Após o conhecimento dos resultados dos estudos apresentados, torna-se pertinente conhecer as expectativas das mulheres portuguesas e imigrantes, visando ir ao encontro das mesmas.

As expectativas criadas à volta de tudo o que concerne a maternidade e a sua concretização ou não são aspetos importantes a ter em conta, numa sociedade que se queira evidenciar como detentora de uma boa política em termos de saúde. Neste contexto, e como nos é dito por Esperidão e Bonfim-Trad cit. por Mendes et al. (2013, p. 19), “a satisfação dos utentes para com as instituições de saúde é assim uma prioridade e a investigação nesta área desenvolve-se a partir das perceções e expectativas face aos serviços recebidos e aos profissionais que lá desenvolvem as suas atividades”. Cruz e Melleiro cit. por Mendes et al. (2013, p. 18) acrescentam que,

são expectativas legítimas dos utentes relativamente aos serviços de saúde,

outras que, não diretamente ligadas ao estado de saúde, de alguma forma, afetam a relação do utente com os serviços de saúde e com os profissionais, nomeadamente, atendimento digno, confidencialidade, privacidade, tempo de espera, entre outros.

As expectativas dos utentes estão em permanente mudança e sendo assim, as instituições devem adotar condições adaptadas às suas necessidades (Mendes, Mantovani, Gemito & Lopes, 2013). Para isso é necessário haver uma boa política de saúde que englobe os serviços de saúde nas suas vertentes, quer física, quer humana, prestando serviços e cuidados de saúde de qualidade. Segue-se então a referência ao Serviço Nacional de Saúde português que é definido pelo Guia do Utente do Serviço Nacional de Saúde (p. 2) como sendo “o conjunto de instituições e serviços, dependentes do Ministério da Saúde, que têm como missão garantir o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde, nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis”. Refere ainda o mesmo documento que “são ainda beneficiários do SNS os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal”, com direito a serem “tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito” como qualquer outro utente do SNS (Guia do Utente do Serviço Nacional de Saúde, p. 2). Bäckström (2010, p. 6) afirma que “a legislação Portuguesa que rege o acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde é bastante favorável a uma proximidade dos imigrantes com o Sistema Nacional de Saúde”. Segundo Matias (2014), salvo as exceções previstas na lei e na Constituição, devidamente fundamentadas, os estrangeiros e os apátridas gozam dos mesmos direitos e têm os mesmos deveres do cidadão português. Para Chauvin e Parizot cit. por Bäckström (2010, p. 6), “os direitos teóricos abrangem a quase totalidade dos indivíduos em Portugal e na prática uma proporção considerável beneficia deles, comparativamente com outros países da União Europeia”. Dito isto e como já foi referido anteriormente, são estes serviços e cuidados de saúde com qualidade, proporcionados pelo sistema e pelos profissionais de saúde, que a grávida, parturiente e puérpera, seja ela portuguesa ou imigrante, esperam na sua maioria receber, não obstante ao facto de haver quem nada espere.

Segundo Loureiro e Ferreira (2007, p. 24), “a qualidade dos cuidados prestados passa pela satisfação das necessidades do indivíduo ...”. Para isso, o desempenho dos profissionais de saúde, em particular dos profissionais de enfermagem, reveste-se de uma importância fulcral e de um carácter de ‘missão’ para se atingir a saúde e o bem-estar dos utentes, bem como a sua satisfação. Isto é corroborado por Meleis e Trangenstein cit. por Meleis (2013),

em que é referido que a Enfermagem tem como principal missão “facilitar a transição das populações para a saúde e bem-estar” e o seu foco centra-se na arte e ciência das transições. Meleis cit. por Martins (2011, p. 354) “dá ênfase à interação entre o enfermeiro e a utente que vive uma fase de transição. Na opinião desta teórica de enfermagem, o conceito de interação é, ao mesmo tempo, um contexto onde todos os cuidados ocorrem, revelando-se, ainda, como potencial terapêutico”.

Tendo em conta toda a abordagem anterior e como forma de compreender a inquietação que envolve as expectativas da mulher portuguesa e da imigrante durante a gravidez, parto e pós-parto acerca do SNS e seus profissionais, delinear-se os seguintes objetivos geral e específicos:

Objetivo geral: conhecer as expectativas concretizadas e não concretizadas das mulheres portuguesas e imigrantes, durante a gravidez, parto e pós-parto, relativas ao SNS e profissionais de saúde, visando identificar as áreas de maior carência na concretização das suas necessidades.

Objetivos específicos:

- identificar as expectativas da mulher portuguesa e da imigrante relativas ao SNS e aos profissionais de saúde, durante a gravidez, parto e pós-parto;
- identificar as expectativas concretizadas e as não concretizadas;
- identificar ações facilitadoras do processo de transição.

Em termos estruturais, a seguir à introdução já apresentada, segue-se a referência à metodologia escolhida, seguida de um capítulo que engloba os resultados do estudo e a discussão. O trabalho será finalizado com uma conclusão ao estudo efetuado, com referência às limitações encontradas, contendo sugestões de ações facilitadoras do processo de transição nas áreas identificadas como de maior carência pelas participantes do estudo.

1 - Metodologia

O presente trabalho insere-se numa metodologia de investigação qualitativa do tipo exploratório-descritivo. Conforme o referido por Morse e Field cit. por Jesus (2006, p. 131),

o paradigma de investigação qualitativo, ao contrário do quantitativo, deve ser utilizado quando estamos perante um fenómeno em relação ao qual existe ainda pouco conhecimento, quando o investigador suspeita que o conhecimento ou as teorias existentes sejam de algum modo contraditórios ou quando o problema de investigação pretende compreender ou descrever um dado fenómeno ou evento acerca do qual se recomenda maior investigação.

A amostra do estudo foi constituída por um total de 82 mulheres, das quais 22 portuguesas e 60 imigrantes (apêndice I), que foram mães há menos de um ano, em instituições pertencentes aos ACES Dão Lafões e Baixo Vouga II, nos distritos de Viseu e Aveiro respetivamente.

Nos critérios de inclusão para a seleção dos informantes chave, privilegiou-se a facilidade de expressão, a disponibilidade de tempo, a experiência e o envolvimento na subcultura em estudo e o interesse demonstrado em participar. Neste sentido, as mulheres imigrantes tinham necessariamente de compreender a língua portuguesa ou fazer-se acompanhar por um tradutor.

O método de seleção das entrevistadas teve por base a consulta dos ficheiros, por parte dos enfermeiros dos Centros de Saúde das respetivas USF (Unidade de Saúde Familiar) dos ACES (Agrupamento de Centros de Saúde) envolvidos e o contacto prévio com as imigrantes. Neste contacto, deram-se as primeiras informações acerca do estudo e solicitou-se autorização para uma primeira conversa com a investigadora principal (Emília Coutinho). Por cada três imigrantes que integravam o estudo selecionou-se uma portuguesa, que atendesse aos critérios de inclusão e se mostrasse motivada para participar no estudo, no dia em que se realizava a entrevista à terceira imigrante. Desse primeiro encontro com as entrevistadas, a entrevista era realizada de seguida, nesse mesmo dia, com exceção de apenas dois casos, em que a marcação da entrevista foi agendada para um dia posterior.

A recolha de dados foi efetuada através de entrevistas semiestruturadas, de acordo com um guião orientador previamente realizado (apêndice II), contendo uma parte inicial com a caracterização da amostra, seguida de sete ou oito questões abertas (dependendo do facto da participante ser portuguesa ou imigrante, respetivamente), com o intuito de obter os dados, no discurso das próprias informantes.

A todas as participantes foi solicitado e obtido o consentimento informado (apêndice III) para a entrevista e gravação do verbatim, após esclarecimento integral acerca dos objetivos do estudo, da proteção do anonimato através da confidencialidade e da possibilidade de cessar a sua colaboração se o considerasse pertinente. A realização das entrevistas decorreu no período compreendido entre fevereiro de 2011 e fevereiro de 2012. Tiveram lugar nas instalações dos Centros de Saúde das respetivas USF dos ACES envolvidos e decorreram em salas reservadas e acolhedoras, disponibilizadas para o efeito por cada unidade prestadora de cuidados. A duração das entrevistas variou de 45 a 125 minutos com um valor médio de 70 minutos.

No final de cada entrevista procurou-se fazer a transcrição e análise do seu verbatim, apesar de nem sempre conseguir-se fazer uma primeira análise antes da realização da entrevista seguinte, considerando o tempo necessário para a realização destes procedimentos. Sempre que emergia determinado tema cultural procurava-se clarificá-lo posteriormente com participantes da mesma origem cultural, numa análise em espiral. Em virtude da amostra apresentar um número bastante elevado, visto tratar-se de um estudo qualitativo, surgiu a necessidade de identificar as entrevistas utilizando duas letras do alfabeto, sucedido logo de imediato pela naturalidade da mulher participante (ex: DC Ucrânia).

Seguiu-se a análise dos dados, tendo como base a Técnica de Análise Categorical da Análise de Conteúdo de Bardin (2013). Conforme este autor, “a análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens” (2013, p. 38). Após a fase da realização das entrevistas, tendo como material o *verbatim* das mesmas, seguiu-se a leitura do seu conteúdo com o objetivo de sistematizar as ideias semelhantes e divergentes, que consiste em “estabelecer contacto com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações” (Bardin, 2013, p. 96). A seguir procedeu-se à codificação das unidades de registo (UR) (apêndice IV) com a respetiva categorização segundo agrupamentos analógicos, tendo em conta a contagem frequencial. Por fim recorreu-se à revisão bibliográfica tendo em conta os pontos referidos nos testemunhos obtidos.

A análise dos dados foi realizada com o apoio do programa QSR NVIVO versão 10. Foram utilizadas as unidades de registo, que é uma unidade de significação a codificar, que corresponde ao segmento a considerar, como unidade base, tendo em vista a categorização da informação e a sua contagem em termos de frequência. O presente estudo insere-se no projeto de doutoramento da Professora Doutora Emília de Carvalho Coutinho, Professora adjunta da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Este estudo foi submetido e aprovado pelas comissões de ética dos respetivos Agrupamentos de Centros de Saúde envolvidos no estudo (anexo I). O guião da entrevista foi previamente submetido à Comissão Nacional de Proteção de Dados (anexo II) e obtida a autorização para a sua aplicação (Processo 85/2011, nº 191/2011).

2 - Resultados e Discussão

2.1 – Caracterização Sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica da amostra, no que respeita à nacionalidade, como se pode verificar no gráfico 1 (apêndice V), está representada por 22 nacionalidades, sendo que 28,05% da amostra é constituída por mulheres de nacionalidade portuguesa, 17,07% brasileira, 13,41% ucraniana, 9,76 % chinesa, 4,88% moldava, 3,66% francesa e russa, 2,44% espanhola e indiana e das restantes nacionalidades, cada uma representa 1,22%. Três vírgula trinta e três por cento das participantes encontravam-se em situação irregular no país, como se pode constatar no gráfico 2 (apêndice V). A maioria das entrevistadas (52%) já estava a viver em Portugal há mais de cinco anos inclusive, 42,67% entre um e cinco anos e 5,33% estava há um ano ou menos em Portugal, como se pode observar no gráfico 3 (apêndice V). A maioria (63,41%) residia no distrito de Aveiro (apêndice V, gráfico 4) e as restantes 36,59% no distrito de Viseu, concordante com a distribuição de imigrantes nos dois distritos apresentada no Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2012).

No que se refere à idade, ao agrupá-las em três grupos etários, tem-se como critério que se considera que a idade reprodutiva adequada se estende dos 21 aos 35 anos. Verifica-se no gráfico 5 (apêndice V), que a maior parte da amostra (73,17%) se encontrava no escalão etário dos 21 aos 35 anos de idade, sendo que 52,44% (gráfico 6, apêndice V) eram imigrantes. O grupo etário de mulheres com mais de 35 anos representava 24,39% da amostra (gráfico 5, apêndice V) e destas, 19,51% eram imigrantes (gráfico 6, apêndice V). Dois vírgula quarenta e quatro por cento tinham idade inferior a 21 anos (gráfico 5, apêndice V) e referiam-se a apenas uma mulher portuguesa e outra imigrante (gráfico 6, apêndice V).

Relativamente à formação académica, mais de metade da amostra (52,44%) tinha habilitações literárias superiores ao 12º ano de escolaridade (gráfico 7, apêndice V), sendo que a maioria (37,80%) era imigrante (gráfico 8, apêndice V).

Quanto à profissão, e de acordo com a Classificação Portuguesa das Profissões (2011), verifica-se que, 21,95% da amostra estava incluída no grupo 2 (Especialistas das atividades intelectuais e científicas...), 14,63% no grupo 9 (Trabalhadores não qualificados) e as outras

participantes incluíam-se nos restantes grupos (gráfico 9, apêndice V). A percentagem da população desempregada era de 23,17% (gráfico 9, apêndice V). O desemprego atingiu 19,51% das imigrantes (gráfico 10, apêndice V).

No que se refere ao estado civil, como se pode ver no gráfico 11 (apêndice V), a grande maioria das entrevistadas estava casada ou em regime de união de facto (83,95%). Destas, 58,54% diziam respeito às imigrantes e 14,63% eram solteiras ou divorciadas (gráfico 12, apêndice V).

Em relação à religião, a maioria das inquiridas referiu possuir alguma crença e, destas, 52,44% eram católicas (gráfico 13, apêndice V).

A maioria das participantes (25,61%) encontrava-se nos dois primeiros meses após o parto, seguido das que se encontravam no primeiro mês de puerpério com 23,17% (gráfico 15, apêndice V), sendo que destas, 21,95% e 12,20% dizem respeito a utentes imigrantes (gráfico 16, apêndice V).

No que respeita à vigilância da gravidez, 74,39% das inquiridas tiveram uma vigilância adequada da gravidez, ou seja, seis ou mais consultas de vigilância e a primeira consulta ocorreu antes de terminar o primeiro trimestre de gravidez (gráfico 17, apêndice V). Cerca de 25% da amostra não realizou vigilância de gravidez e todas eram imigrantes (gráfico 18, apêndice V).

Relativamente ao acompanhamento durante o trabalho de parto, o pai da criança foi o único acompanhante encontrado, como se pode observar no gráfico 19 (apêndice V). Das 36,59% que não tiveram acompanhante, 2,44% foi por não quererem, 8,54% o serviço não o permitiu, 12,20% o parto foi por cesariana e 13,41% referiram não ter acompanhante (gráfico 19, apêndice V). Das entrevistadas, 63,41% tiveram acompanhamento e destas, 42,68% eram imigrantes (gráfico 20, apêndice V).

2.2 – Categorias do Estudo

Do presente estudo, emergiram os resultados da análise e codificação do verbatim das participantes, sendo que os dados a seguir apresentados e que traduzem os significados e sentimentos expressos pelas mesmas, foram agrupados em categorias e subcategorias.

Como se pode verificar no quadro 1, a categoria ‘Expectativas da mulher portuguesa e da imigrante relativas ao SNS, durante a gravidez, parto e pós-parto’ emergiu nos grupos: ‘concretizadas’, ‘não concretizadas’ e ‘não esperar nada do SNS’. O grupo ‘concretizadas’

agrupou as subcategorias: ‘cuidados de saúde satisfatórios’, ‘gratuidade das consultas, análises e cuidados’, ‘boa qualidade do SNS’ e ‘acompanhamento de especialistas na maternidade’. O grupo ‘não concretizadas’ englobou as subcategorias: ‘incentivos à maternidade’, ‘tempo de espera adequado para atendimento da grávida no hospital ou centro de saúde’, ‘acompanhamento de especialistas no centro de saúde e na maternidade’, ‘maior valorização da presença do pai’, ‘acompanhamento domiciliário médico ou de enfermagem’, ‘acesso rápido à consulta no centro de saúde e hospital’, ‘boas condições hospitalares’, ‘número de profissionais de saúde adequado’, ‘tempo de permanência hospitalar’ e ‘organização’. A subcategoria ‘incentivos à maternidade’ emergiu nas subcategorias: ‘abonos ou subsídios’, ‘licença de maternidade’, ‘comparticipação de despesas com a maternidade’, ‘usufruto de licença de maternidade simultaneamente por pai e mãe’, ‘benefícios fiscais’, ‘estímulo profissional’, ‘maior valorização da natalidade em detrimento do aborto’, ‘tornar gratuitas algumas vacinas importantes que não pertencem ao Plano Nacional de Vacinação (PNV)’. A subcategoria ‘maior valorização da presença do pai’ agrupou as subcategorias: ‘criar condições físicas para a sua presença’ e ‘considerar útil a sua presença’. O grupo ‘não esperar nada do SNS’ emergiu nas subcategorias: ‘sem motivo específico’, ‘por não ter termo de comparação’, ‘desconhecimento do funcionamento dos serviços de saúde’, ‘por já conhecer as diferenças’ e ‘por não estar a contar ter filhos’.

Quadro1 - Expectativas da mulher portuguesa e da imigrante relativas ao SNS, durante a gravidez, parto e pós-parto.

Categoria	Grupos	Subcategorias	UR	Nº F	UR	Nº F		
			PT*	PT*	IM*	IM*		
Expectativas da mulher portuguesa e da imigrante relativas ao SNS, durante a gravidez, parto e pós-parto	Concretizadas	Cuidados de saúde satisfatórios		5	5	25	19	
		Gratuidade das consultas, análises e cuidados		2	1	15	11	
		Boa qualidade do SNS		8	6	8	6	
		Acompanhamento de especialistas na maternidade		1	1	0	0	
		Total (%)		16 (25%)	13 (27%)	48 (75%)	36 (73%)	
	Não concretizadas	Incentivos à maternidade	Abonos ou subsídios		8	4	3	1
			Licença de maternidade		2	2	1	1
			Comparticipação de despesas com a maternidade		2	2	0	0
			Usufruto de licença de maternidade simultaneamente por pai e mãe		2	1	0	0
			Benefícios fiscais		1	1	0	0
			Estímulo profissional		1	1	0	0
			Maior valorização da natalidade em detrimento do aborto		1	1	0	0
			Tornar gratuitas algumas vacinas importantes que não pertencem ao PNV		1	1	0	0

		Tempo de espera adequado para atendimento da grávida no hospital ou centro de saúde	3	2	12	5	
		Acompanhamento de especialistas no centro de saúde e na maternidade	2	1	9	3	
		Maior valorização da presença do pai	Criar condições físicas para a sua presença	0	0	6	2
			Considerar útil a sua presença	0	0	2	1
		Acompanhamento domiciliário médico ou de enfermagem	3	1	5	2	
		Acesso rápido à consulta no centro de saúde e hospital	2	1	4	2	
		Boas condições hospitalares	0	0	4	2	
		Número de profissionais de saúde adequado	0	0	3	2	
		Tempo de permanência hospitalar	0	0	6	1	
		Organização	0	0	3	1	
		Total (%)	28 (33%)	18 (44%)	58 (67%)	23 (56%)	
Não esperar nada do SNS	Sem motivo específico	0	0	4	4		
	Por não ter termo de comparação	0	0	3	3		
	Desconhecimento do funcionamento dos serviços de saúde	0	0	2	2		
	Por já conhecer as diferenças	0	0	1	1		
	Por não estar a contar ter filhos	0	0	1	1		
	Total (%)	0 (0%)	0 (0%)	11(100%)	11(100%)		

* UR PT – Unidade de Registo de Portuguesas

Nº F PT – Número de Fontes de Portuguesas

UR IM – Unidade de Registo de Imigrantes

Nº F IM – Número de Fontes de Imigrantes

No quadro 2, a categoria ‘Expectativas da mulher portuguesa e da imigrante relativas aos profissionais de saúde, durante a gravidez, parto e pós-parto’ emergiu nos grupos: ‘concretizadas’, ‘não concretizadas’ e ‘não esperar nada dos profissionais de saúde’. O grupo ‘concretizadas’ emergiu nas subcategorias: ‘satisfação com os profissionais de saúde’, ‘bom atendimento’, ‘profissionalismo’, ‘ajuda dos profissionais de saúde’ e ‘comunicação e esclarecimento de dúvidas’. O grupo ‘não concretizadas’ emergiu nas subcategorias: ‘comunicação e esclarecimento de dúvidas’, ‘profissionalismo’, ‘ajuda e apoio’, ‘experiência profissional’, ‘presença dos profissionais’ e ‘presença de intérprete’. O grupo ‘não esperar nada dos profissionais de saúde’ emergiu nas subcategorias: ‘sem motivo específico’ e ‘por não ter termo de comparação’.

Quadro 2 - Expectativas da mulher portuguesa e da imigrante relativas aos profissionais de saúde, durante a gravidez, parto e pós-parto.

Categoria	Grupos	Subcategorias	UR	Nº F	UR	Nº F
			PT*	PT*	IM*	IM*
Expectativas da mulher portuguesa e da imigrante relativas aos	Concretizadas	Satisfação com os profissionais de saúde	12	8	12	9
		Bom atendimento	3	2	5	3

profissionais de saúde, durante a gravidez, parto e pós-parto		Profissionalismo	0	0	5	4
		Ajuda dos profissionais de saúde	1	1	2	2
		Comunicação e esclarecimento de dúvidas	0	0	2	1
		Total (%)	16 (38%)	11 (37%)	26 (62%)	19 (63%)
	Não concretizadas	Comunicação e esclarecimento de dúvidas	0	0	11	4
		Profissionalismo	1	1	1	1
		Ajuda e apoio	0	0	1	1
		Experiência profissional	0	0	1	1
		Presença dos profissionais	0	0	1	1
		Presença de intérprete	0	0	1	1
		Total (%)	1 (6%)	1 (10%)	16 (94%)	9 (90%)
	Não esperar nada dos profissionais de saúde	Sem motivo específico	0	0	3	2
		Por não ter termo de comparação	0	0	1	1
		Total (%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (100%)	3 (100%)

* UR PT – Unidade de Registo de Portuguesas

Nº F PT – Número de Fontes de Portuguesas

UR IM – Unidade de Registo de Imigrantes

Nº F IM – Número de Fontes de Imigrantes

Analisando por fim todo o conjunto, quer de UR, quer de número de utentes, vê-se que as mães imigrantes foram as que mais expectativas criaram acerca do sistema de saúde em Portugal e dos seus cuidadores relativamente às mães portuguesas (quadro 3). Também superaram as mães portuguesas quer nas expectativas concretizadas, quer nas não concretizadas, nos aspetos referidos pelas mesmas e que deram origem às respetivas subcategorias. Em relação ao SNS, as expectativas defraudadas das imigrantes superaram em número de unidades de registo as que foram satisfeitas. Contudo, tendo em conta o número de fontes, as utentes satisfeitas superaram as insatisfeitas. Ainda em relação às imigrantes, no que diz respeito aos seus cuidadores, verificou-se que, quer o número de fontes, quer o número de UR, refletem uma satisfação superior aos aspetos não concretizados.

No que toca às mães portuguesas, já foi referido no parágrafo anterior que estas criaram menos expectativas em todo o conjunto, quer em número de fontes, quer em UR, relativamente às imigrantes. Curiosamente, o que foi identificado nas utentes imigrantes no que toca ao SNS, verificou-se também com as mulheres portuguesas, mas apenas no que respeita às UR, pois o número de utentes portuguesas insatisfeitas superou as que viram as suas expectativas concretizadas. No que respeita aos profissionais de saúde, as utentes portuguesas estão de acordo com as imigrantes e revelaram ver as suas necessidades supridas em maior número do que as não supridas, denotando maioritariamente satisfação pelos cuidados recebidos.

Quadro 3 – Resumo da análise

Expectativas Utentes	Relativas ao SNS		Relativas aos profissionais de saúde	
	Concretizadas	Não concretizadas	Concretizadas	Não concretizadas
Portuguesas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menos que as imigrantes (UR e fontes) ▪ Inferior às não concretizadas (UR e fontes) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menos que as imigrantes (UR e fontes) ▪ Superior às concretizadas (UR e fontes) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menos que as imigrantes (UR e fontes) ▪ Superior às não concretizadas (UR e fontes) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Menos que as imigrantes (UR e fontes) ▪ Inferior às concretizadas (UR e fontes)
	Número de fontes: 13 (27%) Número UR: 16 (25%)	Número de fontes: 18 (44%) Número UR: 28 (33%)	Número de fontes: 11 (37%) Número UR: 16 (38%)	Número de fontes: 1 (10%) Número UR: 1 (6%)
Imigrantes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mais que as portuguesas (UR e fontes) ▪ Inferior às não concretizadas (UR) ▪ Superior às não concretizadas (fontes) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mais que as portuguesas (UR e fontes) ▪ Superior às concretizadas (UR) ▪ Inferior às concretizadas (fontes) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mais que as portuguesas (UR e fontes) ▪ Superior às não concretizadas (UR e fontes) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mais que as portuguesas (UR e fontes) ▪ Inferior às concretizadas (UR e fontes)
	Número de fontes: 36 (73%) Número UR: 48 (75%)	Número de fontes: 23 (56%) Número UR: 58 (67%)	Número de fontes: 19 (63%) Número UR: 26 (62%)	Número de fontes: 9 (90%) Número UR: 16 (94%)

2.2.1 - Expectativas da mulher portuguesa e da imigrante relativas ao SNS, durante a gravidez, parto e pós-parto

No que diz respeito à primeira categoria, entendeu-se que faria sentido dar evidência às expectativas ‘concretizadas’ e às ‘não concretizadas’, não esquecendo a referência de quem nada esperava receber.

»» Grupo ‘concretizadas’

Relativamente ao grupo das expectativas concretizadas (quadro 1), das 64 UR que comprovam que as utentes receberam aquilo que esperavam, 16 delas não especificam concretamente em que medida, sendo que mais de dois terços da totalidade das UR são de mulheres imigrantes (48 UR). No que toca à gratuitidade das consultas, análises e cuidados em geral, também uma grande parte (17) das UR pertencem a mulheres que viram as suas expectativas concretizadas, sendo que destas, apenas duas UR são de utentes portuguesas. Dezasseis UR dizem respeito à boa qualidade do sistema, não havendo, como destacado anteriormente, especificação do que as terá levado a referir tal facto e, destas, metade são imigrantes e metade portuguesas.

» Cuidados de saúde satisfatórios

Começando pela subcategoria que abrange maior número de relatos, respeitante a utentes que receberam do SNS exatamente aquilo que almejavam, a maioria não especificou em que medida as suas expectativas foram alcançadas. Referiram apenas terem recebido os cuidados que esperavam gerando satisfação. Uma prova disso foram os testemunhos de: “*Sim, já estava [à espera de receber estes cuidados de saúde] ...porque eu sempre ouvi falar, então eu já estava à espera que seria isso mesmo*” (AE Brasil), “*Eu digo que não esperava mais,*

pois tudo o que eu queria eu tive, essa unidade foi fantástica” (AN França), *“Eu sabia que ia ser ajudada a nível do sistema de saúde português”* (BJ Portugal), *“o que esperava receber foi o que recebi”* (BM Portugal), *“Recebi o que esperava”* (BS Rússia), *“era tudo como esperava que fosse, um bom sistema de saúde, e espero que fique assim”* (BT Roménia), *“eu não pensava receber outra coisa, além daquilo que eu recebi”* (CC Senegal) e etc...

Uma utente holandesa afirmou que *“os outros cuidados [exceto ter uma doula] foram o que esperávamos, sim”* (CD Holanda), isto é, tudo correu conforme o esperado à exceção de ter uma doula. A figura da doula surgiu em Portugal no final do século XX como a pessoa que dá apoio emocional à parturiente (Santos, 2012). Ainda segundo Santos (2012, p. 11), *“A doula assume-se, no contexto nacional, como uma não-profissional que presta informação e ajuda durante a gravidez, o parto e o pós-parto, não lhe cabendo a realização de atos técnicos, podendo ser enquadrada como conselheira perinatal”*. Esse aspeto não foi valorizado neste estudo como sendo de desagrado ou insatisfação, tendo em conta que esta utente é detentora de mais duas UR onde é referido que recebeu todos os cuidados dos quais estava à espera, como se pode verificar a seguir: *“... os cuidados que recebi foram também aqueles que esperava”* e *“... penso que os cuidados que recebemos, seria o que esperávamos”* (CD Holanda).

» **Gratuidade das consultas, análises e cuidados**

Como já foi abordado anteriormente, 17 UR fundamentam a concretização das expectativas no que toca à gratuidade das consultas, análises e cuidados em geral, sendo que a maioria (15) relaciona-se a mulheres imigrantes. Segundo Coutinho e Parreira (2011, p. 95), *“a grande surpresa, para a generalidade destas mães imigrantes, é a gratuidade do sistema de saúde no que à maternidade diz respeito”*. Conforme Ribeiro (2009) e segundo o artigo 64º, nº 4 da Constituição, o Serviço Nacional de Saúde português tem um carácter tendencialmente gratuito e, de facto, a gratuidade das consultas constitui um foco de preocupação e é referida pela maioria das utentes com bastante agrado devido à divergência encontrada nos seus países de origem. Como exemplo disso, temos o seguinte relato: *“Não paguei nada dos cuidados que recebi aqui em Portugal, e isso é bom porque senão não tínhamos dinheiro para pagar e não podia ter consultas”* e ainda *“Sim, já sabia que não ia pagar nada pelas consultas cá em Portugal”* (AM China). Outros exemplos disso são os seguintes testemunhos: *“Sim, esperava receber consultas aqui em Portugal”* (BR Rússia), *“não temos de gastar dinheiro nas consultas e este dinheiro pode ser gasto noutra sítio que seja necessário. É uma grande ajuda que as pessoas têm em Portugal”* (CX Moldávia) e *“é muito bom que não se pague as*

consultas e porque a mulher quando está grávida precisa de ajuda financeira porque às vezes, por não terem dinheiro, na minha terra, as mulheres não querem ter filhos, esse é o problema. Aqui para ter filhos é tudo de graça e isso é muito bom mesmo! Por isso o meu médico lá na Ucrânia disse-me que, em virtude de aqui ser tudo grátis e não ter que pagar nada, posso estar com calma aqui, por exemplo, se não tenho dinheiro para pagar a consulta não tenho que me enervar por causa disso, por isso ele me disse que era melhor vir para cá” (DA Ucrânia).

O não cumprimento de alguns aspetos no sistema de saúde do país de origem comparado com o sistema de saúde português, foi uma das fortes razões pelo contentamento demonstrado por uma participante, quando referiu que: *“foi mesmo muito agradável, não paguei nada nem pelo parto nem por análises e é bom, sempre agrada as pessoas. No meu país, no papel está 'gratuitamente' só que na verdade não fica gratuito porque o sistema pode ser gratuito, tudo, tudo, só que na verdade não fica porque é tudo [pago] por fora. No papel, 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], é.”* (DC Ucrânia). Este facto é reforçado quando vemos que “mães ucranianas compararam o sistema de saúde português com o ucraniano e revelaram que na Ucrânia todos os cuidados de saúde são pagos, incluindo os cuidados de saúde materna e obstétrica, e que o próprio sistema de saúde não oferece garantias de qualidade, atendendo ao elevado nível de corrupção existente” (Coutinho & Parreira, 2011, p. 95).

Segundo Sopa (2009, p. 208), “no Brasil, a vigilância pré natal é uma realidade unânime, gratuita,...”, não tendo sido surpresa a gratuitidade dos cuidados de saúde em Portugal para uma participante quando referiu que: *“Eu esperava receber cuidados de saúde gratuitos e foi o que recebi”* (AW Brasil).

» Boa qualidade do SNS

Ainda na linha das expectativas concretizadas, encontram-se 16 UR de mulheres cuja concretização das mesmas foi largamente superada, o que se pode confirmar com o relato de uma participante que, *“achava que com os emigrantes os cuidados de saúde eram mais precários, porque não contribuímos para o sistema de saúde e acho que recebi mais do que esperava.”* (AJ Brasil). Ainda *“Tinha a ideia que tratavam melhor os portugueses que os imigrantes e por isso acho que recebi mais do que esperava”* (AJ Brasil). A mesma utente relatou ainda que: *“Fiquei com essa ideia [de precaridade nos cuidados] que não se*

concretizou porque achava que se lá [no Brasil] éramos tratados assim, mal, imagina noutra país” (AJ Brasil).

Este facto pode ser justificado pelo estudo de Mendes et al. (2013, p. 24), que refere: “a elevada satisfação pode estar relacionada com as condições de vulnerabilidade e/ou desigualdade a que estão sujeitos e o receio de expressarem a sua insatisfação e os seus desejos e expectativas, por possível desconhecimento dos seus direitos, no acesso e aos serviços e cuidados de saúde”.

Como refere Dias, Gama, e Horta (2010, p 45), a explicação também poderá residir no seguinte facto: “alguns autores têm referido que o grau de satisfação das populações imigrantes com o sistema de saúde é em parte influenciado pelas suas expectativas quanto aos cuidados de saúde e experiências anteriores no país de origem”. Ainda segundo os mesmos autores, “é possível admitir que populações oriundas de regiões com falta de estruturas de cuidados de saúde podem percecionar os serviços em Portugal como de maior qualidade, enquanto que populações oriundas de regiões com um sistema de saúde eficiente podem percecionar os serviços em Portugal como menos competentes” (p. 45). Um estudo levado a cabo por Lansky, França, César, Monteiro Neto, e Leal (2006, p. 127) evidencia que no sistema de saúde brasileiro há “necessidade de adoção de medidas básicas e efetivas de qualificação da assistência à gestante e ao recém-nascido, como a estruturação dos hospitais e o adequado monitoramento do trabalho de parto, de modo a oferecer segurança no atendimento ao parto, propiciando o nascimento seguro...”. Poderá ter sido essa a diferença percecionada por (AJ Brasil). O mesmo poderá ter-se passado com outra utente quando referiu que: “*Não estava à espera de receber o que recebi do sistema nacional de saúde. Não porque lá [na Índia] recebemos menos*” (CU Índia). Outra utente chinesa revelou-se surpreendida com a boa qualidade do sistema de saúde português, principalmente com o facto de poder ter o número de filhos que desejar, ao contrário do seu país de origem.

A China como terceiro maior país do mundo, tem como número de nascimentos anual cerca de 17 milhões, sendo estes, como especifica Carmo cit. por Pereira (2009), alvo de políticas restritivas no que toca ao controlo de natalidade, implementado como forma de conter o aumento populacional. Este facto pode traduzir a opção pela imigração como alternativa para quem queira constituir um agregado familiar mais alargado e fugir a políticas tão austeras, revelando o grau de satisfação demonstrado por esta utente chinesa quando expressou: “*eu gostei de ser seguida aqui, posso ter os filhos que quiser e acho que tive todos os cuidados necessários de que precisei, e todas as pessoas que conheço aqui já me*

explicaram mais ou menos o que é que eu iria precisar, o que ia ter que fazer e realmente...era o que eu esperava, ou melhor, se calhar foi até além daquilo que estava à espera” (CQ China). A satisfação desta utente está de acordo com os resultados obtidos no estudo de Carvalho (2013, p. 88) junto de imigrantes chinesas, em que é referido que “No que respeita ao grau de satisfação da nossa amostra com o seu médico de família e com a sua unidade de saúde, prestadora de cuidados de saúde primários, podemos afirmar que a maioria (71,4%) se encontra satisfeita”. Também uma de sete mulheres portuguesas viu as suas expectativas superadas, quando afirmou que: *“o sistema de saúde tem muitas falhas...mas, graças a Deus eu pensei que seria horrível mas não tenho razões de queixa até muito pelo contrário, fiquei muito impressionada pelo lado positivo”* (CL Portugal).

» Acompanhamento de especialistas na maternidade

Apenas uma UR de uma mulher portuguesa dá visão à satisfação alcançada no que toca ao acompanhamento de especialistas na maternidade. A própria referiu: *“estava à espera de ser acompanhada por especialistas na altura do parto na sala de partos e tive toda a atenção por parte das enfermeiras especialistas e dos médicos que lá estavam. Não tive qualquer problema nessa situação [durante o parto] e o mesmo decorreu depois na maternidade”* (CG Portugal). Esta mulher viu a sua aspiração de ter acompanhamento por pessoal especializado concretizada. Esta afirmação vai ao encontro com o preconizado pelo Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, como é referido por Remoaldo (2005) quando refere que, é requisito de exigência deste órgão ter nos serviços de Urgência de Obstetrícia dos hospitais da Região Norte de Portugal Continental a presença de pelo menos três médicos, sendo que dois deles devem ser especialistas. Relativamente aos profissionais especialistas de enfermagem e segundo Silva (2012, p. 29), o Enfermeiro Especialista

é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril, artigo 4 (Diário da Republica, 1996).

No que toca aos enfermeiros especialistas em obstetrícia, segundo Brandão (2010), estes são os profissionais de saúde com maior presença física nos hospitais e maternidades. Deste modo, estes profissionais têm mais possibilidades de realizar um acompanhamento às

parturientes a tempo inteiro. Não é pois surpresa que esta utente portuguesa tenha conseguido alcançar o esperado em termos do referido acompanhamento.

»» Grupo ‘não concretizadas’

Passando agora ao grupo que contém os testemunhos relativos às expectativas defraudadas ou não concretizadas, surgem várias UR (86) que foram agrupadas por afinidade no que toca à causa de não satisfação das utentes. Destas, 58 UR são de utentes imigrantes, o que é representativo se considerar que se trata de dois terços da totalidade das UR. De todas as causas de não satisfação no que respeita à não concretização das suas expectativas, a que ostenta maior representatividade (22 UR) é sem dúvida a que se refere aos incentivos à maternidade.

» Incentivos à maternidade

A falta de incentivos à maternidade é referenciada em 22 UR em que apenas quatro são de mulheres imigrantes, o que denota um desagrado mais visível das mães portuguesas (quadro 1). No que se refere aos direitos associados à maternidade e paternidade em Portugal, Wall cit. por Monteiro e Domingos (2013) destaca que, apenas em 1980, as políticas de saúde deram ênfase à preocupação de proteger, quer os direitos das mães quer os direitos dos pais, contudo, os avanços significativos só tiveram lugar na transição da década de 1990 para 2000, com o aparecimento da Lei n.º 142/99, de 31 de agosto. Desde então, muitos foram os avanços no que respeita aos direitos relativos à maternidade e incentivos à mesma.

○ Abonos ou subsídios

Dos incentivos referidos por estas utentes, os abonos e subsídios e sua escassez foram apontados como gerador de maior insatisfação. Bäckström (2010) refere como um dos fatores não facilitadores de acesso à saúde dos imigrantes, as dificuldades financeiras e a necessidade de apoio social. Conforme o testemunho de uma participante, esta é uma realidade patente em Portugal: *“Depois do parto não recebi nenhum subsídio. Na segurança social dizem para esperar.”*, *“O meu companheiro trabalha mas sem subsídio é complicado. Eu não trabalho e ele trabalha sozinho e não ganha muito. Temos tido algumas dificuldades por isso...Pensava que ia ter algum subsídio...”* e ainda *“Temos dificuldades porque agora não se recebe nada da segurança social e o meu marido ganha pouco na loja do chinês”* (AM China). Conforme Miranda (2011, p. 39),

as mães imigrantes em situação irregular não têm direito a qualquer subsídio de maternidade, porque vivem no nosso país sem qualquer documento. O

que acontece é que estes subsídios são atribuídos apenas a residentes em território nacional, isto é, os cidadãos nacionais que residem em Portugal e os cidadãos estrangeiros com autorização de residência.

Poderá ter sido esta a situação que abrangeu a referida utente chinesa. Outras quatro utentes, de nacionalidade portuguesa, não se mostraram satisfeitas com o tipo de apoio no que toca a esta matéria, segundo os depoimentos a seguir: “... *em Portugal, se ficarmos parados quatro meses, o nosso salário é pago na totalidade, se forem cinco meses já só 80% do nosso salário é pago e, se estivermos seis meses, não nos pagam*” (AA Portugal) e ainda “*Esperava ficar um ano em casa e receber como se estivesse a trabalhar. Era uma boa ajuda, era mesmo bom, porque eu até estava para escolher cinco meses mas depois só recebia 80% e com as contas todas para pagar torna-se complicado. Portanto, o que eu esperava era ficar com mais tempo em casa [pago com subsídio]. Era o que me dava mesmo jeito*” (AA Portugal); “*Por exemplo, o estado português dá a escolha de ficar cinco meses de licença mas pagam entre 100% ou 80%, se o pai ficar ou não. Acho que deviam pagar sempre os 100%*” (BG Portugal); “... *eu acho errado da parte do estado não dar abono de família ou subsídios a algumas pessoas, pois nós estamos a ficar com uma população envelhecida. Não sei quem é que eles querem que vá trabalhar para dar a reforma aos idosos. Acho que é uma péssima política*” (BO Portugal).

○ **Licença de maternidade**

No que respeita à licença de maternidade mas relativamente à sua duração, três UR pertencentes a duas mães portuguesas e uma Bielorrussa mostram o seu desagrado. Duas mães referiram que: “*Fazer pelo menos seis meses de licença de maternidade, era o que eu esperava e sugiro, até porque o leite materno deve ser dado pelo menos durante seis meses porque é o que dizem os médicos, que no mínimo deve ser dado até aos seis meses. Na Bielorrússia normalmente é dado até um ano ou um ano e meio*” (BX Bielorrússia); “... *acho que a licença de maternidade devia ser um ano porque eu vou trabalhar quando ela tiver cinco meses, depois perdemos coisas que eles fazem durante o primeiro ano, a primeira palavra, o primeiro passo e acabamos por não estar presentes para os poder acompanhar. Neste caso ela não vai para o infantário, mas vão crianças tão pequeninas para o infantário*” (BH Portugal). Também Guerreiro, Lourenço e Pereira (2006) defendem que, para além do alargamento do tempo de licença para assistência à família preconizado por lei, existem outros exemplos de medidas que podem melhorar as já existentes, como por exemplo: manter os salários dos trabalhadores sem reduções, conservar o mesmo posto de trabalho e o direito a

promoções, redução do horário de trabalho para o aleitamento/prestação de cuidados após o nascimento da criança e a flexibilização do horário para o apoio à essa mesma criança. Na verdade, o máximo de licença que é concedida são 180 dias, sob condições especiais e pagos a 83% da remuneração de referência (Portal do Cidadão, 2013), o que não correspondeu minimamente às expectativas destas utentes.

- **Usufruto de licença de maternidade simultaneamente por pai e mãe**

Nesta subcategoria, emergem somente duas referências por parte de uma mãe portuguesa. Segundo o Portal do Cidadão (2013), a licença de maternidade pode ser partilhada pelo pai e pela mãe, pago a 100% na situação de 120 dias seguidos ou 80% no caso de 150 dias seguidos, o que constitui motivo de preocupação para algumas famílias face aos encargos familiares a que estão sujeitas. Uma participante defendeu que a licença de maternidade deveria ser gozada pelo pai e pela mãe em simultâneo, não vendo qualquer vantagem em estar o pai sozinho em casa: *“O pai em casa sozinho não ajuda em nada, também acho que deviam ser os dois em casa, o que o marido faz em casa sozinho? Nada, nem amamentar nem nada”* e ainda *“Na minha opinião acho que devia ser os cinco meses para a mãe. Ou esse último mês ser os dois em casa [pai e mãe]. Eu vou ficar os cinco meses mas em termos de pagamento já é diferente, pagam menos durante os cinco meses”* (BG Portugal). Na verdade, no caso de gozo de 150 dias, o subsídio a ser pago poderá ser de 100% da remuneração de referência, mas para isso é preciso que um dos pais goze em exclusivo pelo menos 30 dias seguidos (Portal do Cidadão, 2013).

- **DEVIDO À BAIXA REPRESENTATIVIDADE EM TERMOS DE UR, AQUI FALTARAM POR ORDEM DE APRESENTAÇÃO:** Comparticipação de despesas com a maternidade; Benefícios fiscais, Estímulo profissional; Maior valorização da natalidade em detrimento do aborto; Tornar gratuitas algumas vacinas importantes que não pertencem ao PNV.

» **Tempo de espera adequado para atendimento da grávida no hospital ou centro de saúde**

O tempo de espera no atendimento à grávida no centro de saúde e hospital é referido em 15 UR como sendo exagerado, originando desconforto e motivo de insatisfação. De acordo com o estudo levado a cabo por Casas-Novas e Batanete (2012), as expectativas dos utentes no que toca à celeridade no atendimento adquire um destaque de relevância quando questionados acerca da humanização dos cuidados de saúde. Tal como nos refere Coimbra et

al. e Cruz e Melleiro, cit. por Mendes et al. (2013), o tempo de espera para serem atendidos é gerador de insatisfação nos utentes. As mulheres deste estudo deram relevo à demora no atendimento e não viram as suas expectativas correspondidas, como se pode constatar pelos seguintes relatos: *“É horrível esperar três horas para ser atendida quando está muito calor. Estão todos na mesma sala de espera, porque o hospital A não é a maternidade (no Hospital A as grávidas são atendidas na urgência geral), portanto juntam-se todos na mesma área. Todos os utentes de várias áreas juntam-se na sala de espera, que é a mesma. Acho horrível e não estava à espera que fosse assim”* (BS Rússia); *“o que eu acho errado e não estava à espera é que uma mulher que está grávida e que venha para o hospital com uma gravidez de risco, tenha de ficar muitas horas de pé à espera para ser atendida”* (AX Brasil); e *“Sim, temos de esperar muito tempo no hospital para ser atendida e lá [na Ucrânia] não é assim. Não estava à espera que fosse assim”* (BA Ucrânia). Das 15 UR verificadas, apenas três são de utentes portuguesas e temos como testemunho disso o que nos revela uma delas: *“demorava muito tempo à espera das consultas e isso eu não contava que se passasse”* (BM Portugal).

» Acompanhamento de especialistas no centro de saúde e na maternidade

O acompanhamento de especialistas no centro de saúde e na maternidade era esperado mas não ocorreu. Foi, portanto, um motivo de insatisfação para quatro utentes, sendo apenas uma delas de nacionalidade portuguesa. Das 11 UR existentes, seis delas pertencem a uma mulher canadiana que enalteceu a figura da parteira como sendo de importância fulcral em todo o ciclo gravídico-puerperal. Segundo Jacques cit. por Martins (2011, p. 33), *“as parteiras construíram a sua profissão baseada na noção de ajuda e de acompanhamento”*. Conforme Carneiro (2008, p. 75), *“o saber era de natureza experiencial, o que se sabia era aprendido em situação de companheirismo, praticando-se, neste caso, junto de parteiras mais velhas, de cuja prática se fazia normalmente prova”*. Assim sendo, *“no passado o parto ocorria em ambiente domiciliar, onde a mulher normalmente era assistida por uma parteira de confiança e apoiada pela presença dos seus familiares, porém para redução das taxas de mortalidade materna e infantil, ocorreu a institucionalização hospitalar do parto”* (Silva, 2010, p. 15). A Organização Mundial de Saúde cit. por Martins (2011, p. 230), identifica *“a enfermeira especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica ou parteira como a profissional de saúde mais indicada para acompanhar a gravidez e o parto normal, para avaliar os riscos e para reconhecer sinais de complicações”*. Outra utente teceu comparação do seu país com Portugal: *“Esperava ter uma parteira. Senti falta da parteira, porque no meu país, as parteiras*

acompanham muito e têm uma relação entre elas e a mãe, porque está a acompanhar a mãe, antes e depois. Sinto falta, acho que para mim tinha-me dado mais confiança depois de a minha filha nascer se eu tivesse tido uma parteira antes e depois, uma pessoa que tivesse seguido tudo. Tinha sido completamente diferente, e eu gostava de ter tido essa oportunidade, eu não me importava de pagar para poder ter tido essa opção, mas nem sequer tive essa opção” (AY Canadá).

Como é referido por Martins (2011, p. 204), em Portugal “a organização e o funcionamento dos serviços de saúde não permitem que a enfermeira especialista que trabalha, exclusivamente, no Centro de Saúde, possa seguir a mulher também no hospital e seja ela a realizar o parto”. Ainda segundo a mesma autora, o ideal seria que “a enfermeira que acompanhou a mulher durante toda a gravidez e que estabeleceu com ela uma relação especial, a acompanhasse durante todo este processo (antes, durante e após o parto)” (Martins, 2011, p. 204).

Outro testemunho da mesma mulher imigrante reforçou a importância da figura da parteira e venceu mais uma vez a diferença encontrada em Portugal em relação ao seu país: *“No Canadá a parteira faz tudo o que a médica obstetra faz, só não faz quando há uma anomalia no bebé. Numa gravidez normal, é a parteira que faz tudo. Toda a vigilância, todos os rastreios no início da gravidez para ver se a mulher tem alguma alergia, análises. A parteira é que tira o sangue e que envia para a clínica. A mãe recebe os resultados em casa no correio, mas a parteira faz toda essa vigilância, não precisamos de ir a um consultório médico. Só se houver alguma coisa fora do normal. Nesse caso nós temos que ir a um médico obstetra, mas a parteira segue-nos na mesma. A parteira está sempre presente, independentemente de não ser um parto como nós imaginávamos, e se temos que fazer uma cesariana ela está lá” (AY Canadá).*

As restantes UR pertencentes a esta mesma subcategoria manifestam o desagrado das utentes por não terem tido acompanhamento por profissionais especialistas em determinadas alturas, nomeadamente obstetras e pediatras.

» **Maior valorização da presença do pai**

○ **Criar condições físicas para a sua presença**

A falta de condições físicas que propiciem a presença do acompanhante também foi evocada por outras duas utentes imigrantes como forma de desvalorização da presença do mesmo. Segundo uma participante canadiana: “... *eles explicaram-me que não tinha espaço*

físico para o pai. Eu não concordo, porque no início disse, pronto, está bem. Imaginava que a sala de partos fosse muito pequena, mas estavam lá enfermeiros que não estavam a fazer nada [para o meu bem], estavam a ver, a assistir ao parto, para aprender. E eu acho mais importante ter lá o pai...”; “... mais importante do que eles era estar o pai presente. Eu acho que o hospital deveria ir mais ao encontro das necessidades da mãe, porque o bebé está dependente da mãe para viver. Porque a mãe é que vai alimentar, a mãe é que vai cuidar. Assim sendo, o bem-estar dela deveria ser prioridade. Eles deveriam reunir as condições necessárias para ir ao encontro das necessidades da mãe. Eu acredito que haja mulheres que possam não querer o marido presente mas eu quis e eles tinham que reunir essas condições. Seja parto normal ou seja cesariana. O pai deveria poder estar lá se quisesse, e se a mãe quisesse”; “... no momento mais crítico no qual nos tornamos tecnicamente uma família, o pai não esteve presente. O pai não esteve presente devido à falta de condições facultadas pelo sistema de saúde” e ainda “Foi uma tristeza, tristeza autêntica. Senti-me triste, porque a nossa família é constituída por três pessoas: eu, o meu marido e a minha filha, e no momento mais importante, ele não esteve presente. Para mim, isso não faz sentido. Só fez com que eu ficasse triste e ele triste. Então, estávamos os dois tristes quando a nossa filha veio para este mundo? Acho que eles podiam ter reunido condições, tinha espaço para ele lá estar, e ele deveria lá estar. E acho que o hospital tem que rever seriamente os seus protocolos, para ir mais ao encontro das necessidades destas famílias novas” (AY Canadá). Por último, fica também o testemunho de outra imigrante a esse respeito e que referiu: “Era bom que em todas as maternidades se pudesse oferecer a possibilidade de estarem acompanhadas [pelo marido] ” (AC Ucrânia). É sem dúvida um conjunto de relatos com uma carga emocional muito grande e que levam a ponderar se efetivamente o obstáculo seriam as condições físicas ou a pouca vontade dos profissionais em criar condições para o efeito. Segundo Guerra (2010, p. 14), com o fenómeno da institucionalização do parto “as estruturas físicas e as rotinas hospitalares instituídas procuraram atender mais as necessidades dos profissionais envolvidos do que as das parturientes e suas famílias”. Para Chambel (2014, p. 49) “a inadequação das instalações para permitir a presença de acompanhantes, por vezes não será mais que uma desculpa para não introduzir mais uma alteração nas nossas rotinas, já que a presença dos acompanhantes podem ser incómodas para os profissionais”.

- **Considerar útil a sua presença**

A valorização da presença do pai em maior escala foi defendida por três mães, todas imigrantes e que viram as suas expectativas defraudadas, como se pode ver, por exemplo, pelo

testemunho de uma delas, por sentir que o pai do seu filho era um empecilho: “... a diferença entre as duas maternidades até foi o meu marido que comentou, que na maternidade M. ele sentiu que parecia que fazia parte da equipa de partos, explicaram tudo, sentiu-se bem integrado. Aqui nesta maternidade sentiu que parecia que era ele que estava a perturbar tudo. Estavam sempre a dizer: *chegue-se para aqui, saia deste lado, porque desse lado tinham os armários, doutro lado tinham os aparelhos. Ele não tinha um lugar próprio como na maternidade M, que está preparada com uma cadeira onde ele está sentado ou em pé e nesse espaço ninguém mexe, é o espaço dele. Na maternidade A. tinha sempre que mudar de posição, sempre de um lado para o outro e estavam sempre a dizer: ‘chegue-se para aqui, agora para ali, agora saia daí, agora vá para ali’ e ele sentiu-se um empecilho. Parecia que nem sabia para onde podia ir e ele até disse: ‘para onde me hei-de virar?’ Em termos de informação eles não nos ajudam. Parece que eles estão a fazer o trabalho deles e nós estávamos a fazer o nosso trabalho, cada um por si. Sentimo-nos mais ou menos assim” (BS Rússia). Segundo Benner cit. por Coutinho (2004, p. 33), o enfermeiro deve “dar suporte afetivo e informar as famílias relativamente à evolução do trabalho de parto”. Para além disso e ainda segundo a mesma autora “a presença do marido/acompanhante durante o trabalho de parto é importante para diminuir os níveis de ansiedade de muitas grávidas” (Coutinho, 2004, p. 33). A experiência desta utente e do seu companheiro não foi ao encontro do referido pela anterior autora e nem com o que Chambel (2014, p. 13) defende: “a presença de um acompanhante pode ter significativa importância não só na segurança e bem-estar do doente e família, mas também pode ter reflexos positivos no trabalho dos profissionais”. Também Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005, p. 1325) são da mesma opinião e referem: “A presença do acompanhante, escolhido pela parturiente, considerada pela maioria dos profissionais como um “problema”, pode se transformar numa oportunidade para que o serviço também se beneficie dessa presença”. Neste caso concreto pareceu que o trabalho dos profissionais foi afetado negativamente ao ponto de estarem constantemente a fazerem-no sentir um empecilho.*

» Acompanhamento domiciliário médico ou de enfermagem

Não só o acompanhamento no centro de saúde e maternidade é foco de atenção no que toca à insatisfação das utentes como também a falta de acompanhamento domiciliário médico e de enfermagem. Nesta categoria, constam oito UR, sendo cinco de mães imigrantes. Conforme uma participante: “*Seria bom ter em Portugal a vigilância domiciliária por parte do médico como temos na Ucrânia, estando já no programa deles*” (AC Ucrânia). Outra

participante relatou: *“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 só a falar da gravidez, mas também no pós gravidez. Era bom ter-se uma enfermeira a explicar o que se deve fazer, apesar de se ter tido formação na maternidade, o que para mim foram poucas, não sei se é por causa de haver muitas grávidas, mas deveria haver pelo menos uma enfermeira a ir às nossas casas ver se estamos a cuidar bem do bebé”* (AQ Portugal).

Segundo a CIPE, cit. por Sim-Sim, Barros e Martins (2012, p. 2), ‘Cuidado domiciliar’ ou visita domiciliária significa:

Cuidado holístico prestado ao cliente no seu próprio ambiente, para diversos ambientes de saúde, utilizando uma abordagem multidisciplinar que envolve o doente, a família e os prestadores de cuidados, transferindo aptidões para maximizar aquilo que as pessoas podem fazer por si próprias mas proporcionando aconselhamento, monitorização e apoio ao cliente e aos prestadores de cuidados.

Pacheco (2012, p. 18) destaca que, “A OMS e a UNICEF recomendam visitas domiciliárias na primeira semana de vida para diminuir a mortalidade e morbidade dos recém-nascidos”. Na verdade “a visita domiciliária realizada por um enfermeiro não é ainda uma prática sistemática no nosso país, mas vários estudos têm evidenciado que o mesmo tem um papel fundamental ao nível do desenvolvimento de competências parentais nos cuidados às crianças e com importantes implicações a longo prazo” (Rodrigues, 2011, iii). Mesmo tendo em conta o anteriormente referido, “os programas de visita domiciliária são, contudo, uma realidade muito restrita em Portugal” (Rodrigues, 2011, p. 14). No Brasil, por exemplo, as visitas domiciliárias são vistas como uma medida que evita a necessidade de deslocação de uma pessoa à unidade de saúde, no caso de se ver impossibilitada de se deslocar em virtude de doença, falta de tempo, numa situação de desconforto e etc. (Mandú, Gaíva, Silva & Silva, 2008). Estas visitas são também consideradas “instrumentos de trabalho preciosos no cuidado estratégico da saúde das famílias, devendo ser utilizadas nas mais diferentes formas de acompanhamento de seus membros, em suas situações peculiares de saúde-doença e nos diferentes momentos do seu ciclo vital” (Mandú et al., 2008, p. 136). Um desses momentos é, sem dúvida, a fase que sucede a saída da maternidade, em que tantas dúvidas e receios surgem na recente mãe, necessitando mais do que nunca do auxílio de profissionais que a possam ajudar.

Como referiu uma participante, “*no primeiro mês, médicos ou enfermeiros deveriam ir a casa, para saber se come bem [o bebé], para pesar, porque é o mês mais perigoso e então deviam dar mais acompanhamento domiciliário*” (AT Argentina). Esta necessidade de ajuda vem ao encontro do referido por Filipe (2011, p. 24) quando afirma que,

de acordo com estudos de vários autores (Cruz e Bourget, 2010; Lacerda, 2010; Mandú, 2008; Pinto, 2008), a visitação domiciliária deve ocorrer o mais precocemente possível e ao longo do ciclo vital, nas alturas de maior mudança e adaptação a novos papéis familiares, de modo a dotar as famílias de instrumentos que as façam ultrapassar de forma saudável essas crises.

A importância da mudança na maternidade é também frisada por Lowdermilk, Perry e Bobak, cit. por Rodrigues (2011, p. 5): “tornar-se mãe gera um período de mudança e instabilidade nas mulheres que decidem ter filhos”, originando só por si uma necessidade acrescida de ajuda que estas utentes referiram não ter tido.

» **Acesso rápido à consulta no centro de saúde e hospital**

O acompanhamento da gestante é feito, regra geral, nas consultas de vigilância pré-natal existentes nos Centros de Saúde, excetuando o caso de uma gravidez de risco em que esta vigilância é feita em contexto hospitalar (Martins, 2004). Uma das causas de não concretização das expectativas referem-se a essas mesmas consultas e ao seu acesso lento ao centro de saúde e hospital e como é referido por Cotta *et al.* cit. por Mendes *et al.* (2013, p. 23), “a dificuldade no acesso a marcações de consulta gera insatisfação nos utentes”. Como prova disso, temos o seguinte testemunho acerca do longo tempo de espera: “*A única coisa que eu tenho a dizer é que a espera da consulta para o hospital A demorou um bocado, demorou mais ou menos dois ou três meses para me chamarem para o hospital A. Eu tive a consulta em Abril e já estava grávida desde Outubro, entretanto vim à médica e a médica pediu a consulta por causa da tensão [arterial]*” e ainda “*...sim [tive a tensão alta logo na primeira consulta] e entretanto só em Abril é que fui chamada para ir ao hospital A*” (BG Portugal). Outro relato revelou a insatisfação nesse âmbito: “*Eu esperava ser logo atendida e ter uma consulta no primeiro dia em que cheguei aqui a dizer que estava grávida [e não tive]*” (DD Cabo Verde). Deste modo, “a satisfação com as unidades de saúde é um parâmetro importante a medir por condicionar o acesso aos cuidados de saúde e a adesão às consultas, mais concretamente, às consultas de vigilância pré-natal” (Martins, 2011, p. 363-364). De acordo com os dados apresentados pelo Observatório Português dos Sistemas de Saúde cit. por Henriques (2012), o tempo médio de espera de acesso a uma consulta de especialidade é

de 361,5 dias, o que, no que concerne à maternidade é sem dúvida um tempo exagerado e descabido. Outra mulher de nacionalidade holandesa manifestou o seu descontentamento relativamente à demora em obter uma consulta, como se pode ver em uma das suas três UR: “*demorei seis semanas até ter uma consulta no Centro de Saúde*” (CD Holanda). Apesar do seu desagrado relativamente ao tempo de espera pela consulta, este facto contrasta com a satisfação no que toca ao número de consultas e exames realizados em Portugal, referido por uma mãe também holandesa, no estudo levado a cabo por Coutinho e Parreira (2011, p. 90-91). Neste relato pode-se ler: “comparativamente à Holanda, esta mãe revelou que em Portugal há maior vigilância de saúde, com a realização de mais consultas, mais exames de diagnóstico e mais ecografias”.

» **Boas condições hospitalares**

O desejo de condições hospitalares menos hostis foi manifestado por duas utentes imigrantes, em que uma delas (canadiana) referiu preferência por ter tido o parto em casa mas com condições hospitalares que lhe proporcionassem o mínimo de segurança ao nascimento do seu bebé ou, ter o parto em meio hospitalar mas num ambiente o mais natural possível e com as condições existentes no domicílio: “*Queria estar [durante o parto] no hospital, mas queria música ambiente, não queria tanto a estética de um hospital... Como se fosse em casa, mas ter lá profissionais de saúde para dar auxílio se fosse preciso*” e ainda “*Queria ter [o parto] no hospital, só que num ambiente o mais natural possível. Com a música que a minha filha estava habituada a ouvir quando ela estava na minha barriga. Eu punha sempre música especialmente quando estava a trabalhar e não podia dialogar com ela, trabalhava ao computador. Punha aquela música que ela estava habituada a ouvir, gostava de ter tido essa oportunidade, infelizmente, eu caminhei e andei muito para tentar desenvolver o parto. Não consegui*” (AY Canadá). Na verdade, como nos diz Marques, Ferreira e Duarte (2013, p. 48), “as vivências do trabalho de parto e parto são condicionadas por elementos associados ao contexto institucional onde decorre e as condições ambientais proporcionadas”. A oferta em termos logísticos numa instituição hospitalar condiciona a satisfação de uma utente quando esta matéria se enquadra no seu leque de expectativas. Esta utente, apesar do seu desejo de ter o parto em casa, fez referência à importância em ter o bebé num local com profissionais de saúde de forma a darem o auxílio necessário. Esta afirmação vai ao encontro de Silva (2010, p. 54) quando refere que “nem todo parto é aconselhável acontecer em domicílio. Para se ter um parto domiciliário seguro é fundamental ser assistido por profissional responsável que possa identificar situações de verdadeira urgência e que saiba lidar com as mesmas”. Ainda

conforme Viisainen cit. por Santos (2012, p. 12), “o hospital permanece o local oficialmente reconhecido como adequado para o parto, com as condições e os profissionais necessários para que se controlem os riscos de forma próxima”. Outra mulher holandesa também manifestou o seu desagrado com as condições hospitalares quando afirmou: *“as instalações também fazem parte dos cuidados de saúde porque é onde estás quando tens o teu bebé...as instalações são muito velhas. Precisava de uma casa de banho em cada quarto e não de uma casa de banho em todo um corredor! Essas coisas são um problema nos cuidados de saúde”* (CD Holanda). Para esta utente mas noutra perspetiva, as condições físicas hospitalares não foram as mais favoráveis, gerando o seu descontentamento. A perceção destas duas mulheres imigrantes contrapõe-se ao verificado no estudo levado a cabo por Costa, Figueiredo, Pacheco, e Pais (2003, p. 54), em que é referido: “As condições físicas oferecidas pela instituição foram de encontro às expectativas da grande maioria das participantes (72,8%) e 23,7% avaliam-nas mesmo como melhores ou muito melhores do que esperavam e apenas 3,5% consideram que foram piores”.

» **Número de profissionais de saúde adequado**

A escassez de profissionais de saúde, quer médicos, quer enfermeiros, evidencia-se em três UR, apontadas apenas por duas utentes imigrantes como sendo causa de descontentamento. Num estudo levado a cabo por Rodrigues (2007), é referido que a insuficiência dos recursos favorece a redução da qualidade do atendimento em saúde, no qual é realçada a falta de pessoal, tendo como consequência a rutura dos serviços em situação de maior afluência, aumentando o descontentamento dos utentes. De acordo com o Ministério da Saúde cit. por Ribeiro (2012, p. 3), “a despesa com saúde tem vindo a crescer, em média, 6% desde 2002 a 2010, perfazendo um total de aplicação de fundos em cerca de 9.154,2 milhões de euros, em que a despesa com unidades hospitalares representa cerca de 50% em média (no período citado)”. Este aumento progressivo da despesa em saúde tem levado a cortes orçamentais, abrangendo inevitavelmente os profissionais de saúde, promovendo a baixa da qualidade dos cuidados prestados, sendo percecionada pelos utentes como geradora de descontentamento. Este estado de descontentamento foi revelado por uma participante: *“Sinto que há poucos enfermeiros a trabalhar para o número de mulheres que há e esperava que houvesse mais”* (AY Canadá); e por outra quando referiu: *“Acho que em todos os hospitais deveria haver mais médicos”* (AT Argentina).

» **Tempo de permanência hospitalar**

Passando a outra subcategoria reveladora de desagrado das mães, temos a alta precoce como sendo um ponto negativo a ser tido em conta. Como afirma Prata (2009, p. 12), “as altas das puérperas nas maternidades nos partos eutócicos praticam-se precocemente, quarenta e oito ou setenta e duas horas pós-parto”. Ainda segundo a mesma autora,

as mães que vivenciam esta experiência pela primeira vez e que podem apresentar maiores necessidades de esclarecimento, deixam assim de poder partilhar permanentemente as suas dúvidas, geradoras de ansiedade, com um profissional com competência para as esclarecer, minimizando ou eliminando estas causas de mau - estar e promovendo a sua saúde (Prata, 2009, p. 12-13).

Partilhando da mesma opinião, outra autora refere que “com a prática cada vez mais recorrente de alta precoce das puérperas de parto por via vaginal, após quarenta e oito horas, que se verifica na maior parte das maternidades portuguesas, não lhes é permitido o esclarecimento de todas as dúvidas durante a sua estadia” (Pereira, 2012, p. 53). Seis UR demonstram que esta é uma realidade em Portugal, sendo que pertencem a apenas uma utente de nacionalidade brasileira (AW Brasil), como se pode ver a seguir: “*Outra coisa em que eu esperava que tivessem mais cuidado, é na rapidez com que dão alta as mulheres para terem lugar para as outras grávidas e isso pode causar muitos problemas com as mães e com os bebés, infeções e etc. ... Não aconteceu comigo mas já vi casos assim. Eu tive o bebé na sexta à noite e segunda de manhã estava em casa. Como correu tudo bem deram-me alta mais cedo mas acho que numa cesariana...*”; “*Eu considero que deveriam ter mais cuidado com as altas [precoces] ”*; “*Considero que deveriam ter mais cuidado com as altas e fazem só umas perguntas e analisam, para ver se está tudo bem*”; “*E acho que o exame que se faz na hora não é tão fidedigno para a pessoa ter alta tão cedo. Agora nascem e vão quase logo para casa*”; “*Eu acho que se tudo correu bem, em caso de cesariana, as mulheres deveriam estar internadas quatro dias e num parto normal três dias, porque pode haver problemas com os pontos e eu levei muitos*” e ainda “*... o tempo de internamento deveria ser revisto, era o que eu esperava, e quando fossem analisar a alta, analisar com mais cuidado*”.

» **Organização**

No que diz respeito ao fator organização ao nível do SNS, emergem três UR relacionadas com as mães imigrantes. Uma mãe Russa referiu descontentamento, não especificando, no entanto, a que nível, como se pode verificar nos seguintes depoimentos: “*a organização do centro de saúde e dos hospitais, é tudo péssimo, funciona pessimamente.*

Estava à espera de mais”, “em termos de organização [do sistema de saúde] podia melhorar bastante” e “Sim, o profissionalismo não é questão, a única questão é a organização do sistema de saúde que deixa muito a desejar” (BS Rússia). Este facto está de acordo com os resultados obtidos no estudo de Carvalho (2013, p. 88) em que é referido que: “na dimensão “Organização dos Serviços” onde apenas 48,6% se encontram satisfeitos”.

»» **Grupo ‘não esperar nada do SNS’**

Como já foi referido anteriormente, foram encontrados relatos de quem nada esperava receber do SNS, por motivos vários, não sendo possível obter o feedback em termos de satisfação devido a ausência de expectativas verificada. De salientar que das 11 UR pertencentes a esta subcategoria, nenhuma pertence a uma utente portuguesa, sendo todas imigrantes.

» **Sem motivo específico**

Apesar da fraca representatividade em termos de UR, será feita referência a quem não evocou nenhum motivo específico para justificar a ausência de expectativas acerca do SNS, tendo sido esta a subcategoria com mais testemunhos obtidos neste grupo. São as que se segue: “*Não esperava nada em termos de cuidados de saúde. Esperava apenas que o nascimento corresse bem e que o bebé fosse saudável, isso é que era importante*” (AC Ucrânia); “*Não esperava nada em termos de cuidados de saúde. Não está atrasado. Está tudo bem*” (AG Ucrânia); “*Eu não esperava nada em termos de cuidados de saúde*” (AN França) e, por último “*... não criei nenhuma expectativa do que iria receber em termos de cuidados de saúde*” (BB Ucrânia).

» **Por não ter termo de comparação**

Três mães imigrantes referiram não terem termo de comparação relativamente ao SNS e o sistema de saúde dos seus países, não tendo por isso expectativas. Os testemunhos são os que se seguem, começando por uma imigrante brasileira: “*Em relação a isso não posso falar muito ou esperar porque não sei. Não posso mesmo comparar porque não sei. Eu saí de lá com 12 anos e é muito difícil comparar as coisas daqui com as de lá. Como já lá não estou há muitos anos, não sei como funciona*” (BP Brasil). No estudo realizado por Coutinho e Parreira (2011, p. 91), esta comparação é feita: “as mães imigrantes brasileiras avaliaram o sistema de saúde público do seu país de origem e consideraram-no precário pela necessidade sentida de aí terem de recorrer a planos de saúde privados”. Deste modo, esta experiência em Portugal superou as suas expectativas, tendo em conta a qualidade de cuidados que receberam. Outra

referência foi a de uma utente chinesa, que afirmou: “*Não posso fazer comparações acerca disso. Já estou há tanto tempo cá e não tenho nenhuma informação acerca do sistema de lá, por isso, nada posso esperar*” (CW China). Constata-se uma baixa taxa de utilização pela comunidade chinesa residente em Portugal dos serviços de saúde em termos preventivos, recorrendo apenas em casos de urgência, optando na maioria das vezes por recorrer à farmácia e automedicar-se (Marreiros, 2010). Este facto pode favorecer um maior desconhecimento acerca do sistema de saúde português, aliado ao já manifestado desconhecimento do sistema chinês, dificultando o termo de comparação. Resta o relato de uma ucraniana: “*Não sei porque não tive bebé na Ucrânia e não posso dizer o que esperar com certeza pois não tenho comparação*” (DA Ucrânia). Fazendo novamente alusão ao estudo efetuado por Coutinho e Parreira (2011, p. 95), o grupo de mães ucranianas estudadas “compararam o sistema de saúde português com o ucraniano e revelaram que na Ucrânia todos os cuidados de saúde são pagos, incluindo os cuidados de saúde materna e obstétrica”, revelando-se surpresas pela qualidade dos cuidados de saúde em Portugal (Coutinho & Parreira, 2011). Neste grupo de ucranianas, houve termo de comparação pelo conhecimento prévio que já tinham do seu país de origem, o que não aconteceu com a utente participante neste estudo.

» **Desconhecimento do funcionamento dos serviços de saúde**

Duas utentes de nacionalidade brasileira alegaram o desconhecimento do funcionamento dos serviços de saúde para justificar a falta de expectativa, dizendo que: “*Não esperava nada [do sistema de saúde Português] porque não sabia como funcionava*” (AD Brasil) e “*Que cuidados esperava? Eu não tinha noção do funcionamento do sistema e por isso eu não estava assim à espera. Não tinha noção do que esperar*” (CP Brasil). De acordo com a informação do Relatório Anual do Observatório de Acesso à Saúde nos Imigrantes da Rede Internacional Médicos do Mundo de 2007, referido por Chauvin e Parizot cit. por Bäckström (2010, p. 1), os impedimentos mais frequentes ao acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde referem-se ao “desconhecimento dos seus direitos, dos locais onde se devem dirigir para receber esses cuidados, ao custo dos tratamentos, às dificuldades administrativas, ao medo de uma denúncia, à discriminação e às barreiras linguísticas e culturais”. Não é portanto de admirar que estas duas mães imigrantes desconhecessem tudo o que diz respeito ao SNS. Outros autores referem que um dos principais motivos que levam os imigrantes a nunca terem utilizado o SNS é precisamente “o desconhecimento dos procedimentos de utilização dos serviços de saúde” (Dias, Gama & Horta, 2010, p. 42).

» **Por já conhecer as diferenças**

Outra utente, desta vez de nacionalidade ucraniana, relatou não esperar nada do sistema português uma vez que já conhecia as diferenças existentes, não constituindo por isso um fator gerador de expectativas, como se pode ver no seu relato: “... *não esperava nada do sistema de saúde português, porque sabia que havia diferenças entre o funcionamento de cá e o de lá da Ucrânia, por isso, não foi surpresa para mim*” (BA Ucrânia). Esta opinião manifestada por esta utente contrapõe a manifestada por outras mães da mesma nacionalidade, como é referido pelo estudo levado a cabo por Coutinho e Parreira (2011, p. 91), no qual se pode ler “as mães ucranianas se revelam surpreendidas pela qualidade dos cuidados de saúde portugueses”. Neste caso, as expectativas parecem ter sido superadas.

» **Por não estar a contar ter filhos**

Uma utente russa revelou não estar à espera de nada que se relacionasse com o SNS, alegando não estar a contar ter filhos: “*Não esperava nada em termos de cuidados de saúde e do sistema de saúde porque eu quando vim para aqui não era para casar nem ter filhos*” (BS Rússia).

2.2.2 - Expectativas da mulher portuguesa e da imigrante relativas aos profissionais de saúde, durante a gravidez, parto e pós-parto.

Dando início à análise da categoria ‘expectativas da mulher portuguesa e da imigrante relativas aos profissionais de saúde, durante a gravidez, parto e pós-parto’, entendeu-se também aqui que faria sentido dar evidência às expectativas ‘concretizadas’ e às ‘não concretizadas’, não esquecendo a referência de quem não criou nenhuma expectativa.

Relativamente às expectativas concretizadas, 42 UR compõem este grupo, sendo que a maioria (26) são de mães imigrantes. No grupo das expectativas não concretizadas, obtém-se apenas 17 UR, sendo que apenas uma delas pertence a uma mãe portuguesa. O último grupo que faz referência à falta de expectativas engloba apenas quatro UR, todas elas de mães imigrantes.

»» **Grupo ‘concretizadas’**

» **Satisfação com os profissionais de saúde**

Das 24 UR que fundamentam esta subcategoria, 12 delas pertencem a oito mães portuguesas e as restantes 12 dizem respeito a nove mães imigrantes. A maioria foi unânime em considerar a sua experiência com os profissionais de saúde para além daquilo que esperavam, gerando um alto grau de satisfação. Este facto está de acordo com o revelado no

estudo de Costa et al. (2003, p. 54), quando detetou que “ os cuidados prestados pelos profissionais de saúde foram de encontro às expectativas da maior parte das mães (65,8%) e 25,5% dizem mesmo que esses cuidados foram melhores ou muito melhores do que esperavam; contudo, 8,7% das participantes avaliam esses cuidados como piores ou muito piores comparativamente ao que estavam à espera”. Também Vicente (2009, p. 155) encontrou em seu estudo que “A maioria das participantes refere estar bastante ou muito satisfeita com o parto, referindo que o desempenho/apoio da equipa de profissionais de saúde foi o factor que mais contribuiu para essa satisfação”. Outras viram as suas expectativas concretizadas por terem recebido dos profissionais de saúde exatamente aquilo do qual estariam à espera, não especificando porém em que medida, apenas demonstrando satisfação tendo em conta aquilo que receberam. Segundo Johansson et al. cit. por Guerra (2010, p. 17), “a insatisfação surge quando as expectativas não são atingidas ou cumpridas”, o que vem corroborar a ideia de que estas utentes receberam aquilo que almejavam pelo grau de satisfação demonstrado. Como nos diz Pereira (2013, p. 9-10),

a satisfação surge como uma atitude do sujeito face a um objeto, neste caso, consiste nos serviços de saúde nas suas várias vertentes, ou seja, os profissionais de saúde e outros, os cuidados prestados e os respetivos resultados, resultando a satisfação da avaliação que o sujeito faz em função da realização das suas necessidades, expetativas e resultados obtidos.

Num estudo realizado pela mesma autora, é revelado que a maioria das utentes classifica como excelente os cuidados prestados pelos enfermeiros e consideram a profissão de Enfermagem como sendo de grande competência e de elevado conhecimento técnico e científico (Pereira, 2013). Este resultado foi ao encontro da opinião de uma participante quando refere: *“Eu acho que não podia esperar mais... foi até melhor do que eu imaginava; foi tanto o que eu recebi dos enfermeiros que não senti falta de vir mais vezes para o centro de saúde, achei que estava bem e não precisava de incomodar mais gente”* (AF Brasil). Também outra utente afirmou ter ficado muito satisfeita não só com enfermeiros mas também com médicos: *“Superou a expectativa, tanto a médica como os enfermeiros”* (BG Portugal). Outra mãe portuguesa também relatou o mesmo em duas UR: *“Esperava mais frieza e não tanta dedicação, porque lidam com crianças e grávidas todos os dias. Superou as minhas expectativas”* e *“... eu tinha a ideia que os enfermeiros ou os médicos não mostravam tanto afeto e foi mais do que eu esperava”* (BK Portugal). Para Santiago (2009, p. 66-67), “o facto de as mulheres imigrantes não serem compreendidas ou serem mal interpretadas nos seus

costumes, por parte dos profissionais de saúde, faz com que os cuidados de saúde oferecidos no país de acolhimento, não deem resposta às suas expectativas e necessidades de saúde”. Por outro lado é defendido por Sousa cit. por Reis (2012) que, no que diz respeito à peculiaridade dos imigrantes ucranianos residentes em Portugal, salienta-se a necessidade de ponderação relativamente às fragilidades e rutura no âmbito psíquico, cultural e afetivo, em virtude de se encontrarem sozinhos e apartados do meio familiar. Felizmente para uma imigrante ucraniana nada disto aconteceu, pelo contrário, os seus testemunhos indicaram contentamento pelos cuidados recebidos pelos profissionais e que superaram o expectável: *“Vou ser sincera, quando cheguei a Portugal não pensava que havia bons médicos e superou as minhas expectativas”* e ainda *“pensávamos que na Ucrânia era melhor. Como já estamos aqui há tantos anos, agora nós pensamos que aqui está a um nível mais elevado”* (AZ Ucrânia). Os relatos abaixo evidenciam a satisfação com os cuidados recebidos: *“Eu fiquei surpreendida. A minha experiência foi bastante positiva. Tive sempre profissionais compreensivos e competentes, mas eu tive muita sorte, não tive razão de queixa. Ultrapassaram as minhas expectativas. Eu hoje, se voltar a engravidar, não vou ter receio porque sei os cuidados que vou receber. São muito cuidadosos e pacientes”* (AO Congo); *“Tudo impecável. Eu acho que até foi além das minhas expectativas”* (AV Portugal); *“Mas surpreenderam-me, porque há muitos médicos que poderiam não se preocupar tanto com as gravidezes”* (BJ Portugal); *“não esperava tantos cuidados e nem tanta informação e recebi bem mais...”* (BQ Moldávia); *“... o que esperei dos profissionais portugueses no início...foi menos do que recebi”* (CD Holanda); *“... esperava que ia correr tudo bem e que não ia ter o azar de ter aqueles menos profissionais e assim foi”* (CE Portugal); *“Isto foi um luxo para mim porque eu não estava nada à espera de ser tão bem tratada”* (CL Portugal); *“As pessoas falavam, muita gente falava 'os médicos brasileiros são bem melhores que os portugueses!' mas eu não achei diferença nenhuma não! Pelo contrário, achei que eram melhores!”* (CP Brasil); *“Eu não sei bem explicar mas tudo o que eu esperava eu recebi dos profissionais de saúde”* (BR Rússia); *“... correu tudo conforme o esperado”* (BV Brasil); *“...o que eu esperava, por acaso, obtive: simpatia, cuidados pormenorizados em todos os sentidos, fizeram tudo o que eu precisava, tiraram-me as dúvidas todas, explicaram-me tintin por tintin o que eu precisei e pronto”* (CQ China).

» **Bom atendimento**

É referido por Maldonado cit. por Marques (2012, p. 39) que “por melhor que seja o atendimento oferecido no hospital o desconhecido inerente a este espaço fará sempre emergir

na mulher sentimentos de angústia, ansiedade, insegurança, entre outros”. Sendo assim, a qualidade do atendimento e o conhecimento daquilo que os utentes esperam reveste-se de uma importância ainda maior com o objetivo de minimizar os efeitos negativos referidos anteriormente. Segundo Dias et al. (2010), o conhecimento da perceção dos utilizadores do sistema de saúde português acerca da qualidade do atendimento pelos profissionais é um indicador indispensável de qualidade para o seu melhoramento. Num estudo levado a cabo pelos mesmos autores, constatou-se que a perceção de mau atendimento aos imigrantes atingiu uma percentagem de 23,3% entre aqueles que referiram nunca terem utilizado o SNS, sendo que a maioria dos utentes tinham avaliado de forma positiva o atendimento dos profissionais de saúde, com ênfase aos enfermeiros.

Embora os relatos que se seguem não deem destaque a qualquer grupo profissional em especial, o facto é que revelam boa qualidade no atendimento por parte dos profissionais, como se pode constatar pelos depoimentos seguintes: “... esperava que os profissionais tivessem boa vontade e tiveram” e “... esperava essa boa vontade que tive da parte dos profissionais” (AA Portugal); “... das consultas esperava ser bem atendida como sempre fui”, “Tudo o que esperava foi feito! Acho que todos fizeram o serviço que deveria ser feito. Foi tudo bem explicado, muito bem feito, muito esclarecida e muito bem atendida” e ainda “Tudo o que esperava que fosse feito, foi! Que vigiassem bem a minha gravidez, que desse tudo certo, é isso que a gente espera” (AI Brasil). Outros depoimentos foram: “... eu esperava receber um bom atendimento e recebi” (AZ Ucrânia); “Esperava o que eles me deram porque sempre que precisava de uma consulta tive-a, tive a rotina e os cuidados todos que havia para ter de uma gravidez” (BC Portugal); “Esperava ser bem atendida como realmente fui” (CO França).

» **Profissionalismo**

A próxima subcategoria a ser analisada refere-se à satisfação encontrada a nível do profissionalismo demonstrado pelos profissionais de saúde. Apenas utentes imigrantes se manifestaram a esse respeito, nos relatos a seguir. De acordo com Hall e Kerr, Glinow & Schriesheim cit. por Duarte (2004, p. 65), profissionalismo “consiste numa série de atributos que são importantes para distinguir profissões de ocupações. Esses atributos podem ser de natureza atitudinal e/ou de natureza estrutural”. A mesma autora cita Fetzer e refere ainda que “o grau de profissionalismo pode variar em função da antiguidade na organização e em função da posição ocupada na organização” (Duarte, 2004, p. 65). Os enfermeiros e os médicos ocupam uma posição de destaque em termos profissionais nas instituições de saúde,

não admirando que sejam alvo das atenções de quem necessita dos seus cuidados e valoriza o seu empenho. O empenho profissional é um dos grandes atributos do profissionalismo, sendo esta uma característica fundamental num profissional de saúde, mas que nem sempre é encontrada. Felizmente para estas quatro utentes imigrantes, o profissionalismo esteve presente na pessoa dos seus cuidadores, como se pode ver pelos seguintes relatos: *“Eu esperava o melhor profissionalismo dos médicos e enfermeiros portugueses e assim o tive!”* e *“Mas aqui em Portugal eu esperava e tive o melhor dos médicos e enfermeiros”* (CR Guiné); *“Esperava receber ajuda profissional, como todos queremos receber dos médicos e enfermeiros, quer aqui quer lá. Mas aqui gostei muito. Esperava e tive profissionalismo. Quero ter mais bebés cá”* (CX Moldávia); *“Profissionalismo todos os médicos têm que ter, por isso, também esperava ter e tive”* (DA Ucrânia); *“Esperar ser bem tratada significa: ser bem assistida, ter uma assistência correta e não generalizada, profissional e com competência e assim aconteceu”* (CY Brasil). Para esta última utente, o profissionalismo encontrado revestiu-se também na forma de competência. Simões (2011, p. 75) acrescenta que *“sendo a competência um valor a respeitar na relação profissional é também um desafio e uma exigência ética face ao modo de revelar o profissionalismo”*.

» Ajuda dos profissionais de saúde

No que toca a ajuda recebida dos profissionais, três diferentes utentes referiram terem recebido aquilo de que estavam à espera, como se pode comprovar com os relatos a seguir: *“Esperava que os profissionais me ajudassem e ajudaram porque, por exemplo, eu não me podia levantar sozinha para ir à casa de banho, precisava de ajuda e tive-a”* (AA Portugal); *“... esperava também ajuda durante o parto, ajuda em tudo, ajuda de modo a que eu me sentisse bem, que estivesse bem e tive!”* (AC Ucrânia); e ainda *“Esperava dos profissionais a sua ajuda e tive”* (CS Ucrânia). *“Os cuidados de enfermagem quando prestados no contexto de uma relação de ajuda contribuem necessariamente, para a qualidade e a eficácia dos cuidados de saúde que se prestam à pessoa, à família ou à comunidade”* (Mendes, 2006, p. 71). Estas utentes favoreceram-se nitidamente de uma relação de ajuda que se estabeleceu entre elas e os profissionais de saúde.

De acordo com Chalifour cit. por Rocha (2008, p. 80), a Relação de Ajuda define-se como sendo uma *“interação particular entre duas pessoas, a enfermeira e o cliente, cada um contribuindo pessoalmente para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda apresentada pelo último”*. Como nos é referido por Coutinho cit. por Brandão (2010, p. 17), *“cuidar da parturiente é ajudá-la a crescer, na medida em que a ajudo a ultrapassar uma*

situação de sofrimento, podendo transformar o parto numa experiência única e inigualável para quem o vive”. As utentes mencionadas beneficiaram-se desta ajuda em particular, o que reflete o seu grau de satisfação com os profissionais que as cuidaram.

» **Comunicação e esclarecimento de dúvidas**

São várias as definições do conceito de comunicação. Uma delas é a de Jean Claude Abric cit. por Rodrigues (2007, p. 23) e que define comunicação “como o conjunto de processos pelos quais se realizam trocas de informações e de significações entre as pessoas numa dada situação social”. Uma das situações sociais ao qual o indivíduo é mais sensível e vulnerável diz respeito à situação de saúde/doença. No que toca à temática da comunicação e esclarecimento de dúvidas, apenas se obteve o testemunho de uma utente de nacionalidade brasileira, que se mostrou bastante satisfeita com o nível de esclarecimento acerca de tudo o que a envolveu. Sabe-se que “para além do fator língua, a falha de comunicação na saúde agrava-se quando àquele juntamos baixos níveis de literacia, pois é uma área em que é utilizada nomenclatura científica, desconhecida por grande parte das pessoas” (Pereira, 2014, p. 19). Para esta utente, o fator língua não foi obstáculo e nem a nomenclatura utilizada pelos técnicos de saúde, pelo menos no que se refere aos médicos, como se poderá constatar a seguir: *“esperava que os profissionais de saúde tirassem e explicassem as minhas dúvidas durante a gravidez porque eu estando aqui sozinha com o meu marido, e sem nenhum dos dois ter tido filhos ainda...Se tivesse família por perto era diferente, a gente sempre tem informação de todos. Claro que não como um médico, mas sempre tem... E eu consegui tudo o que precisava com os médicos”* e *“Quando se está grávida espera-se ser bem cuidada, que tenhamos as dúvidas esclarecidas e tudo isso foi feito”* (AI Brasil). O facto de ter sido caso único a satisfação desta utente imigrante no que concerne à comunicação, é motivo de maior atenção por parte do SNS, no sentido de ver aumentado o número de utentes usuários satisfeitos nesta matéria.

»» **Grupo ‘não concretizadas’**

Neste grupo destacam-se as subcategorias cujos relatos demonstram as expectativas não concretizadas relativamente aos profissionais de saúde.

» **Comunicação e esclarecimento de dúvidas**

Esta subcategoria destacou-se das demais com mais UR e fontes, sendo que apenas mães imigrantes se insurgiram no que respeita à comunicação ou falta desta, referindo também falhas acerca do esclarecimento. De acordo com a Inspeção Geral de Saúde cit. por

Rodrigues (2007, p. 12) “cerca de 30% das queixas registadas se enquadram na rubrica designada por ‘comunicação/informação’ do utente com os profissionais e a organização de saúde”. Segundo o mesmo autor, “nos últimos anos o Sistema Nacional de Saúde tem dado importância às questões da comunicação”, esperando que isto suscite uma maior participação do utente no seu estado de saúde (Rodrigues, 2007, p. 27). Também Rocha et al. (2010, p. 309) no seu estudo, afirmam que: “acredita-se também que a parturiente bem informada e segura terá uma experiência de parto mais tranquila”. Apesar deste esforço, o grau de satisfação destas mães foi influenciado pelas falhas de comunicação ainda existentes.

Para Ferreira cit. por Rodrigues (2007, p. 32), “diversos estudos demonstram que a comunicação deficiente contribui para a insatisfação dos utentes com a qualidade dos cuidados de saúde”. Esta afirmação apoia os relatos de quatro utentes imigrantes, como se pode verificar: “... gostaria que me tivessem dado essa informação porque eu pensava que isso era passado, que isso já não existia, mas depois o bebé começou a chorar tanto que o médico perguntou se eu o tinha posto a arrotar, e eu disse que não. O médico perguntou: 'Você não sabia?!' E eu: 'pensei que já nem faziam isso mais...’” (AD Brasil); “Esperava encontrar mais informações para me orientar”, “Esperava encontrar mais informação porque eu não sabia quando a mama estava cheio ou quando é que era suficiente o leite. Havia muitas dúvidas”, “Gostava de ter informação de um profissional, porque uma amiga diz uma coisa, a mãe diz outra e de um profissional é uma informação mais segura” e ainda “Esperava que os profissionais de saúde fossem mais comunicativos” (AT Argentina); “Eu queria que ela [enfermeira] me informasse, que me deixasse um pouco mais calma quanto à minha preocupação, mas ela não o fez” (AW Brasil); “no início, quando recorri ao serviço público de saúde eu tentei abrir diálogo sobre o que era melhor, e senti que não havia abertura às minhas perguntas por parte do médico. Os médicos podem ser muito bons, não ponho isso em questão, e o número das consultas... Tudo é muito bom, mas para mim não é, porque no meu país o utente tem que saber tudo. Os médicos têm uma obrigação enorme de dar informação, então eu estou habituada a ser uma pessoa muito informada do que está a acontecer. Era o que eu esperava”, “Abertura e diálogo era o que eu esperava porque as coisas estão sempre a mudar e acho que qualquer pessoa que tem um filho tem obrigação de saber exatamente o que se está a passar com o seu filho, e devia haver mais diálogo”, “a mulher chegar à consulta de vigilância de gravidez e dizerem que está tudo bem, acho estranho esse comportamento. Acho que quando o médico está a pedir análises, deve ser ele a dizer porque é que as está a pedir, porque é que quer ver os níveis disto, os níveis daquilo...

porque é que esse teste é feito. Quero ser informada. É um direito meu e não sinto que isso tenha acontecido cá”, “Sinto-me um bocado frustrada porque tenho que estar sempre a fazer perguntas, e eu não sou profissional de saúde. Posso não saber todas as perguntas a fazer. E gostava que fossem um bocadinho diferentes e mais comunicativos. Sinto muita frustração... pronto, eu entendo que durante muito tempo as coisas foram assim. Demoram a mudar, a evoluir, também tenho que ter alguma compreensão, porque “em Roma, sê romano” mas na saúde, acho que não se aplica assim tanto, porque a saúde é uma coisa séria! O nosso estado de saúde afeta toda a nossa vida e por isso eu acho que os profissionais de saúde deveriam ter um bocadinho mais de abertura” e por último “Eles deveriam estar mais abertos para com as pessoas. Acho que deveriam ter mais tempo! Eu não sei porque é que só marcam consultas de meia hora, entre uma consulta e a outra. Como é que meia hora é suficiente para fazer uma vigilância de uma gravidez? Tem que se examinar a mulher, tem que se pesar, tem que se perguntar sobre o que tem acontecido, como é que ela está... tem que se tirar as dúvidas dela e tem que se dar informação. 'Agora nesta fase de gravidez está a acontecer isto, e isto e isto. O bebé está a desenvolver isto. Em termos de alimentação deveria procurar comer mais disto e isto'. Eu não tive nada disso. Eu tive que ler para saber isso tudo” (AY Canadá). Em suma e após a leitura de tais testemunhos, pode-se chegar à mesma conclusão de Pereira e Correia (2013): não obstante ao facto de as utentes encontrarem-se satisfeitas com a qualidade dos cuidados prestados, “há necessidade de melhorar a forma como a informação é comunicada às utentes”.

» Profissionalismo

A contrastar com o grupo das expectativas concretizadas em que quatro utentes imigrantes revelaram-se satisfeitas com o profissionalismo apresentado pelos profissionais de saúde, surge o relato de uma utente portuguesa e outra francesa que viram as suas expectativas defraudadas quanto a esta matéria. Uma delas referiu “*acerca dos cuidados que eu tive, quando tive a menina, ficaram muito aquém das minhas expectativas por falta de profissionalismo*” (CH Portugal), (não relatando mais pormenores). Outra especificou em que medida houve falta de profissionalismo, quando afirmou: “*O sigilo devia ser uma coisa que se deve respeitar porque é um momento muito privado. As pessoas que não se portaram bem foi porque não conseguiram, não sabiam ou porque optaram por essa forma de estar, pela sua cultura ou forma de vida. Seria bom que os profissionais guardassem sigilo para que as pessoas não tenham que se preocupar se tiveram ou não o comportamento que esperavam que tivessem e não sintam que depois mais tarde continuam a ser julgadas pelas pessoas*”

(AN França). Trata-se aqui nitidamente de uma questão de quebra de sigilo profissional. Segundo nos diz o artigo 57.º do Estatuto Hospitalar (Decreto nº 48357, de 27 de Abril de 1968) cit. por Pereira (2009, p. 27), “todo o pessoal hospitalar é obrigado a guardar segredo de ofício relativamente aos factos de que tenha conhecimento no exercício das suas funções”. Todos estão abrangidos pelo segredo profissional. Ainda segundo Andrade cit. pelo mesmo autor, o titular deste mesmo segredo “é a pessoa a cuja esfera privada pertencem os factos que o integram”, cabendo apenas ao paciente detentor destes factos a decisão de os revelar ou não (Pereira, 2009, p. 23). No que toca aos Enfermeiros portugueses, segundo o Estatuto da Ordem, artigo 85º, cit. por Anes et al. (2004, p. 15), todo enfermeiro é “obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão”. Apesar de esta utente não especificar em concreto qual a categoria profissional ou categorias a que se referia, tendo em conta o que foi dito acerca do sigilo profissional, é de lamentar que esta utente, ainda que caso único, tenha esse tipo de ‘queixa’ a referir.

» Ajuda e apoio

A falta de concretização das expectativas referentes aos profissionais de saúde no que toca à ajuda e apoio, foi referida apenas por uma mãe Moldava, num relato de aflição e puro descontentamento, como se pode ver a seguir: *“Tudo o que eu tive não era o que esperava, esperava mais...Eu sinto-me como alguém que está a gritar e já não tem mais força para dizer as coisas e ninguém a ouve e cada vez que falo com alguém dizem “Tu não disseste, tu não disseste”, só que me lembro muito bem do que falo. Eu sei que falo demais...pode ser que, porque fale demais, por isso ninguém me ouve. Tenho o coração como uma pedra”* (CN Moldávia).

Em Portugal, a imigração é na sua maioria representada por quatro grupos de diferentes etnias, sendo que uma delas diz respeito aos imigrantes de leste e, pertencentes a estes, encontramos os moldavos (Graça, 2008). Apesar do relato apelativo e inespecífico desta mãe quanto à ajuda necessária ter de ser levado em conta, a baixa representatividade deste face à totalidade da comunidade imigrante existente em Portugal, evidencia que nesta dimensão da ajuda, a relação que se estabelece entre a utente e os profissionais de saúde não pode ser considerada de má qualidade. Contudo, todos os testemunhos devem ser valorizados, ainda que pertencentes apenas a uma utente. Em contexto de cuidados de saúde, todos devem beneficiar-se de uma relação de ajuda. Como refere Phaneuf cit. por Rocha (2008, p. 80), Relação de Ajuda “é uma relação particularmente significativa que se instaura entre um ajudado, isto é, uma pessoa que passa pela experiência dum problema, dum sofrimento, e que

sente dificuldade em o enfrentar sozinho, em encontrar os meios de o aceitar, de se adaptar ou de sair deste”. Esta relação deve auxiliar a encontrar na sua própria pessoa os recursos essenciais para lhe fazer face. Infelizmente esta utente não encontrou a ajuda que precisava para aliviar o seu sofrimento, manifestando-se desta forma.

» **Experiência profissional**

Apenas uma mãe ucraniana manifestou o desejo de ver na classe profissional médica uma maior experiência, não especificando porém a que nível. Apesar da baixa representatividade em termos de UR, aqui fica o relato desta mãe imigrante: “*Esperava que os médicos fossem mais experientes e não achei que fossem*” (AC Ucrânia).

» **Presença dos profissionais**

A presença física por parte dos profissionais de saúde é sempre um aspeto tido em grande conta por parte dos utentes, sobretudo se for em contexto de maternidade onde a vertente emocional encontra-se bastante vulnerável. O termo ‘presença’ em enfermagem significa muito mais do que ‘estar lá’; significa que “o enfermeiro é capaz de desenvolver capacidades que o tornam elemento fundamental da relação enfermeiro-doente” (Simões, 2011, p. 65). A mesma autora refere ainda que “a presença significa estabelecer um estado de proximidade física e de disponibilidade afetiva que permite à pessoa que ajuda focalizar a sua atenção nas necessidades da pessoa a ajudar” (Simões, 2011, p. 65). Uma utente afirmou: “... *esperava presença por parte dos profissionais e isso eu não tive*” (AC Ucrânia). A baixa representatividade desta subcategoria em termos de UR não leva a concluir-se que a falta de presença de profissionais de saúde seja uma constante no sistema de saúde português.

» **Presença de Intérprete**

Esta subcategoria emerge com o relato de uma utente estrangeira, neste caso russa, e que lamenta o facto de não ter tido um intérprete, como se pode ver: “... *gostaria de ter tido um intérprete e não tive*” (AK Rússia). Foong cit. por Nóbrega (2012, p. 25) relata que “a cultura e a língua podem ser uma das fontes de stress, para a má comunicação, falta de compreensão e baixos níveis de memorização dos clientes/família, podendo constituir uma barreira para a comunicação efetiva”. Segundo Pereira (2014), em 2011, Portugal possuía cerca de 437.000 imigrantes em que mais de 50% não falava a língua portuguesa. Deste modo, segundo esta mesma autora,

seria importante resolver o problema da comunicação entre imigrantes e profissionais de saúde, pois o fraco domínio da língua portuguesa e o baixo

nível de escolaridade da população imigrante em Portugal, em conjunto com grau de iliteracia na saúde, estão muitas vezes associados a uma saúde precária e maior mortalidade (Pereira, 2014, p. 121).

Sendo assim e apesar da baixa representatividade demonstrada nesta subcategoria, torna-se importante realçar a importância da comunicação em saúde. Assim, “a utilização de palavras ou expressões na língua materna do utente, pode constituir uma forma de promover a comunicação”, mais patente ainda no âmbito da saúde materna (Luís, 2012, p. 23).

»» **Grupo ‘não esperar nada dos profissionais de saúde’**

Para finalizar esta categoria e devido à baixa representatividade verificada, será apenas feita referência às unidades de registo que dão visão ao grupo de quem nada espera receber dos profissionais de saúde, representado apenas por utentes imigrantes.

» **Sem motivo específico**

Duas utentes moldavas referiram nada esperar dos profissionais de saúde mas sem objetivar o porquê, como se pode ver nos relatos seguintes: “*Não esperava nada de especial no que respeita aos profissionais*” e “*Acho que não esperava nada de especial. Acho que está tudo no normal em relação aos profissionais*” (BZ Moldávia); “*Eu não estava à espera de nada em especial, apenas que os profissionais fizessem o seu trabalho como sabem fazer*” (CN Moldávia).

» **Por não ter termo de comparação**

Nesta subcategoria, apenas uma mãe brasileira manifestou a falta de expectativas sentida por alegada dificuldade de comparação, visto não se lembrar da realidade brasileira. Relata que: “*a nível profissional também não posso dizer muito porque também não me lembro. Eu sai de lá [do Brasil] com 12 anos e também nunca gostei muito de ir ao médico. Eu era criança e também não consigo fazer essa comparação. É muito difícil para mim ter ideia do que esperar destes profissionais*” (BP Brasil).

3 – Conclusões

Tendo por base os objetivos previamente definidos neste estudo, foram identificadas as expectativas de variada ordem relativamente aos cuidados de saúde e à forma como o sistema de saúde português conduz as suas políticas, bem como a satisfação das mães portuguesas e imigrantes face aos relatos apresentados. Conheceu-se também os motivos que geraram insatisfação pela não concretização das expectativas. Como consequência, verificou-se a importância dos ‘processos de transição’ como foco da profissão de Enfermagem.

Constatou-se que uma maior percentagem de mães imigrantes relativamente às portuguesas viram concretizadas as suas expectativas no que toca àquilo que esperavam receber, quer em termos do sistema de saúde português, quer dos cuidados profissionais. Houve até um grau de satisfação elevado em certas subcategorias pela demonstração das expectativas superadas.

No que se refere às expectativas concretizadas, questões como a gratuidade de exames e cuidados, cuidados de saúde e profissionalismo, são referenciadas como satisfatórias em maior escala no núcleo de mães imigrantes. Acresce-se a isto a larga margem de imigrantes que obtiveram aquilo do qual estavam à espera, sobretudo do SNS, contrastando com a inferior percentagem de mães portuguesas relativamente ao mesmo aspeto.

O número de utentes imigrantes cujas expectativas foram concretizadas superou as que viram as suas expectativas defraudadas, quer em relação ao SNS, quer em relação aos profissionais de saúde. Contudo, em relação às mesmas, foi obtido um número de UR que espelham a não satisfação em relação ao SNS superior às UR que refletem a sua satisfação, o que leva a cogitar que o sistema de saúde português deverá repensar estratégias de melhoria nos pontos referidos como sendo de cariz negativo, tais como: o tempo de permanência hospitalar ou uma maior valorização da presença do pai. Não obstante a este facto, tendo em conta os dados obtidos, pode-se afirmar que o SNS português, bem como os profissionais de saúde que dele fazem parte têm uma performance que, na sua maioria, vai ao encontro das necessidades das mães imigrantes. O mesmo não se verificou no núcleo de mães portuguesas em relação ao SNS, onde o número de utentes com expectativas não concretizadas foi superior ao número das que viram satisfeitas as suas necessidades,

reforçando assim a necessidade de maior atenção por parte do SNS no que toca aos incentivos à maternidade, com ênfase à atribuição de mais abonos ou subsídios. Relativamente aos profissionais de saúde, as mães portuguesas partilham da mesma opinião que as mães imigrantes e consideram que os mesmos atuam de forma a ir ao encontro daquilo que esperam, denotando maioritariamente satisfação pelos cuidados recebidos, o que sem dúvida é um bom indicador da boa qualidade do sistema de saúde português.

Neste grupo de mães ficou muito clara a intervenção de excelência de vários profissionais, com destaque para a classe profissional de Enfermagem, como sendo a mais referenciada e que soube identificar os momentos de crise e respetivos focos de atenção, ajudando estas utentes no seu processo de transição.

Ao longo deste estudo verificou-se também que nem tudo são aspetos positivos a referenciar e como prova disto, testemunharam-se relatos de várias mães cujas expectativas foram defraudadas, tendo como maior representatividade as imigrantes em detrimento das portuguesas. A não satisfação das suas necessidades (portuguesas e imigrantes) é sem dúvida mais visível nos aspetos relativos ao SNS do que em relação aos profissionais de saúde. Aspetos como a falta de acompanhamento de especialistas no centro de saúde e na maternidade, o longo tempo de espera até a grávida ser atendida no hospital ou centro de saúde e a falta de comunicação e esclarecimento de dúvidas por parte dos profissionais, são referidos em larga escala pelas mães imigrantes como sendo pontos negativos e insuficientes na concretização das suas necessidades. Nenhuma mãe portuguesa teve queixas acerca da comunicação, tendo sido apenas as mães imigrantes a manifestarem o seu desagrado. Em saúde, com especial relevância para os aspetos relacionados com a maternidade, a comunicação reveste-se de carácter primordial no que toca à prevenção, cuidado e bem-estar de uma grávida, puérpera ou parturiente. Tendo em conta o referido, muito trabalho há a desenvolver neste campo de forma a contemplar estratégias que ajudem a ultrapassar a dificuldade da falta de comunicação, com atenção redobrada ao obstáculo da língua, patente na maioria das utentes imigrantes.

No descontentamento manifestado pelas mães portuguesas, prevaleceu o SNS em relação aos profissionais de saúde. Este descontentamento foi maioritariamente relacionado com os incentivos atribuídos à maternidade, sendo o ponto mais referenciado a escassez de abonos ou subsídios. Neste aspeto as utentes imigrantes dão pouca visibilidade à sua insatisfação, revelando que na área dos incentivos à maternidade e mais concretamente no que se refere às ajudas monetárias, estas parecem ter pouca razão de queixa. Este resultado pode

ser sugestivo de que, nos seus países de origem, os benefícios relacionados com esta matéria sejam bastante inferiores aos concedidos pelo sistema de saúde português.

Apenas utentes imigrantes manifestaram-se quanto à falta de expectativas, quer acerca do SNS, quer acerca dos profissionais, evocando várias razões, contrapondo com as mães portuguesas que não se manifestaram relativamente a este assunto. A maioria referiu não haver motivo algum específico para a ausência de expectativas, seguido pela razão mais fortemente evocada para tal e que foi não ter termo de comparação com a realidade do seu país de origem. Apenas duas utentes alegaram desconhecimento do funcionamento do SNS para justificar a falta de expectativas. Esta questão aponta para o fator ‘falta de informação’ que pode encontrar-se bem patente nesta comunidade. Deste modo, é importante refletir acerca da necessidade de esclarecer as utentes em nosso país acerca do sistema de saúde português, com maior ênfase para as comunidades imigrantes.

Considerando os resultados obtidos neste estudo, não há a intenção de generalizá-los, até porque este não é o objetivo dos estudos qualitativos. Dada a lacuna de estudos nacionais desta natureza, torna-se premente o desenvolvimento de mais estudos que contemplem outros métodos e abordagens, possivelmente com amostras maiores, para aprofundar os resultados obtidos. Neste sentido, Mendes et al. (2013, p. 24) assinalam “a importância de se fazerem mais pesquisas que clarifiquem se a elevada satisfação é uma questão de gratidão ou de baixas expectativas face aos serviços de saúde”.

Como sugestões resultantes do estudo efetuado, ainda que a maioria não esteja diretamente dependente de nenhuma classe profissional para a sua implementação, mas sim dos dirigentes que detêm o poder de as concretizar por meios de estratégias a definir, apresentam-se as seguintes:

- facultar o acompanhamento da mulher ao longo da gravidez, parto e pós-parto por um Enfermeiro Especialista em Obstetrícia, como sendo a pessoa de referência ao longo de todo o processo de transição;
- incrementar a visita domiciliária por enfermeiros e médicos conforme o recomendado pela OMS e UNICEF na primeira semana de vida, com o objetivo de diminuir a morbi-mortalidade infantil e fomentar a parentalidade;
- proporcionar licença de maternidade mais prolongada à semelhança de outros países para maior apoio e acompanhamento do desenvolvimento infantil;
- maior valorização da natalidade em detrimento do aborto como forma de colmatar a já baixa taxa de natalidade existente em Portugal;

- prover os serviços de saúde com um número mais alargado de profissionais e em particular os especialistas em Obstetrícia, quer enfermeiros, quer médicos, para maior qualidade dos cuidados prestados;
- aumentar o número de dias de internamento no puerpério como forma de maior sedimentação dos conhecimentos e esclarecimento de dúvidas;
- fomentar a presença do pai ou pessoa de referência junto da parturiente, com a criação de condições físicas e atitudes profissionais, quer de enfermeiros, quer de médicos, no sentido do mesmo sentir-se parte do processo e não um obstáculo;
- melhorar a qualidade da comunicação e informação dada pelos profissionais como parte integrante do processo de promoção da saúde;
- valorizar o sigilo profissional por parte de todos os profissionais de saúde com sanções para a prevaricação do mesmo;
- por último mas não menos importante, num país onde a comunidade imigrante assume uma proporção de relevo, prover todas as instituições de saúde com intérpretes que deem resposta às situações de dificuldade na comunicação pelo obstáculo da língua.

Após a análise desenvolvida e tendo por base os conteúdos das várias UR, não se pode deixar de realçar e valorizar o papel da classe de Enfermagem, sobretudo nos aspetos positivos referenciados pelas protagonistas deste estudo, e que dão visibilidade ao carácter fundamental assumido por estes profissionais junto da comunidade. Estes profissionais disponibilizam uma valiosíssima ajuda para ultrapassar os vários momentos de crise e levar a bom porto o processo de transição, vivido pelas mulheres no vir a ser mãe.

Referências bibliográficas

- Anes, E., Dias, J., Oliveira, M., Silva, M. G., Vasconcelos, P., Rodrigues, P., & Fernandes, S. (2004). Protecção de dados pessoais em saúde. Acedido em <http://hdl.handle.net/10198/5177>
- Bäckström, B. (2010). O acesso à saúde e os factores de vulnerabilidade na população imigrante. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.21/642>
- Bardin, Laurence. (2013) – *Análise de conteúdo*. 4 ed. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Brandão, A. P. M. (2010). *Vivências do Trabalho de Parto e Parto: Estudo Comparativo Entre Adolescentes e Mulheres Adultas*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.16/1390>
- Brüggemann, O. M., Parpinelli, M. A., & Osis, M. J. D. (2005). Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: Uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1316-1327. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/03.pdf>
- Carneiro, M. d. N. F. (2008) - *Ajudar a nascer: parteiras, saberes obstétricos e modelos de formação (séculoXV-1974)*. Porto: Editora da Universidade do Porto.
- Carvalho, M. A. R. d. C. e. S. d. (2013). *Satisfação dos imigrantes chineses com os Cuidados de Saúde Primários*. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Acedido em <http://esenfc.pt/?url=EDEilj>
- Casas-Novas, M. V., & Batanete, E. C. (2012). Humanização. Acedido em <http://hdl.handle.net/10174/7309>

- Chambel, É. M. G. M. (2014). *Cuidar no Serviço de Urgência na presença de acompanhantes*. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Acedido em <http://esenfc.pt/?url=avhsEG>
- Classificação Portuguesa das Profissões (2011). Acedido em file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/spo_cnp.pdf
- Costa, A. L. R., Silva, E. M. V. B. o., & Costa, M. I. B. C. c.-o. (2013). *Satisfação dos pais sobre a promoção da parentalidade realizada pelo enfermeiro de família*. Instituto Politécnico de Viseu. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/1979>
- Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., & Pais, A. (2003). Parto: Expectativas, experiências, dor e satisfação. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4 (1), 47-67. Acedido em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v4n1/v4n1a04.pdf>
- Coutinho, E. (2004). A experiência de ser cuidada na sala de partos. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/439>
- Coutinho, E. C., & Parreira, M. V. B. C. (2011). Outra forma de olhar de olhar a mãe imigrante numa situação de transição. *Millenium*, 40, 83-97.
- Dias, M. A. B., & Deslandes, S. F. (2006). Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: Os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12), 2647-2655. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n12/13.pdf>

- Dias, S., Gama, A., & Horta, R. (2010). Avaliação dos cuidados de saúde: percepções de mulheres imigrantes em Portugal. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10, s39-s47. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10s1/04.pdf>
- Duarte, M. M. R. B. (2004). *O empenhamento organizacional e o empenhamento profissional dos enfermeiros: conflito ou complementaridade?* (Dissertação de mestrado, Universidade do Minho). Acedido em <http://hdl.handle.net/1822/927>
- Fachadas, M. C. d. L. (2011). *Suporte social : intervenção para a promoção do papel parental.* (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.14/8850>
- Filipe, M. d. F. S. S. (2011). *Visita domiciliária: contributos da enfermagem na manutenção da amamentação.* (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra). Acedido em <http://hdl.handle.net/10316/20122>
- Graça, C. M. D. d. F. (2008). *Sós ou amparados?: a percepção de suporte social numa amostra de imigrantes em Portugal.* (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa). Acedido em <http://hdl.handle.net/10451/858>
- Guerra, M. J. J. (2010). *O parto desejado: expectativas de um grupo de grávidas.* (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Porto). Acedido em <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9420>
- Guerreiro, M. d. D., Lourenço, V., & Pereira, I. (2006). *Boas práticas de conciliação entre vida profissional e vida familiar: manual para as empresas: CITE - Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego.* Acedido em <http://hdl.handle.net/10071/3130>

Guia do Utente do Serviço Nacional de Saúde. Acedido em

http://www.hevora.min-saude.pt/docs/guia_do_utente.pdf

Henriques, T. G. P. (2012). *Tempo de espera no acesso a consultas médicas: influência do gradiente socioeconómico*. (Tese de mestrado, FEUC). Acedido em

<http://hdl.handle.net/10316/21501>

Jesus, É. H. (2006). *Decisão clínica de enfermagem*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda.

Lansky, S., França, E., César, C. C., Monteiro Neto, L. C., & Leal, M. d. C. (2006). Mortes perinatais e avaliação da assistência ao parto em maternidades do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1999: Cadernos de Saúde Pública. Acedido em

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/13.pdf>

Lopes, R. C. S., Donelli, T. S., Lima, C. M., & Piccinini, C. A. (2005). O antes e o depois:

Expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*,

18(2), 247-254. Acedido em

<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/25703/000644083.pdf?sequence=1>

Loureiro, R., Ferreira, M. (2007). Satisfação da utente versus qualidade dos cuidados em

obstetrícia. *Revista da Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras*, 8, 24-27.

Luís, F. M. d. C. (2012). *Breve viagem multicultural*. (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Acedido em

<http://hdl.handle.net/10400.14/8561>

Mandú, E. N. T., Gaíva, M. A. M., Silva, M. d. A., & Silva, A. M. N. d. (2008). Visita

domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família: Texto & amp;

Contexto - Enfermagem. Acedido em

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100015

- Marques, A. P. S. (2012). *Avaliação da satisfação das puérperas nos cuidados de saúde no parto*. (Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro). Acedido em <http://hdl.handle.net/10773/10630>
- Marques, A. C. M., Ferreira, M. M. C. c.-o., & Duarte, J. C. c.-o. (2013). *Determinantes das expectativas e satisfação das mulheres durante o trabalho de parto, parto e pós-parto*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.19/2061>
- Marreiros, L. R. d. S. e. S. (2010). *Acesso aos cuidados de saúde da população residente em Portugal de origem chinesa*. (Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.6/817>
- Martins, C. A. (2013). *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem*. (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa). Acedido em <http://hdl.handle.net/10451/9420>
- Martins, M. d. F. d. S. V. (2004). *Um olhar sobre a saúde reprodutiva em Portugal: o passado, o presente, que futuro?*. Acedido em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/12507>
- Martins, M. d. F. d. S. V. (2011). *Educação para a saúde e vigilância pré-natal: interconfluências profissionais e familiares*. (Tese de doutoramento, Universidade do Minho). Acedido em <http://hdl.handle.net/1822/19654>
- Matias, G. M. (2014). *Migrações e cidadania*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos/Relógio D'Água Editores.

- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory. Middle range and situation specific theories in nursing research and practice* (L. Springer Publishing Company Ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I. (2013). *A Teoria das Transições*. Comunicação apresentada em Conferência A Teoria das Transições da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.
- Mendes, I. (2009). *Ajustamento materno e paterno: experiências vivenciadas pelos pais no pós-parto*. Coimbra: Mar da palavra.
- Mendes, J. (2006). A relação de ajuda: um instrumento no processo de cuidados de enfermagem. *Informar, Ano XII, n.º 36*, 71-77. Acedido em <http://hdl.handle.net/10174/3163>
- Mendes, F. M., Mantovani, M. F., Gemito, M. L., Lopes, M. J. (2013). A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência - III - n.º 9 – 2013*, 17-25. doi.org/10.12707/RIII1281. Acedido em http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832013000100002&nrm=iso
- Miranda, J. F. M. (2011). *Mães imigrantes e saúde*. [s.n.]. (Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa). Acedido em <http://hdl.handle.net/10284/2772>
- Monteiro, R., & Domingos, L. (2013). O sentido do direito à conciliação: vida profissional, familiar e pessoal numa autarquia. Acedido em <http://hdl.handle.net/10071/5417>
- Morais, C. A. R. A. T., Coutinho, E. C. o., & Duarte, J. C. c.-o. (2012). *Influência da preparação para o parto na percepção dos cuidados culturais das puérperas da região norte de Portugal*. Instituto Politécnico de Viseu. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu). Acedido em

<http://hdl.handle.net/10400.19/1755>

Nobrega, P. C. C. S. (2012). *A transversalidade do cuidar: aprimoramento da relação de ajuda*. (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Acedido em

<http://hdl.handle.net/10400.14/10249>

Pacheco, M. J. N. (2012). *Visitação domiciliária à puérpera e ao recém-nascido do concelho de Tavira*. (Dissertação de mestrado, I. P. Beja). Acedido em

<https://repositorio.ipbeja.pt/handle/123456789/3973>

Pereira, A. (2014). *Tradutor visual, textual e áudio para centros de saúde*. Acedido em

<http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/6135>

Pereira, A. G. D. (2009). *O Sigilo Médico: análise do direito português*. Acedido em

<http://hdl.handle.net/10316/10576>

Pereira, M. A. D. A. (2009). *A comunidade chinesa imigrante em Portugal e os cuidados de saúde : um estudo na Região de Lisboa*. (Dissertação de mestrado em comunicação em saúde, Universidade Aberta de Lisboa). Acedido em

<http://hdl.handle.net/10400.2/1344>

Pereira, M. d. L. L. (2013). *Saúde da mulher: boas práticas e autonomia após a alta clínica*.

Acedido em

<http://hdl.handle.net/10198/9192>

Pereira, M. I. F. L. (2012). *A necessidade de visita domiciliária de enfermagem no puerpério precoce*. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra).

Acedido em

<http://esenfc.pt/?url=IQdAaI>

Pereira, M. d. L. L., & Correia, T. (2013). *O que pensam as utentes dos cuidados prestados pelos enfermeiros*. Acedido em

<http://hdl.handle.net/10198/9083>

- Portal do Cidadão (2013). *Direitos da mãe e do pai*. Acedido em http://www.portaldocidadao.pt/PORTAL/pt/Dossiers/DOS_5+++direitos+dos+pais.htm?passo=3
- Prata, M. C. C. F. (2009). *Aconselhamento no puerpério: efeitos na autoestima*. (Dissertação de mestrado, Universidade do Algarve). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.1/817>
- Ramos, M. N. (2012). Migração, maternidade e saúde. *Repertório, Salvador, 18*. 84-93. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.2/3128>
- Reis, A. (2012). *Cuidar imigrantes: desafios na prática clínica de enfermagem*. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.15/612>
- Remoaldo, P. C. A. (2005). Os desafios da saúde materno-infantil portuguesa nos inícios do século XXI. Acedido em <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:repositorium.sdum.uminho.pt:1822/11358>
- Ribeiro, J. A. C. (2009). *A terceira dimensão do direito à saúde: a participação no Serviço Nacional de Saúde*. (Dissertação de mestrado, Universidade de Aveiro). Acedido em <http://hdl.handle.net/10773/3470>
- Ribeiro, A. V. F. e. G. R. T. (2012). *Como se nasce na região centro: análise dos partos nos hospitais do SNS*. (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra). Acedido em <http://hdl.handle.net/10316/20154>
- Rocha, A. P. (2008). *A relação de ajuda no ensino de enfermagem*. (Tese de Doutoramento, Universidade de Aveiro). Acedido em <http://hdl.handle.net/10773/3315>
- Rocha, A., Monteiro, C., Ferreira, M., & Duarte, J. (2010). Cuidados no alívio da dor: perspectiva da parturiente. *Millenium, 38*, 299-309.

- Rodrigues, F. S. (2007). *A comunicação nos serviços de saúde: um estudo sobre as reclamações do Serviço Nacional de Saúde Português*. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.2/731>
- Rodrigues, N. A. (2011). *Percepções de mães primíparas sobre a visita domiciliária do enfermeiro na adaptação à maternidade: um estudo qualitativo*. (Dissertação de mestrado, ISCTE-IUL). Acedido em <http://hdl.handle.net/10071/4509>
- Rogoff, M. (2006) – *Estar grávida é estar de esperanças*. Gradiva: Publicações, Ld^a.
- Sanches, C. S. G. (2012). *Relatório de estágio*. (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.14/13704>
- Santiago, M. d. C. F. (2009). *Percepções e comportamentos dos profissionais de saúde face à mulher na adaptação à maternidade em contexto migratório: contributos para a promoção da saúde da mulher migrante*. (Dissertação de mestrado, Universidade Aberta). Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.2/1347>
- Santos, M. J. D. d. S. (2012). *Nascer em casa: a desinstitucionalização reflexiva do parto no contexto português*. (Dissertação de mestrado, ISCTE-IUL). Acedido em <http://hdl.handle.net/10071/4684>
- Silva, A. C. d. S. (2010). *Vivências da maternidade: expectativas e satisfação das mães no parto*. (Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Coimbra). Acedido em <http://hdl.handle.net/10316/18015>
- Silva, P. R. N. M. d. (2012). *Relatório de estágio*. (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Acedido em

<http://hdl.handle.net/10400.14/8713>

Sim-Sim, M., Barros, M. d. L., & Martins, M. A. (2012). Desenvolvimento de competências parentais no puerpério através da Visita Domiciliária de Enfermagem: Revisão Integrativa: Unidade local de Saúde do Baixo-Alentejo. Moura. Acedido em

<http://hdl.handle.net/10174/6849>

Simões, R. M. P. (2011). *Competências de Relação de Ajuda no Desempenho dos Cuidados de Enfermagem*. (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Acedido em

<http://hdl.handle.net/10216/7214>

Sopa, M. J. P. (2009). *Representações e práticas da maternidade em contexto multicultural e migratório*. Acedido em

<http://hdl.handle.net/10400.2/1343>

Vicente, S. (2009). *Apoio social, expectativas e satisfação com o parto em primíparas com e sem preparação para o parto* (Dissertação de mestrado). Universidade do Algarve, Faro. Acedido em

<http://hdl.handle.net/10400.1/517>

Apêndices

Apêndice I – Amostra da população por nacionalidade

País de origem	Nº de entrevistadas
Portugal	22
Brasil	15
Ucrânia	10
China	8
Moldávia	4
França	3
Rússia	3
Espanha	2
India	2
Argentina	1
Canadá	1
Congo	1
Roménia	1
Paquistão	1
Bielorrússia	1
Polónia	1
Suíça	1
Etiópia	1
Senegal	1
Holanda	1
Guiné	1
Cabo Verde	1

Apêndice II – Guiões da entrevista

Guião de entrevista – MULHERES PORTUGUESAS

1. Nome
2. Idade
3. Nacionalidade
4. Formação profissional
5. Atividade profissional
6. Estado Civil
7. Religião
8. Idade puerperal
9. Nº gravidezes e partos
10. Tipo de Parto
11. Duração da Gravidez
12. Nº Consultas durante a Gravidez
13. Peso criança
14. Sexo da criança
15. Planeamento da Gravidez?
16. Acompanhamento durante o trabalho de parto?

-
1. Que cuidados de saúde recebeu durante a sua gravidez e parto? Em termos de vigilância da gravidez, o que é que lhe ofereceram enquanto esteve grávida?
 2. E depois no parto o que é que lhe fizeram? Que cuidados recebeu?
 3. Considerando os cuidados na gravidez e parto o que é que esperava dos profissionais de saúde? Médicos, enfermeiros...
 4. O que esperava dos profissionais?

5. Quais são as funções da família, nomeadamente do seu companheiro durante a gravidez e no trabalho de parto que considera importantes?
6. O que é que significa para si a família e o seu companheiro durante a gravidez e no parto?
7. Que direitos é que usufruiu durante a gravidez e durante o trabalho de parto em termos de cuidados de saúde, vestuário, alimentação... e que direitos é que gostava de usufruir?

Guião de entrevista – MULHERES IMIGRANTES

1. Nome
2. Idade
3. Nacionalidade
4. Formação profissional
5. Atividade profissional
6. Estado Civil
7. Religião
8. Idade puerperal
9. N° gravidezes e partos
10. Tipo de Parto
11. Duração da Gravidez
12. N° Consultas durante a Gravidez
13. Peso criança
14. Sexo da criança
15. Planeamento da Gravidez?
16. Acompanhamento durante o trabalho de parto?
17. N° de anos em Portugal
18. Cidadania

-
1. Que cuidados de saúde recebeu durante a sua gravidez e parto em Portugal?

2. Considerando os cuidados de saúde na gravidez e parto no seu país, quais são as diferenças encontradas por si no cuidado recebido em Portugal?
3. Considerando os cuidados de saúde na gravidez e parto no seu país ao nível do sistema de saúde, que cuidados esperava receber em Portugal?
4. Considerando os cuidados de saúde na gravidez e no parto no seu país o que esperava dos profissionais de saúde portugueses (médicos, enfermeiros, etc)?
5. O que significou para si os cuidados desenvolvidos pelos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) durante a gravidez e no parto?
6. Quais são as funções da família/companheiro, durante a gravidez e no parto, que considera importantes?
7. O que significou para si a sua família/companheiro durante a sua gravidez e no parto?
8. Que direitos usufruiu durante a sua gravidez e após o parto pelo fato de estar em Portugal (cuidados de saúde, trabalho, amamentação, subsídios...)? Há diferenças em relação ao seu país? Se há, quais são?

Apêndice III – Consentimento informado

SER MÃE IMIGRANTE E PORTUGUESA:

Vivências de Cuidados Culturais em Contexto de Saúde Português

Data: __/__/__

Assinatura da Utente

Assinatura do Investigador



.....
.....

Consentimento Informado da utente para participar no estudo

Ao assinar este documento, dou o meu consentimento para participar no estudo a realizar no âmbito de doutoramento em Ciências da Saúde – ramo de enfermagem, subordinado ao tema SER MÃE IMIGRANTE E PORTUGUESA: Vivências de Cuidados Culturais em Contexto de Saúde Português. Compreendo que esta entrevista fará parte de um trabalho de Investigação, que tem como objetivos - Comparar as vivências de puérperas imigrantes e portuguesas sobre os cuidados de saúde na gravidez e trabalho de parto em Portugal; - Analisar os fatores determinantes da vigilância pré-natal em grávidas imigrantes e portuguesas; - Analisar a perceção de puérperas imigrantes e portuguesas sobre os cuidados de saúde culturais durante o trabalho de parto; - Compreender a vivência de puérperas imigrantes e portuguesas de cuidados de saúde na gravidez e trabalho de parto em Portugal

Estou informada sobre os objetivos do estudo e:

- 1 - Responderei às questões neste Agrupamento de Centros de Saúde.
- 2 - As minhas respostas não serão reveladas a ninguém
- 3 - A informação resultante deste estudo não me identificará em nenhuma circunstância.
- 4 -Participe ou não, ou se me recusar a responder a alguma questão não serão afetados os serviços ou cuidados de que eu vier a necessitar dos profissionais de saúde.

5- Compreendo que este estudo contribuirá para prestar cuidados de qualidade e culturalmente competentes ao conhecer a população de mães imigrantes em Portugal

6 - Não receberei nenhum benefício direto como resultado da minha participação.

7 - Os resultados da investigação ser-me-ão proporcionados, se os solicitar, e caso tenha alguma pergunta acerca do estudo, devo contactar a investigadora pelo contacto:

Emília Coutinho – 961011800 ou 232419100

Responderei livremente às questões. Fui informada que esta participação é totalmente voluntária.

Apêndice IV – Unidades de registo

CATEGORIA: Expectativas da mulher portuguesa e da imigrante relativas ao SNS, durante a gravidez, parto e pós-parto		
Grupos	Subcategorias	Unidades de Registo
Concretizadas	Cuidados de saúde satisfatórios	<p><u>AE Brasil</u> - “Sim, já estava [à espera de receber estes cuidados de saúde] ...porque eu sempre ouvi falar, então eu já estava á espera que seria isso mesmo.”</p> <p><u>AH China</u> - “Esperava receber consultas durante a gravidez e recebi. Já sabia que seria assim em Portugal.”</p> <p><u>AI - Brasil</u> - “A partir do momento em que fiquei grávida é que eu me fui inteirar das coisas e tudo o que eu esperava [em termos de cuidados de saúde], eu tive aqui.”</p> <p><u>AN França</u> - “Eu digo que não esperava mais, pois tudo o que eu queria eu tive, essa unidade foi fantástica.”</p> <p><u>AW Brasil</u> - “De obstetrícia não tenho reclamações, esperava receber o que recebi.”</p> <p><u>AY Canadá</u> - “Esperava receber muita vigilância nas consultas e tive.”</p> <p><u>AZ Ucrânia</u> - “Eu sempre esperei que aqui fosse melhor que lá, aqui é a europa na perspetiva que aqui teria melhores cuidados, e realmente tive.”</p> <p><u>BJ Portugal</u> - “Eu sabia que ia ser ajudada a nível do sistema de saúde Português.”</p> <p><u>BM Portugal</u> - “O que esperava receber foi o que recebi.”</p> <p><u>BR Rússia</u> - “Sim, já sabia que as consultas eram com menos frequência.”</p> <p><u>BS Rússia</u> - “Recebi o que esperava.”</p> <p><u>BT Roménia</u> - “Esperava ser bom [cuidados de saúde] e é bom.”</p> <p>“Era tudo como esperava que fosse, um bom sistema de saúde, e espero que fique assim.”</p> <p><u>BU Ucrânia</u> - “O que estava à espera... do acompanhamento deles, eu tive. Estava à espera de chegar e ser observada, confiar 100%, não era eu que tinha de chegar e dizer o que tem de ser feito. Aqui o que eu esperava sempre tive.”</p> <p>“Sim [aqui em Portugal o que esperava eu sempre tive]. Aqui sempre consegui resolver qualquer problema que tivesse, seja comigo, com a minha filha, tudo, e mais na gravidez que é um momento delicado...”</p> <p><u>BV Brasil</u> - “Acho que [esperava] um bom atendimento. Esperava aquilo que tivemos.”</p> <p><u>CA Espanha</u> - “Esperava receber em Portugal o mesmo cuidado que em Espanha.”</p> <p><u>CC Senegal</u> - “Eu não pensava receber outra coisa, além daquilo que eu recebi.”</p> <p><u>CD Holanda</u> - “Os cuidados que recebi foram</p>

		<p>também aqueles que esperava”</p> <p>“Penso que os cuidados que recebemos, seria o que esperávamos.”</p> <p>“Os outros cuidados [exceto ter uma doula] foram o que esperávamos, sim.”</p> <p>CG Portugal - “Esperava receber os cuidados que tive.”</p> <p>CJ Portugal - “Cuidados que esperava...esperava os que recebi! Não esperava menos, também mais não; esperava o normal, pois. Esperava exatamente receber o que recebi.”</p> <p>CK Brasil - “Já sabia que ia ser bem tratada.”</p> <p>“Eu já sabia que ia ser bem cuidada, bem tratada.”</p> <p>CL Portugal - “Tive o que estava à espera de receber, sem dúvida! Foi uma surpresa pela positiva!”</p> <p>CO França - “Era muito importante, era isso que eu esperava...ser ouvida e de me proporcionar os exames todos que é possível fazer.”</p> <p>CZ Brasil - “Esperava [receber o que recebi], já sabia que aqui corria melhor, agora para a frente não sei. Sabia que havia melhor do que lá [no Brasil], sabia que a assistência era melhor, já sabia o que me esperava. E passados cinco anos, da primeira filha para a segunda, ainda senti que foi muito melhor.”</p> <p>DC Ucrânia - “Eu já sabia mais ou menos como funcionavam as coisas aqui, então, já estava contente por isso.”</p>
	<p>Gratuidade das consultas, análises e cuidados</p>	<p>AA Portugal “Eu esperava a gratuidade das consultas”</p> <p>“Recebi mais cuidados, recebi o direito às consultas”</p> <p>AM China - “Não paguei nada dos cuidados que recebi aqui em Portugal, e isso é bom porque senão não tínhamos dinheiro para pagar e não podia ter consultas”</p> <p>“Sim, já sabia que não ia pagar nada pelas consultas cá em Portugal”</p> <p>AP Suíça - “vinha aqui [ao centro de saúde] pedia para me passarem os exames e sempre me passaram, todos os exames que fiz foram passados pelo centro de saúde, no fundo andei nos 2 lados.”</p> <p>AT Argentina - “Eu sabia que, em Portugal não se pagava [cuidados].”</p> <p>AW Brasil - “Eu esperava receber cuidados de saúde gratuitos e foi o que recebi.”</p> <p>AZ Ucrânia - “Nos lá [na Ucrânia] também temos bons médicos, bons especialistas, mas como recebemos pouco e lá para termos os bons médicos temos que pagar muito, por enquanto aqui não, é gratuito, isso é que é bom.”</p> <p>BR Rússia - “Sim, esperava receber consultas aqui em Portugal.”</p> <p>CR Guiné - “Não pago, é muito bom [o facto de o sistema nacional de saúde ser gratuito]”</p> <p>CX Moldávia - “Nós no início também pensámos que</p>

	<p>teríamos que pagar algumas coisas mas aqui ficou tudo gratuito quase, só os medicamentos tivemos que comprar na farmácia, de resto foi tudo grátis: consultas, o parto, tudo, a epidural”</p> <p>“Não temos de gastar dinheiro nas consultas e este dinheiro pode ser gasto noutra sítio que seja necessário. É uma grande ajuda que as pessoas têm em Portugal.”</p> <p>DA Ucrânia - “É muito bom que não se pague as consultas e porque a mulher quando está grávida precisa de ajuda financeira porque às vezes, por não terem dinheiro, na minha terra, as mulheres não querem ter filhos, esse é o problema. Aqui para ter filhos é tudo de graça e isso é muito bom mesmo! Por isso o meu médico lá na Ucrânia disse-me que, em virtude de aqui ser tudo grátis e não ter que pagar nada, posso estar com calma aqui, por exemplo, se não tenho dinheiro para pagar a consulta não tenho que me enervar por causa disso, por isso ele me disse que era melhor vir para cá.”</p> <p>DB Espanha - “Eu já sabia, mas penso que é muito bom o sistema de saúde ser gratuito em Portugal, já que a natalidade tem que crescer, há que fomentá-lo de alguma forma. Há pessoas que se tivessem que pagar o parto não podiam ter menino e mais agora neste tempo [de crise]. Já têm dificuldades para criá-lo depois, só faltava também terem na gravidez ou no parto. Devia ser um direito universal, as grávidas ter assistência e que ela fosse gratuita em todo o mundo.”</p> <p>DC Ucrânia - “Aqui em Portugal recebi, gratuitamente, os cheques dentista, o acompanhamento médico e de enfermagem, análises, consultas médicas e de enfermagem no Centro de Saúde.”</p> <p>“É muito bom aqui em Portugal o sistema de saúde para as grávidas porque eu tive subsídio pré-natal, depois cheques dentista, aquela isenção toda das análises, das consultas também, pronto, usufruí isso tudo e acho que realmente é muito bom. Após o parto tenho baixa, licença de maternidade, e agora abono de família”</p> <p>“Foi mesmo muito agradável, não paguei nada nem pelo parto nem por análises e é bom, sempre agrada as pessoas. No meu país, no papel está 'gratuitamente' só que na verdade não fica gratuito porque o sistema pode ser gratuito, tudo, tudo, só que na verdade não fica porque é tudo [pago] por fora. No papel, 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], é.”</p>
Boa qualidade do SNS	<p>AF Brasil - “Se calhar saiu melhor do que eu esperava... não sei, eu já vinha escaldada do sistema de saúde de lá [no Brasil], cheguei aqui, a primeira vez que procurei foi bom, portanto, já não reclamei mais, olha, já não reclamei mais”.</p> <p>AJ Brasil - “achava que com os emigrantes os cuidados de saúde eram mais precários, porque não contribuimos para o sistema de saúde e acho que recebi mais do que esperava”.</p> <p>“Fiquei com essa ideia [de precaridade nos cuidados] que não se concretizou porque achava que se lá [no Brasil] éramos tratados assim, mal, imagina noutra país”.</p> <p>“Tinha a ideia que tratavam melhor os portugueses que os imigrantes e por isso acho que recebi mais do</p>

		<p>que esperava”.</p> <p>AO Congo – “[em relação ao sistema de saúde] superaram as minhas expectativas até porque eu tinha uma má impressão do sistema de saúde”.</p> <p>BG Portugal – “Sinceramente nesta gravidez até superou um bocado as minhas expectativas, fui muito bem recebida, acho que fui bem seguida, devido ao problema que tive e tudo”.</p> <p>BK Portugal – “Superou as minhas expectativas, tanto na gravidez como no parto. Tive as consultas normais, fui acompanhada no hospital A., fiz lá as ecografias, as análises”</p> <p>BL Portugal – “Esperava receber menos do que recebi [do sistema de saúde português]”</p> <p>“Já do meu outro filho fui muito bem recebida, conseguiram em ambas superar as expectativas”.</p> <p>“Exato, [recebi mais do que esperava] muito mais, estão sempre presentes quando nós precisamos”</p> <p>BN Portugal – “Da segunda [a atual gravidez] até recebi mais. Fizeram-me mais exames, fizeram-me mais coisas, fiquei mais satisfeita. Enquanto que não recebi tanto na primeira, como na segunda”.</p> <p>BO Portugal – “se o centro de saúde tem estas aulas [preparação para o parto] porque não aproveitar. A mim surpreendeu-me pela positiva”.</p> <p>CL Portugal – “o sistema de saúde tem muitas falhas...mas, graças a Deus eu pensei que seria horrível mas não tenho razões de queixa até muito pelo contrário, fiquei muito impressionada pelo lado positivo”.</p> <p>CP Brasil – “Estava à espera de receber igual [ao Brasil] e no final correu melhor”.</p> <p>CQ China – “eu gostei de ser seguida aqui, posso ter os filhos que quiser e acho que tive todos os cuidados necessários de que precisei, e todas as pessoas que conheço aqui já me explicaram mais ou menos o que é que eu iria precisar, o que ia ter que fazer e realmente...era o que eu esperava, ou melhor, se calhar foi até além daquilo que estava à espera”.</p> <p>CU Índia – “Não estava à espera de receber o que recebi do sistema nacional de saúde. Não porque lá [na Índia] recebemos menos”.</p>	
	Acompanhamento de especialistas na maternidade	CG Portugal – “estava à espera de ser acompanhada por especialistas na altura do parto na sala de partos e tive toda a atenção por parte das enfermeiras especialistas e dos médicos que lá estavam, não tive qualquer problema nessa situação [durante o parto] e o mesmo decorreu depois na maternidade”.	
Não concretizadas	Incentivos à maternidade	Abonos ou subsídios	
			<p>AA Portugal -</p> <p>“Em Portugal, se ficarmos parados 4 meses o nosso salário é pago na totalidade, se forem 5 meses já só 80% do nosso salário é pago e, se estivermos 6 meses não nos pagam.”</p> <p>“Esperava ficar um ano em casa e receber como se estivesse a trabalhar. Era uma boa ajuda, era mesmo bom, porque eu até estava para escolher 5 meses mas depois só recebia 80% e com as contas todas para pagar torna-se complicado. Portanto o que eu esperava era ficar com mais tempo em casa [pago com subsídio]. Era o que me dava mesmo jeito.”</p>

			<p>“E em termos de ajudas para as crianças acho que devia ser melhor. Já com o outro filho eram vinte e poucos euros de abono.”</p> <p>“Eu esperava mais era a mãe ficar meio ano em casa mas a receber o ordenado todo, sem descontos. Porque com dois filhos a vida não é fácil... é preciso dinheiro e uma pessoa não se pode dar ao luxo de ficar 5 ou 6 meses em casa e depois não receber dinheiro. Era bom ter mais tempo em casa e continuar a receber o ordenado sem descontos.”</p> <p>AM China - “Depois do parto não recebi nenhum subsídio. Na segurança social dizem para esperar.”</p> <p>“O meu companheiro trabalha mas sem subsídio é complicado. Eu não trabalho e ele trabalha sozinho e não ganha muito. Temos tido algumas dificuldades por isso...Pensava que ia ter algum subsídio...”</p> <p>“Temos dificuldades porque agora não se recebe nada da segurança social e o meu marido ganha pouco na loja do chinês.”</p> <p>BG Portugal - “Por exemplo, o estado português dá a escolha de ficar 5 meses de licença mas pagam entre 100% ou 80%, se o pai ficar ou não . Acho que deviam pagar sempre os 100%.”</p> <p>BJ Portugal - “Sim, mais subsídios para incentivar a natalidade.”</p> <p>BO Portugal - “Eu acho errado da parte do estado não dar abono de família ou subsídios a algumas pessoas, pois nós estamos a ficar com uma população envelhecida. Não sei quem é que eles querem que vá trabalhar para dar a reforma aos idosos. Acho que é uma péssima política.”</p> <p>“Eu ainda usufruí disso [isenção de taxa moderadora], mas não tinha abono, acho que havia alturas em que o estado recompensava, e também não recebi nada.”</p>
		Licença de maternidade	<p>BH Portugal - “Acho que a licença de maternidade devia ser um ano porque eu vou trabalhar quando ela tiver 5 meses, depois perdemos coisas que eles fazem durante o primeiro ano, a primeira palavra, o primeiro passo e acabamos por não estar presentes para os poder acompanhar. Neste caso ela não vai para o infantário, mas vão crianças tão pequeninas para o infantário.”</p> <p>BK Portugal - “Apesar de a licença [maternidade] ser 4 ou 5 meses, devia ser um ano ou dois, era fundamental. Acho que a criança precisa muito de nós, apesar de eu ter a família para apoiar, o meu garoto não terá de ir logo para o infantário, poderia esperar um ano. Acho que é muito cedo, as crianças irem para o infantário, estarem sujeitas a muita coisa, é muito cedo, para ele e para nós, porque vamos para o trabalho com o coração apertado. É difícil. Ao final de um ano, acho que eles devem ir para um infantário mesmo que não fosse necessário devem ir, eles próprios também só criam imunidade estando sujeitos a certas situações. Antes disso é sujeita-los a um impacto muito grande.”</p> <p>BX Bielorrússia - “Fazer pelo menos 6 meses de licença de maternidade, era o que eu esperava e sugiro, até porque o leite materno deve ser dado pelo menos durante 6 meses porque é o que dizem os médicos, que no mínimo deve ser dado até aos 6 meses. Na Bielorrússia normalmente é dado até 1 ano</p>

			ou 1 ano e meio.”
		Comparticipação de despesas com a maternidade	BE Portugal - “... deveria haver incentivos a nível de ajudas também.” BO Portugal - “Acho que devia de haver um complemento para as famílias, para comprar leite, fraldas, ... não só para mim, como para todos.”
		Usufruto de licença de maternidade simultaneamente por pai e mãe	BG Portugal - “O pai em casa sozinho não ajuda em nada, também acho que deviam ser os 2 em casa, o que o marido faz em casa sozinho? Nada, nem amamentar nem nada.” “Na minha opinião acho que devia ser os 5 meses para a mãe. Ou esse último mês ser os 2 em casa [pai e mãe]. Eu vou ficar os 5 meses mas em termos de pagamento já é diferente, pagam menos durante os 5 meses.”
		Benefícios fiscais	BO Portugal - “Acho que devia existir apoio monetário para quem precisasse, de algumas das despesas poderem ser descontadas no IRS (Imposto Rendimento Singular.”
		Estímulo profissional	BE Portugal - “Devia haver mais incentivos à natalidade e uma valorização de quem quer ter filhos, a vários níveis, tais como profissional.”
		Maior valorização da natalidade em detrimento do aborto	BE Portugal - “Há situações como por exemplo as situações de aborto voluntário que, por aquilo que sei, têm acompanhamento psicológico, têm isenção de taxas moderadoras, têm uma série de regalias. Não é que eu seja contra, que não sou, mas, acho que conforme incentivam essas situações têm que dar muito mais incentivos a quem quer ter filhos, tendo em conta a baixa taxa de natalidade em Portugal.”
		Tornar gratuitas algumas vacinas importantes que não pertencem ao Plano Nacional de Vacinação	BO Portugal - “Em termos de saúde não tenho nada a dizer mas esperava usufruir de algumas vacinas que ainda não fazem parte [do plano nacional de vacinação] ...”
		Tempo de espera adequado para atendimento da grávida no hospital ou centro de saúde	AX Brasil - “O que eu acho errado e não estava à espera é que uma mulher que está grávida e que venha para o hospital com uma gravidez de risco, tenha de ficar muitas horas de pé à espera para ser atendida.” “Nós íamos marcar as ecografias e havia outras pessoas a marcar sem estarem grávidas, deveriam dar prioridade às grávidas e isso eu acho uma falta de respeito.” BA Ucrânia - “Sim, temos de esperar muito tempo no hospital para ser atendida e lá [na Ucrânia] não é assim. Não estava à espera que fosse assim.” BM Portugal - “...demorava muito tempo à espera das consultas e isso eu não contava que se passasse.” BS Rússia - “É horrível esperar 3 horas para ser atendida quando está muito calor. Estão todos na mesma sala de espera, porque o hospital A não é a maternidade (no Hospital A as grávidas são atendidas na urgência geral), portanto juntam-se todos na mesma área. Todos os utentes de várias áreas juntam-se na sala de espera, que é a mesma. Acho horrível e não estava à espera que fosse assim.” “São as áreas das consultas, sala de espera comum. A cardiologia, todas... e depois é que nos chamam passado algum tempo, e vamos para a entrada do corredor, mesmo praticamente antes da médica chamar. Passei por isso uma vez, a segunda vez já

	<p>entrava directamente porque não havia cadeiras suficientes porque tinha que esperar, e aconteceu num dia de greve, então foi complicado.”</p> <p>“Sim, não deram nenhuma informação por telefone, se havia consultas ou não. fomos para lá, a médica trabalhou, estava muito calor, a auxiliar queria abrir as janelas e ninguém encontrou as chaves, para as encontrar precisavam de uma autorização, por escrito, portanto demoraram três ou quatro horas a abrir as janelas, havia já pessoas a sentirem-se mal, foi assim.”</p> <p>“As consultas eram sempre às 9h30, a última foi atendida às 10h30 mais ou menos, só tive 45 minutos de espera. Até fiquei espantada, porque o resto estive muito tempo à espera.”</p> <p>“aqui [centro de saúde] menos tempo [para ser atendido na consulta], mas ainda se espera [muito].”</p> <p>BW Paquistão - “Nas urgências fui duas ou três vezes, quando estava grávida, mas tive que esperar 4h e depois fui-me embora sem ser atendida.”</p> <p>“De outra vez nesta gravidez estava com tosse, e esperei 3h e meia na urgência geral antes que me atendessem. Demoram muito tempo, estamos misturados com outros doentes lá na urgência e isso faz demorar muito, sempre mais do que 3 horas e meia até de outras vezes.”</p> <p>“Lá [no hospital X] as grávidas são atendidas na urgência geral, e quando eu estava grávida fiquei com muita tosse e então fui à urgência do hospital, mas eles demoraram tanto tempo a atender, 4 horas, que eu já me estava a sentir mal e com fome que acabei por vir embora, não fui atendida. Mas já lá fui por causa do bebé e eles atenderam logo. Quando se vai por causa do bebé, atendem logo, quando se vai por queixa da mãe demoram muito tempo a atender.”</p> <p>CM Portugal - “Fui ao Hospital e estive lá uma tarde inteira, pronto, isso foi outra coisa. Estive lá numa tarde talvez 3 horas até me atenderem...Estava grávida de 5 meses mais ou menos.”</p> <p>“O senão foi eu grávida, mal disposta e a desidratar, estar tanto tempo sentada nem água conseguia beber. Estive sentada nas urgências à espera, não é? Foi a única coisa.”</p> <p>CV Ucrânia - “Eu cheguei lá [no hospital] à consulta às 10 horas e só entrei à uma e meia, grávida, 40 semanas, sem comer, isto também não é normal.”</p>
<p>Acompanhamento de especialistas no centro de saúde e na maternidade</p>	<p>AY Canadá - “Esperava ter uma parteira. Senti falta da parteira, porque no meu país, as parteiras acompanham muito e têm uma relação entre elas e a mãe, porque está a acompanhar a mãe, antes e depois. Sinto falta, acho que para mim tinha-me dado mais confiança depois de a minha filha nascer se eu tivesse tido uma parteira antes e depois, uma pessoa que tivesse seguido tudo. Tinha sido completamente diferente, e eu gostava de ter tido essa oportunidade, eu não me importava de pagar para poder ter tido essa opção, mas nem sequer tive essa opção.”</p> <p>“Deveria poder ter uma parteira que me desse o [acompanhamento] que eu estava à procura.”</p> <p>“... a parteira seguindo a gravidez e o parto, e o pós-parto e eu não sei o que estou a fazer porque uma pessoa que é mãe pela primeira vez precisa de apoio. Eu não tinha ninguém. Nós temos os nossos</p>

	<p>familiares, mas os nossos familiares têm empregos, têm obrigações. Não estão lá para ajudar como uma parteira podia estar, e eu gostava de ter tido essa oportunidade de escolha, e não tive, e isso acho que o sistema português precisa de ter mais abertura. Se não tem recursos para isso, eu entendo. O Canadá é um país com muito dinheiro, muito rico, com um nível de vida acima do de Portugal. Eu entendo isso, mas gostava de pelo menos ter tido essa opção. Se fosse preciso pagava para o ter. Ninguém disse que o estado tem que pagar isso para mim, mas o sistema de saúde devia facultar mais opções.”</p> <p>“A parteira lá vem a nossa casa, é mais familiar, apesar da minha médica nunca me apressar, eu sentia-me mal por ocupar muito tempo, porque eu sabia que as consultas só são marcadas para meia hora, e eu sabia que quando estava lá uma hora com ela tinha uma mulher grávida, lá fora à espera, e isso impedia-me às vezes de fazer mais perguntas, ou de poder prolongar algum ponto que para mim era importante, porque sentia um bocado o peso da consciência. Com uma parteira não há nada disso, porque a parteira faz o horário dela, é muito mais flexível porque não é um consultório. É completamente diferente. A parteira trás tudo o que ela necessita para a casa da grávida, e então é tudo muito mais relaxado, sem aquela pressão, sem aquela... Pronto, é um ambiente completamente diferente. E gostava de ter tido isso.”</p> <p>“No Canadá a parteira faz tudo o que a médica obstetra faz, só não faz quando há uma anomalia no bebé. Numa gravidez normal, é a parteira que faz tudo. Toda a vigilância, todos os rastreios no início da gravidez para ver se a mulher tem alguma alergia, análises. A parteira é que tira o sangue e que envia para a clínica. A mãe recebe os resultados em casa no correio, mas a parteira faz toda essa vigilância, não precisamos de ir a um consultório médico. Só se houver alguma coisa fora do normal. Nesse caso nós temos que ir a um médico obstetra, mas a parteira segue-nos na mesma. A parteira está sempre presente, independentemente de não ser um parto como nós imaginávamos, e se temos que fazer uma cesariana ela está lá.”</p> <p>“Acredito que para muitas mulheres é mais que suficiente, e é muito bom, mas para mim não foi, porque faltava aquele diálogo. Acho que isto mostra a diferença entre ter uma parteira a seguir-nos e um médico obstetra, porque uma parteira, como faz toda a vigilância do médico, porque uma parteira, como faz a vigilância toda do médico e depois faz aquele ensinamento em termos do banho, das preparações, dos cuidados... faz aquela parte de enfermeira. A parteira vai juntar tudo de bom entre um médico e uma enfermeira, enquanto que um médico nunca vai fazer um papel de um enfermeiro. Então o médico obstetra nunca pode preencher todas as minhas expectativas, porque o médico não me ia estar a aconselhar sobre a respiração... Não tem tempo para isso. Faz a parte médica, faz a minha vigilância, vai-me ver, ver se eu estou bem, e depois manda-me embora.”</p> <p>CF China - “... eu pensei que podia ter uma obstetra no momento do parto mas não tive porque foi um parto normal.”</p> <p>“Eu esperava ter uma médica especialista mesmo presente no momento de parto.”</p> <p>CM Portugal - “... se oferecessem aqui [no centro de saúde] um pediatra, eu não me importava de pagar alguma coisa.”</p>
--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>“... se eu tivesse que pagar, desde que não fosse tanto mas que fosse um bocadinho menos p’ra ter um bocadinho de atendimento personalizado com profissionais com a formação adequada, aqui [no centro de saúde] também pagava, se fosse preciso, um bocadito.”</p> <p>DB Espanha - “Penso que a saúde pública aqui em Portugal para as grávidas, não sei...acho melhor o sistema de saúde na Espanha porque são seguidas por um ginecologista.”</p>
<p>Maior valorização da presença do pai</p>	<p>Criar condições físicas para a sua presença</p>	<p>AC Ucrânia - “Era bom que em todas as maternidades se pudesse oferecer a possibilidade de estarem acompanhadas pelo marido.”</p> <p>AY Canadá - “Eles explicaram-me que não tinha espaço físico para o pai. Eu não concordo, porque no início disse, pronto, está bem. Imaginava que a sala de partos fosse muito pequena, mas estavam lá enfermeiros que não estavam a fazer nada [para o meu bem], estavam a ver, a assistir ao parto, para aprender. E eu acho mais importante ter lá o pai...”</p> <p>“... mais importante do que eles era estar o pai presente. Eu acho que o hospital deveria ir mais ao encontro das necessidades da mãe, porque o bebé está dependente da mãe para viver. Porque a mãe é que vai alimentar, a mãe é que vai cuidar. Assim sendo o bem-estar dela deveria ser prioridade. Eles deveriam reunir as condições necessárias para ir de encontro às necessidades da mãe. Eu acredito que haja mulheres que possam não querer o marido presente mas eu quis e eles tinham que reunir essas condições. Seja parto normal ou seja cesariana. O pai deveria poder estar lá se quisesse, e se a mãe quisesse.”</p> <p>“... no momento mais crítico no qual nos tornamos tecnicamente uma família, o pai não esteve presente. O pai não esteve presente devido à falta de condições facultadas pelo sistema de saúde.”</p> <p>“Foi uma tristeza, tristeza autêntica. Senti-me triste, porque a nossa família é constituída por três pessoas: eu, o meu marido e a minha filha, e no momento mais importante, ele não esteve presente. Para mim isso não faz sentido. Só fez com que eu ficasse triste e ele triste. Então, estávamos os dois tristes quando a nossa filha veio para este mundo? Acho que eles podiam ter reunido condições, tinha espaço para ele lá estar, e ele deveria lá estar. E acho que o hospital tem que rever seriamente os seus protocolos, para ir mais de encontro às necessidades destas famílias novas.”</p> <p>“Ele ajudou-me bastante [o meu marido], mas só nas horas em que podia estar. Ou seja, 8 horas. E 8 horas em 24, não são nada. Esperava que ele pudesse estar mais tempo a acompanhar.”</p>
	<p>Considerar útil a sua presença</p>	<p>BS Rússia - “... a diferença entre as duas maternidades até foi o meu marido que comentou, que na maternidade M. ele sentiu que parecia que fazia parte da equipa de partos, explicaram tudo, sentiu-se bem integrado. Aqui nesta maternidade sentiu que parecia que era ele que estava a perturbar tudo. Estavam sempre a dizer: chegue-se para aqui, saia deste lado, porque desse lado tinham os armários, doutro lado tinham os aparelhos, quer dizer, ele não tinha um lugar próprio como na maternidade M. que está preparada com uma cadeira onde ele está sentado ou em pé e nesse espaço ninguém mexe, é o espaço dele. Na maternidade A. tinha sempre que mudar de posição, sempre de um lado para o outro e estavam sempre a dizer: “chegue-se para aqui, agora para ali, agora saia daí, agora vá para ali” e ele sentiu-se um</p>

		<p>empecilho. Parecia que nem sabia para onde podia ir e ele até disse: “para onde me hei-de virar?” Em termos de informação eles não nos ajudam. Parece que eles estão a fazer o trabalho deles e nós estávamos a fazer o nosso trabalho, cada um por si. Sentimo-nos mais ou menos assim.”</p> <p>“Parecia que eles estavam a dizer que o meu marido estava lá a mais e isso foi muito desagradável e fez-me sofrer. Nem quero falar mais nisso porque me magoa ainda! “</p>
	<p>Acompanhamento domiciliário médico ou de enfermagem</p>	<p>AC Ucrânia - “Seria bom ter em Portugal a vigilância domiciliária por parte do médico como temos na Ucrânia, estando já no programa deles.”</p> <p>AQ Portugal - “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 só a falar da gravidez, mas também no pós gravidez. Era bom ter-se uma enfermeira a explicar o que se deve fazer, apesar de se ter tido formação na maternidade, o que para mim foram poucas, não sei se é por causa de haver muitas grávidas, mas deveria haver pelo menos uma enfermeira a ir às nossas casas ver se estamos a cuidar bem do bebé.”</p> <p>“Que fossem a casa explicar [médicos ou enfermeiros], ver se é assim que deveríamos fazer, pronto, deveríamos ter acompanhamento no mínimo uma vez por semana.”</p> <p>“Mais nos pós-parto [acompanhamento em casa].”</p> <p>AT Argentina - “Sim, sim [Portugal deveria melhorar o número de médicos e assistência domiciliária]. Do acompanhamento [domiciliário] ... “</p> <p>“No primeiro mês, médicos ou enfermeiros deveriam ir a casa, para saber se come bem [o bebé], para pesar, porque é o mês mais perigoso e então deviam dar mais acompanhamento domiciliário.”</p> <p>“Sim, senti-me um pouco abandonada [sem acompanhamento domiciliário], como não tenho cá a família.”</p> <p>“Acompanhar mais [esperava mais acompanhamento domiciliário].”</p>
	<p>Acesso rápido à consulta no centro de saúde e hospital</p>	<p>BG Portugal - “A única coisa que eu tenho a dizer é que a espera da consulta para o hospital A. demorou um bocado, demorou mais ou menos 2 ou 3 meses para me chamarem para o hospital A. Eu tive a consulta em Abril e já estava grávida desde Outubro, entretanto vim à médica e a médica pediu a consulta por causa da tensão [arterial].”</p> <p>“Sim [tive a tensão alta logo na primeira consulta] e entretanto só em Abril é que fui chamada para ir ao hospital A.”</p> <p>CD Holanda - “Esperávamos que fosse mais fácil aceder ao Hospital [consultas].”</p> <p>“Foi muito, muito difícil encontrar por exemplo um médico, um ginecologista que o pudesse fazer [consulta].”</p> <p>“Demorei 6 semanas até ter uma consulta no Centro de Saúde.”</p> <p>DD CaboVerde - “Eu esperava ser logo atendida e ter uma consulta no primeiro dia em que cheguei aqui</p>

	<p>Boas condições hospitalares</p>	<p>a dizer que estava grávida [e não tive].”</p> <p>AY Canadá - “Queria estar [durante o parto] no hospital, mas queria música ambiente, não queria tanto a estética de um hospital... Como se fosse em casa, mas ter lá profissionais de saúde para dar auxílio se fosse preciso.”</p> <p>“Para mim era preferível estar em casa [durante o parto], mas para a minha filha não deveria ser isso o melhor para ela, e eu tenho que por as necessidades dela à frente de tudo, e de toda a gente, inclusivamente de mim. Então, isso para mim nunca seria opção [ter o parto em casa sem as condições de um hospital].”</p> <p>“Queria ter [o parto] no hospital, só que num ambiente o mais natural possível. Com a música que a minha filha estava habituada a ouvir quando ela estava na minha barriga. Eu punha sempre música especialmente quando estava a trabalhar e não podia dialogar com ela, trabalhava ao computador punha aquela música que ela estava habituada a ouvir, gostava de ter tido essa oportunidade, infelizmente, eu caminhei e andei muito para tentar desenvolver o parto. Não consegui.”</p> <p>CD Holanda - “As instalações também fazem parte dos cuidados de saúde porque é onde estás quando tens o teu bebé...as instalações são muito velhas. Precisava de uma casa de banho em cada quarto e não de uma casa de banho em todo um corredor! Essas coisas são um problema nos cuidados de saúde.”</p>
	<p>Número de profissionais de saúde adequado</p>	<p>AT Argentina – “Deveria haver mais assistência, mais profissionais de saúde.”</p> <p>“Acho que em todos os hospitais deveria haver mais médicos.”</p> <p>AY Canadá - “Sinto que há poucos enfermeiros a trabalhar para o número de mulheres que há e esperava que houvesse mais.”</p>
	<p>Tempo de permanência hospitalar</p>	<p>AW Brasil - “Outra coisa em que eu esperava que tivessem mais cuidado, é na rapidez com que dão alta as mulheres para terem lugar para as outras grávidas e isso pode causar muitos problemas com as mães e com os bebês, infeções e etc. ... Não aconteceu comigo mas já vi casos assim. Eu tive o bebé na sexta à noite e segunda de manhã estava em casa. Como correu tudo bem deram-me alta mais cedo mas acho que numa cesariana...”</p> <p>“Eu considero que deveriam ter mais cuidado com as altas [precoces].”</p> <p>“Considero que deveriam ter mais cuidado com as altas e fazem só umas perguntas e analisam, para ver se está tudo bem.”</p> <p>“E acho que o exame que se faz na hora não é tão fidedigno para a pessoa ter alta tão cedo. Agora nascem e vão quase logo para casa.”</p> <p>“Eu acho que se tudo correu bem, em caso de cesariana as mulheres deveriam estar internadas 4 dias e num parto normal 3 dias, porque pode haver problemas com os pontos e eu levei muitos.”</p> <p>“O tempo de internamento deveria ser revisto, era o que eu esperava, e quando fossem analisar a alta, analisar com mais cuidado.”</p>

	Organização	<p>BS Rússia - “A organização do centro de saúde e dos hospitais, é tudo péssimo, funciona péssimamente. Estava à espera de mais.”</p> <p>“... em termos de organização [do sistema de saúde] podia melhorar bastante.”</p> <p>“Sim, o profissionalismo não é questão, a única questão é a organização do sistema de saúde que deixa muito a desejar.”</p>
Não esperar nada do SNS	Sem motivo específico	<p>AC Ucrânia - “Não esperava nada em termos de cuidados de saúde. Esperava apenas que o nascimento corresse bem e que o bebé fosse saudável, isso é que era importante.”</p> <p>AG Ucrânia - “Não esperava nada em termos de cuidados de saúde. Não está atrasado. Está tudo bem.”</p> <p>AN França - “Eu não esperava nada em termos de cuidados de saúde.”</p> <p>BB Ucrânia - “... não criei nenhuma expectativa do que iria receber em termos de cuidados de saúde.”</p>
	Por não ter termo de comparação	<p>BP Brasil - “Em relação a isso não posso falar muito ou esperar porque não sei. Não posso mesmo comparar porque não sei. Eu saí de lá com 12 anos e é muito difícil comparar as coisas daqui com as de lá. Como já lá não estou há muitos anos, não sei como funciona.”</p> <p>CW China - “Não posso fazer comparações acerca disso. Já estou há tanto tempo cá e não tenho nenhuma informação acerca do sistema de lá, por isso, nada posso esperar.”</p> <p>DA Ucrânia - “Não sei porque não tive bebé na Ucrânia e não posso dizer o que esperar com certeza pois não tenho comparação.”</p>
	Desconhecimento do funcionamento dos serviços de saúde	<p>AD Brasil - “Não esperava nada do sistema de saúde português porque não sabia como funcionava.”</p> <p>CP Brasil - “Que cuidados esperava? Eu não tinha noção do funcionamento do sistema e por isso eu não estava assim à espera. Não tinha noção do que esperar.”</p>
	Por já conhecer as diferenças	<p>BA Ucrânia - “... não esperava nada do sistema de saúde português, porque sabia que havia diferenças entre o funcionamento de cá e o de lá da Ucrânia, por isso, não foi surpresa para mim.”</p>
	Por não estar a contar ter filhos	<p>BS Rússia - “Não esperava nada em termos de cuidados de saúde e do sistema de saúde porque eu quando vim para aqui não era para casar nem ter filhos.”</p>

CATEGORIA: Expectativas da mulher portuguesa e da imigrante relativas aos profissionais de saúde, durante a gravidez, parto e pós-parto		
Grupos	Subcategorias	Unidades de Registo
Concretizadas	Satisfação com os profissionais de saúde	<p>AF Brasil - “Eu acho que não podia esperar mais... foi até melhor do que eu imaginava; foi tanto o que eu recebi dos enfermeiros que não senti falta de vir mais vezes para o centro de saúde, achei que estava bem e não precisava de incomodar mais gente”</p>

		<p>AO Congo - “Eu fiquei surpreendida. A minha experiência foi bastante positiva. Tive sempre profissionais compreensivos e competentes, mas eu tive muita sorte, não tive razão de queixa. Ultrapassaram as minhas expectativas. Eu hoje, se voltar a engravidar, não vou ter receio porque sei os cuidados que vou receber. São muito cuidadosos e pacientes.”</p> <p>“... mesmo assim valeu a pena, superou as expectativas.”</p> <p>AV Portugal - “Tudo impecável. Eu acho que até foi além das minhas expectativas.”</p> <p>AZ Ucrânia - “Vou ser sincera, quando cheguei a Portugal não pensava que havia bons médicos e superou as minhas expectativas.”</p> <p>“... pensávamos que na Ucrânia era melhor. Como já estamos aqui há tantos anos, agora nós pensamos que aqui está a um nível mais elevado.”</p> <p>BG Portugal - “Superou a expectativa, tanto a médica como os enfermeiros.”</p> <p>BJ Portugal - “Mas surpreenderam-me, porque há muitos médicos que poderiam não se preocupar tanto com as gravidezes.”</p> <p>BK Portugal - “Esperava mais frieza e não tanta dedicação, porque lidam com crianças e grávidas todos os dias. Superou as minhas expectativas.”</p> <p>“... eu tinha a ideia que os enfermeiros ou os médicos não mostravam tanto afeto e foi mais do que eu esperava.”</p> <p>BQ Moldávia - “... não esperava tantos cuidados e nem tanta informação e recebi bem mais...”</p> <p>CD Holanda - “... o que esperei dos profissionais portugueses no início... foi menos do que recebi.”</p> <p>“... a experiência foi muito melhor do que esperávamos.”</p> <p>CE Portugal - “... esperava que ia correr tudo bem e que não ia ter o azar de ter aqueles menos profissionais e assim foi.”</p> <p>“... tinha algumas referências de que me podia calhar um ou outro profissional que eu gostasse menos. Felizmente isso não aconteceu e gostei muito.”</p> <p>CL Portugal - “Isto foi um luxo para mim porque eu não estava nada à espera de ser tão bem tratada.”</p> <p>CP Brasil - “As pessoas falavam, muita gente falava 'os médicos brasileiros são bem melhores que os portugueses!' mas eu não achei diferença nenhuma não! Pelo contrário, achei que eram melhores!”</p> <p>BR Russia - “Eu não sei bem explicar mas tudo o que eu esperava eu recebi dos profissionais de saúde.”</p> <p>BV Brasil - “... correu tudo conforme o esperado.”</p> <p>CG Portugal - “Era aquilo que eu estaria à espera e foi o que eu recebi.”</p> <p>CJ Portugal - “... tudo o que esperava dos profissionais de saúde eu obtive.”</p>
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>“... tudo o que eu esperava dos profissionais de saúde eu tive. Estou muito satisfeita.”</p> <p>“... a expectativa correspondeu ao que realmente existiu.”</p> <p>CO China - “... o que eu esperava, por acaso, obtive: simpatia, cuidados pormenorizados em todos os sentidos, fizeram tudo o que eu precisava, tiraram-me as dúvidas todas, explicaram-me tinton por tinton o que eu precisei e pronto.”</p>
Bom atendimento	<p>AA Portugal - “Esperava que os profissionais tivessem boa vontade e tiveram.”</p> <p>“... esperava essa boa vontade que tive da parte dos profissionais.”</p> <p>AI - Brasil - “... das consultas esperava ser bem atendida como sempre fui.”</p> <p>“Tudo o que esperava, foi feito! Acho que todos fizeram o serviço que deveria ser feito. Foi tudo bem explicado, muito bem feito, muito esclarecida e muito bem atendida.”</p> <p>“Tudo o que esperava que fosse feito, foi! Que vigiassem bem a minha gravidez, que desse tudo certo, é isso que a gente espera.”</p> <p>AZ Ucrânia - “... eu esperava receber um bom atendimento e recebi.”</p> <p>BC Portugal - “Esperava o que eles me deram porque sempre que precisava de uma consulta tive-a, tive a rotina e os cuidados todos que havia para ter de uma gravidez.”</p> <p>CO França - “Esperava ser bem atendida como realmente fui.”</p>
Profissionalismo	<p>CR Guiné - “Eu esperava o melhor profissionalismo dos médicos e enfermeiros portugueses e assim o tive!”</p> <p>“Mas aqui em Portugal eu esperava e tive o melhor dos médicos e enfermeiros.”</p> <p>CX Moldávia - “Esperava receber ajuda profissional, como todos queremos receber dos médicos e enfermeiros, quer aqui quer lá. Mas aqui gostei muito. Esperava e tive profissionalismo. Quero ter mais bebés cá.”</p> <p>CY Brasil - “Esperar ser bem tratada significa: ser bem assistida, ter uma assistência correta e não generalizada, profissional e com competência e assim aconteceu.”</p> <p>DA Ucrânia - “Profissionalismo todos os médicos têm que ter, por isso, também esperava ter e tive.”</p>
Ajuda dos profissionais de saúde	<p>AA Portugal - “Esperava que os profissionais me ajudassem e ajudaram porque, por exemplo, eu não me podia levantar sozinha para ir à casa de banho, precisava de ajuda e tive-a.”</p> <p>AC Ucrânia - “Esperava também ajuda durante o parto, ajuda em tudo, ajuda de modo a que eu me sentisse bem, que estivesse bem e tive!”</p> <p>CS Ucrânia - “Esperava dos profissionais a sua ajuda e tive.”</p>
Comunicação e esclarecimento de dúvidas	<p>AI - Brasil - “... esperava que os profissionais de saúde tirassem e explicassem as minhas dúvidas</p>

		<p>durante a gravidez porque eu estando aqui sozinha com o meu marido, e sem nenhum dos dois ter tido filhos ainda...Se tivesse família por perto era diferente, a gente sempre tem informação de todos. Claro que não como um médico, mas sempre tem... E eu consegui tudo o que precisava com os médicos.”</p> <p>“Quando se está grávida espera-se ser bem cuidada, que tenhamos as dúvidas esclarecidas e tudo isso foi feito.”</p>
<p>Não concretizadas</p>	<p>Comunicação e esclarecimento de dúvidas</p>	<p>AD Brasil - “... gostaria que me tivessem dado essa informação porque eu pensava que isso era passado, que isso já não existia, mas depois o bebê começou a chorar tanto que o médico perguntou se eu o tinha posto a arrotar, e eu disse que não. O médico perguntou: 'Você não sabia?!' E eu: 'pensei que já nem faziam isso mais...!’”</p> <p>AT Argentina – “Esperava encontrar mais informações para me orientar.”</p> <p>“Esperava encontrar mais porque eu não sabia quando a mama estava cheio ou quando é que era suficiente o leite. Havia muitas dúvidas.”</p> <p>“Gostava de ter informação de um profissional, porque uma amiga diz uma coisa, a mãe diz outra e de um profissional é uma informação mais segura.”</p> <p>“Esperava que os profissionais de saúde fossem mais comunicativos.”</p> <p>AW Brasil - “Eu queria que ela [enfermeira] me informasse, que me deixasse um pouco mais calma quanto à minha preocupação, mas ela não o fez.”</p> <p>AY Canadá - “... no início, quando recorri ao serviço público de saúde eu tentei abrir diálogo sobre o que era melhor, e senti que não havia abertura às minhas perguntas por parte do médico. Os médicos podem ser muito bons, não ponho isso em questão, e o número das consultas... Tudo é muito bom, mas para mim não é, porque no meu país o utente tem que saber tudo. Os médicos têm uma obrigação enorme de dar informação, então eu estou habituada a ser uma pessoa muito informada do que está a acontecer. Era o que eu esperava.”</p> <p>“Abertura e diálogo era o que eu esperava, porque as coisas estão sempre a mudar e acho que qualquer pessoa que tem um filho tem obrigação de saber exatamente o que se está a passar com o seu filho, e devia haver mais diálogo.”</p> <p>“... a mulher chegar à consulta de vigilância de gravidez e dizerem que está tudo bem, acho estranho esse comportamento. Acho que quando o médico está a pedir análises, deve ser ele a dizer porque é que as está a pedir, porque é que quer ver os níveis disto, os níveis daquilo... porque é que esse teste é feito. Quero ser informada. É um direito meu e não sinto que isso tenha acontecido cá.”</p> <p>“Sinto-me um bocado frustrada porque tenho que estar sempre a fazer perguntas, e eu não sou profissional de saúde. Posso não saber todas as perguntas a fazer. E gostava que fossem um bocadinho diferentes e mais comunicativos. Sinto muita frustração... pronto, eu entendo que durante muito tempo as coisas foram assim. Demoram a mudar, a evoluir, também tenho que ter alguma compreensão, porque “em Roma, sê romano” mas na saúde, acho que não se aplica assim tanto, porque a saúde é uma coisa séria! O nosso estado de saúde</p>

		<p>afeta toda a nossa vida e por isso eu acho que os profissionais de saúde deveriam ter um bocadinho mais de abertura.”</p> <p>“Eles deveriam estar mais abertos para com as pessoas. Acho que deveriam ter mais tempo! Eu não sei porque é que só marcam consultas de meia hora, entre uma consulta e a outra. Como é que meia hora é suficiente para fazer uma vigilância de uma gravidez? Tem que se examinar a mulher, tem que se pesar, tem que se perguntar sobre o que tem acontecido, como é que ela está... tem que se tirar as dúvidas dela e tem que se dar informação. 'Agora nesta fase de gravidez está a acontecer isto, e isto e isto. O bebé está a desenvolver isto. Em termos de alimentação deveria procurar comer mais disto e isto”. Eu não tive nada disso. Eu tive que ler para saber isso tudo.”</p>
	Profissionalismo	<p>AN França - “O sigilo devia ser uma coisa que se deve respeitar, porque é um momento muito privado, as pessoas que não se portaram bem é porque não conseguiram ou não sabiam. Ou porque optaram por essa forma de estar, pela sua cultura ou forma de vida. Seria bom que os profissionais guardassem sigilo para que as pessoas não tenham que se preocupar se tiveram ou não o comportamento que esperavam que tivessem e não sintam que depois mais tarde continuam a ser julgadas pelas pessoas.”</p> <p>CH Portugal - “... acerca dos cuidados que eu tive, quando tive a menina, ficaram muito aquém das minhas expectativas por falta de profissionalismo.”</p>
	Ajuda e apoio	<p>CN Moldavia - “Tudo o que eu tive não era o que esperava, esperava mais...Eu sinto-me como alguém que está a gritar e já não tem mais força para dizer as coisas e ninguém a ouve e cada vez que falo com alguém dizem “Tu não disseste, tu não disseste”, só que me lembro muito bem do que falo. Eu sei que falo demais...pode ser que, porque fale demais, por isso ninguém me ouve. Tenho o coração como uma pedra.”</p>
	Experiência profissional	<p>AC Ucrânia - “Esperava que os médicos fossem mais experiente e não achei que fossem.”</p>
	Presença dos profissionais	<p>AC Ucrânia - “... esperava presença por parte dos profissionais e isso eu não tive.”</p>
	Presença de intérprete	<p>AK Rússia - “... gostaria de ter tido um intérprete.”</p>
Não esperar nada dos profissionais de saúde	Sem motivo específico	<p>BZ Moldávia - “Não esperava nada de especial.”</p> <p>“Acho que não esperava nada de especial, acho que está tudo no normal.”</p> <p>CN Moldavia - “Eu não estava à espera de nada de especial, apenas que fizessem o seu trabalho como sabem fazer.”</p>
	Por não ter termo de comparação	<p>BP Brasil - “A nível profissional também não posso dizer muito porque também não me lembro eu sai de lá com 12 anos também nunca gostei muito de ir ao médico, era criança, também não consigo fazer essa comparação, é muito difícil.”</p>

Gráfico 3: Percentagem de mulheres entrevistadas face ao número de meses que se encontram a residir em Portugal

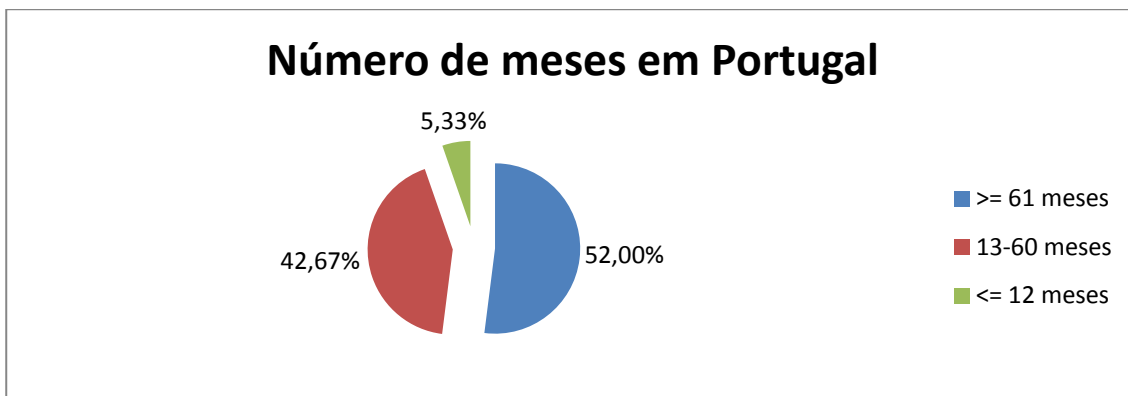


Gráfico 4: Percentagem de mulheres entrevistadas por distrito onde decorreu o parto

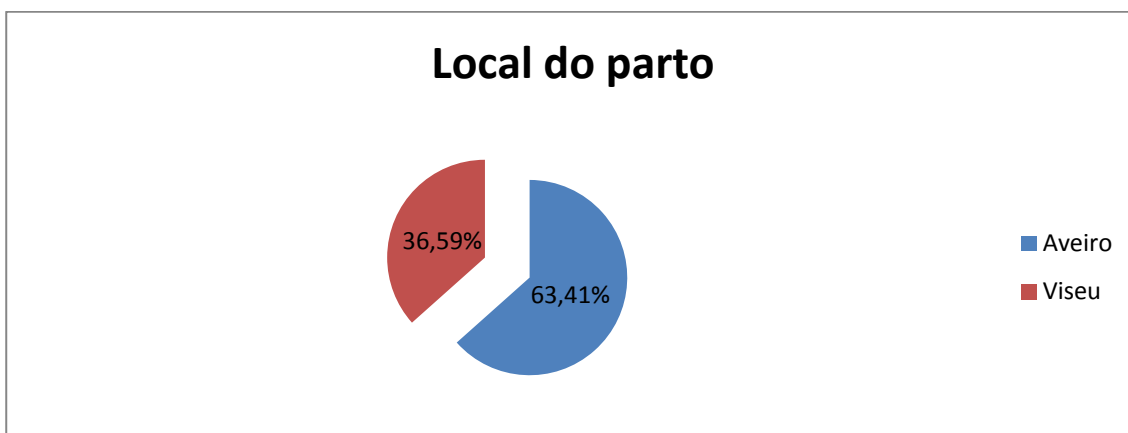


Gráfico 5 – Percentagem de mulheres entrevistadas face à idade reprodutiva

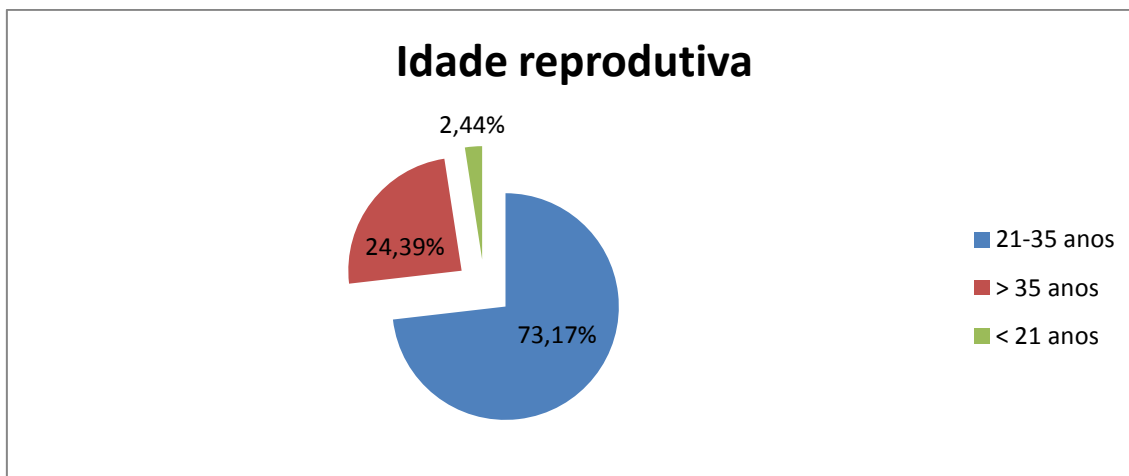


Gráfico 6 – Percentagem discriminada de mulheres entrevistadas face à idade reprodutiva

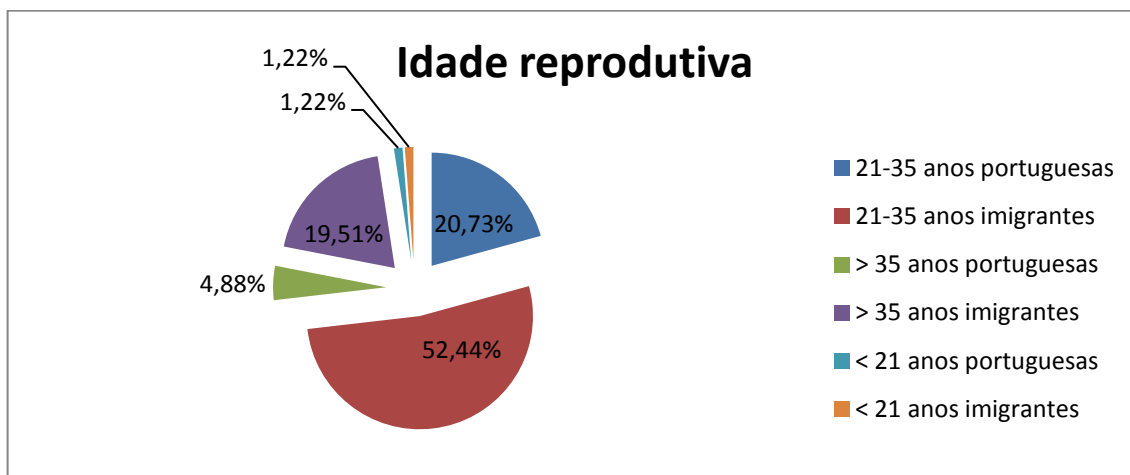


Gráfico 7 – Percentagem de mulheres entrevistadas face à formação académica

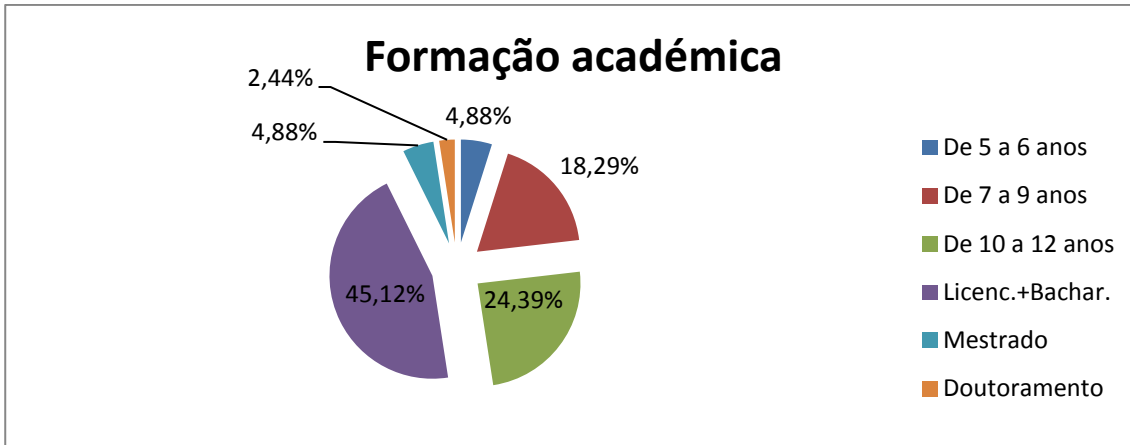


Gráfico 8 - Percentagem discriminada de mulheres entrevistadas face à formação académica

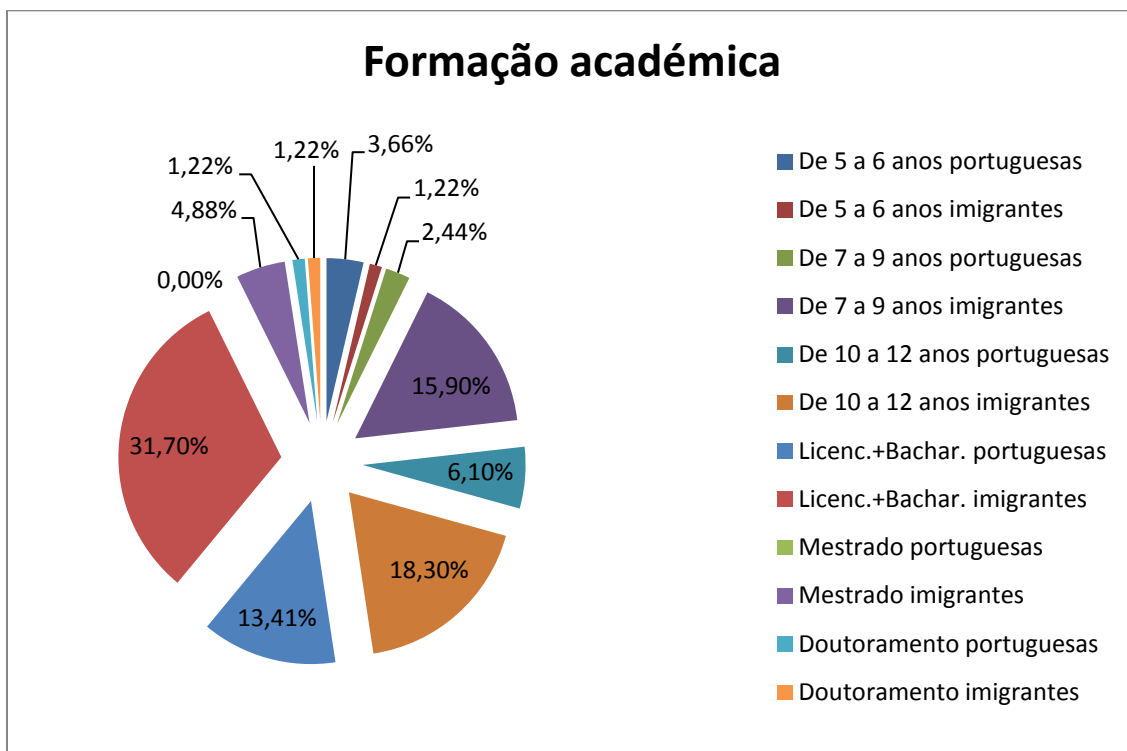


Gráfico 9: Distribuição da percentagem de mulheres participantes por profissão

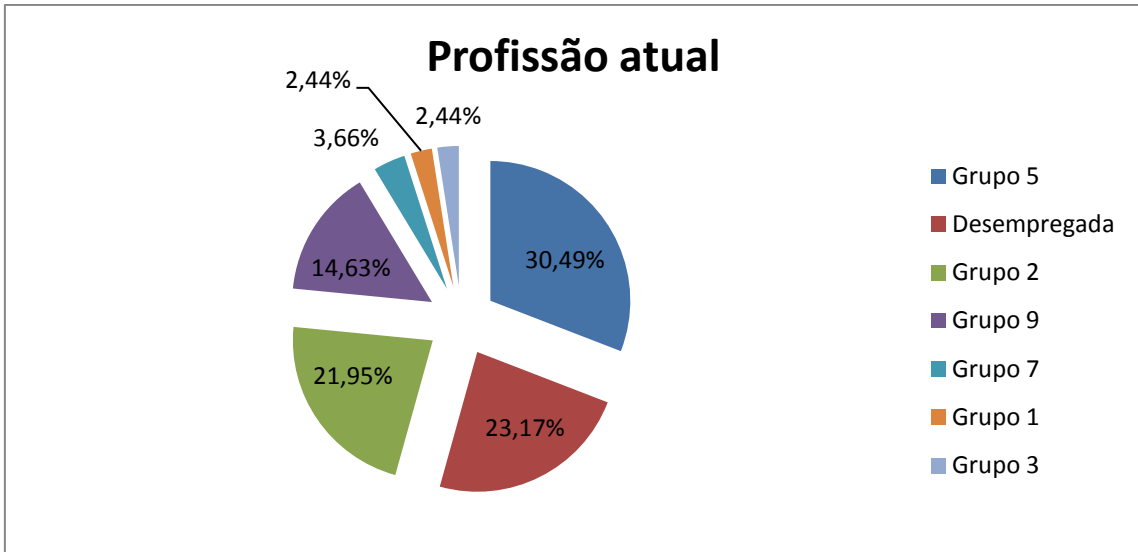


Gráfico 10: Distribuição da percentagem discriminada de mulheres participantes por profissão

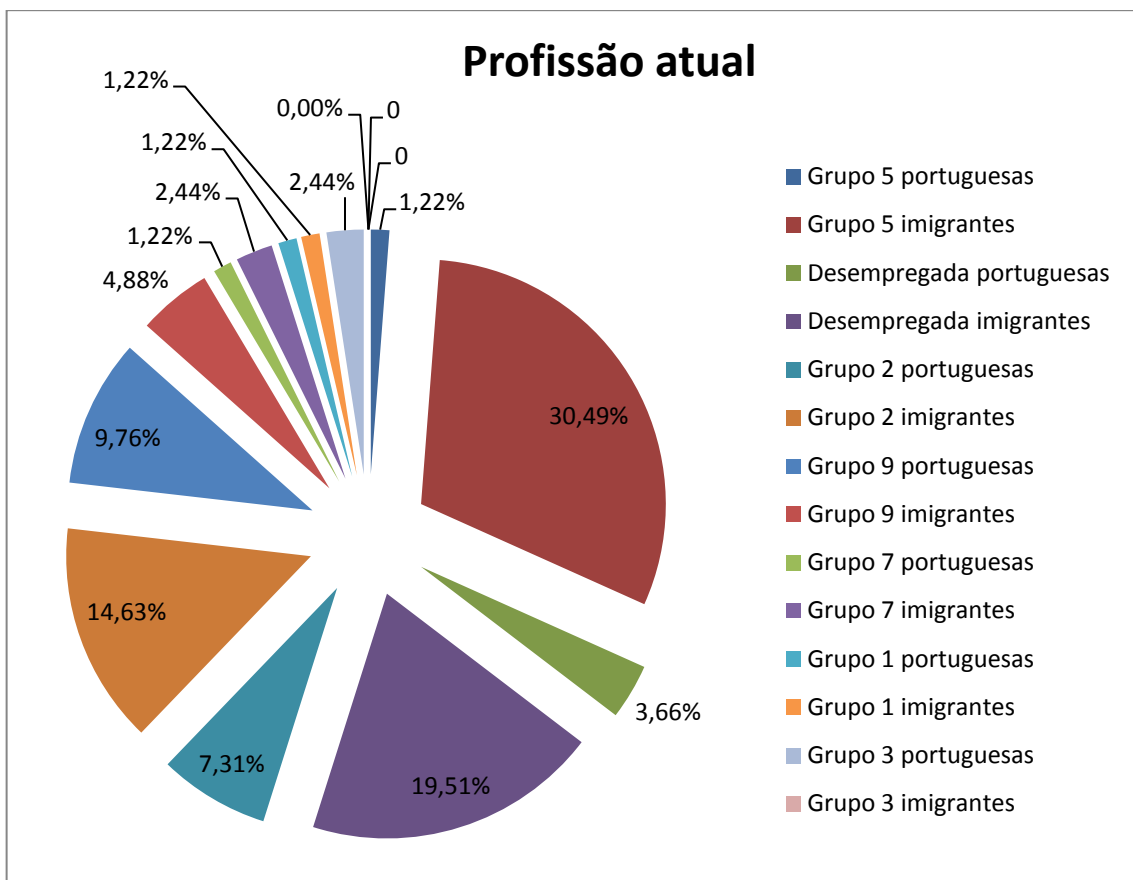


Gráfico 11: Distribuição da percentagem de mulheres participantes por estado civil

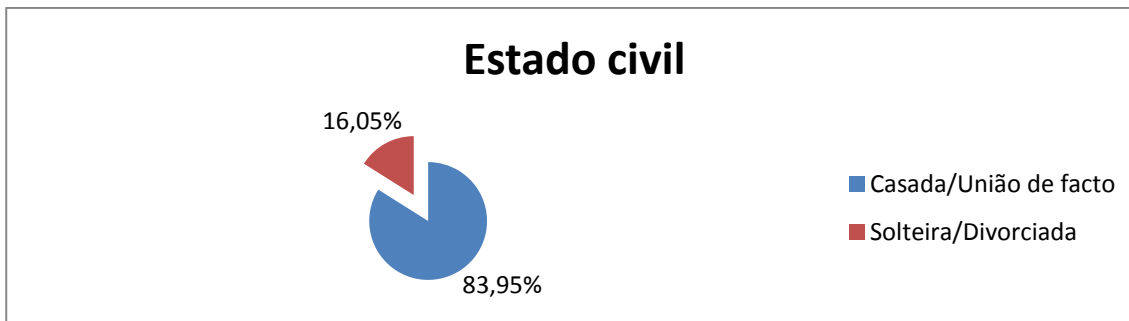


Gráfico 12: Distribuição da percentagem discriminada de mulheres participantes por estado civil

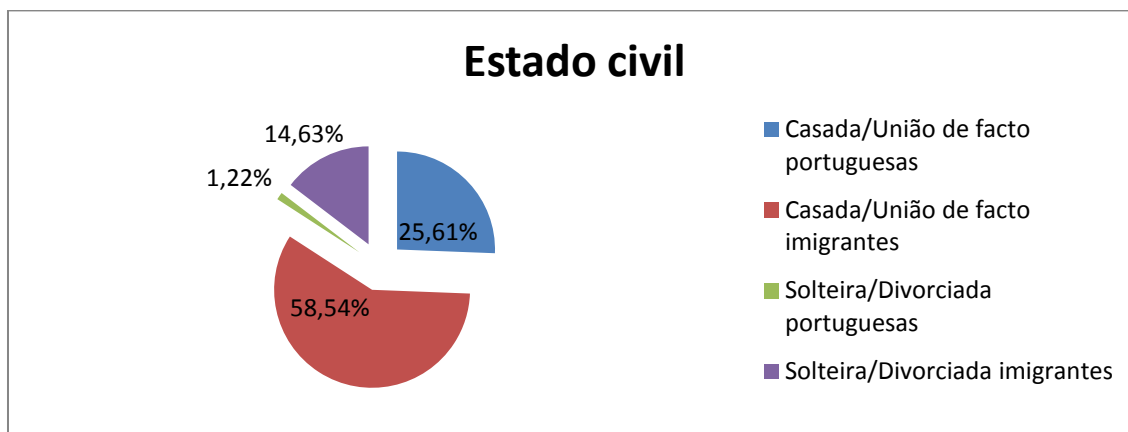


Gráfico 13: Distribuição da percentagem de mulheres participantes por religião

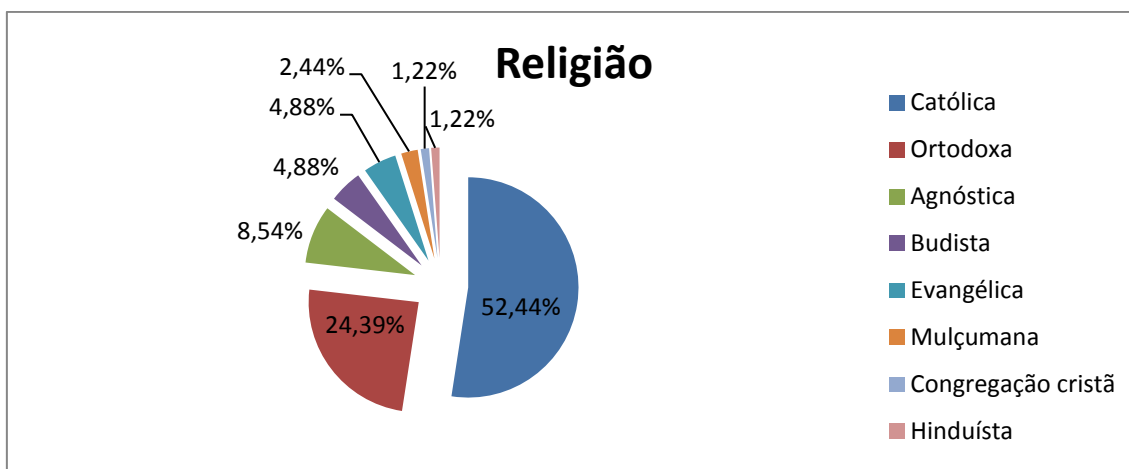


Gráfico 14: Distribuição da percentagem discriminada de mulheres participantes por religião

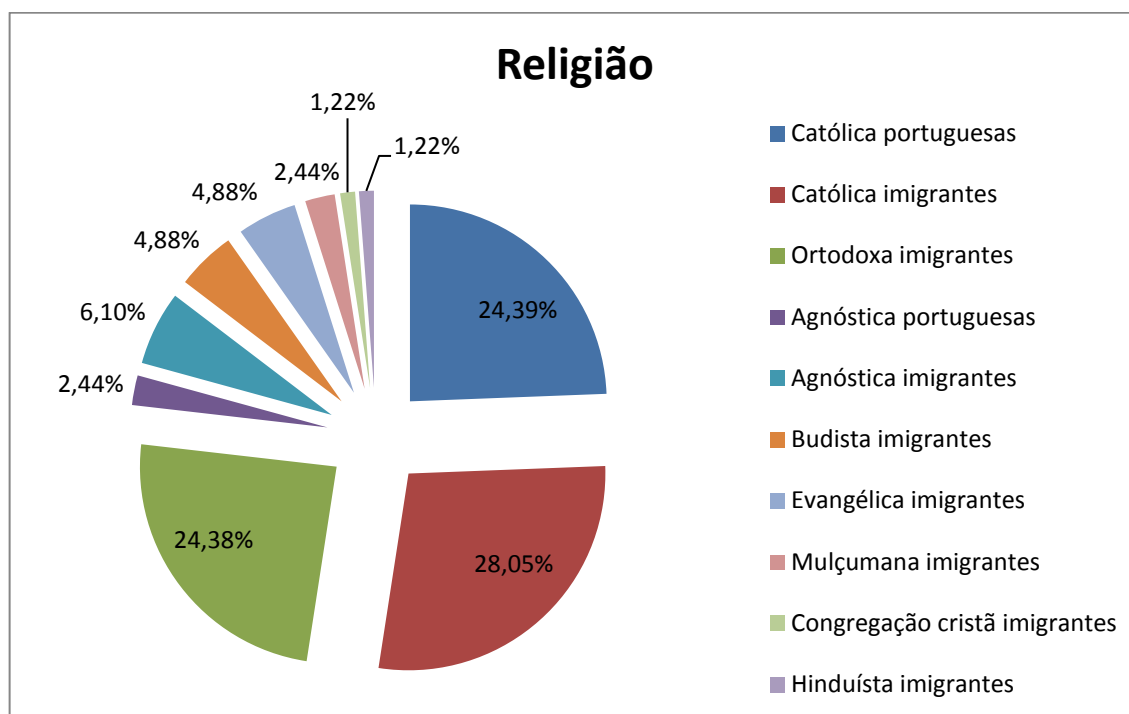


Gráfico 15: Distribuição da percentagem de mulheres participantes por idade puerperal

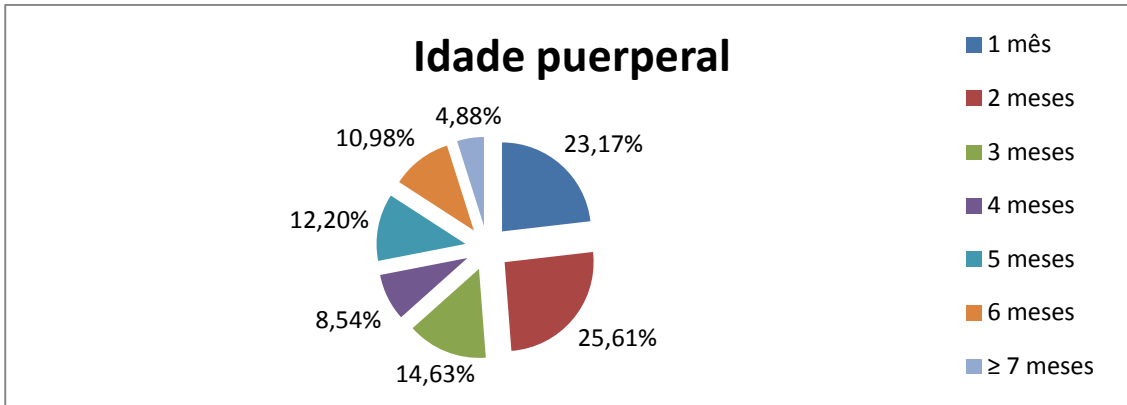


Gráfico 16: Distribuição da percentagem discriminada de mulheres participantes por idade puerperal

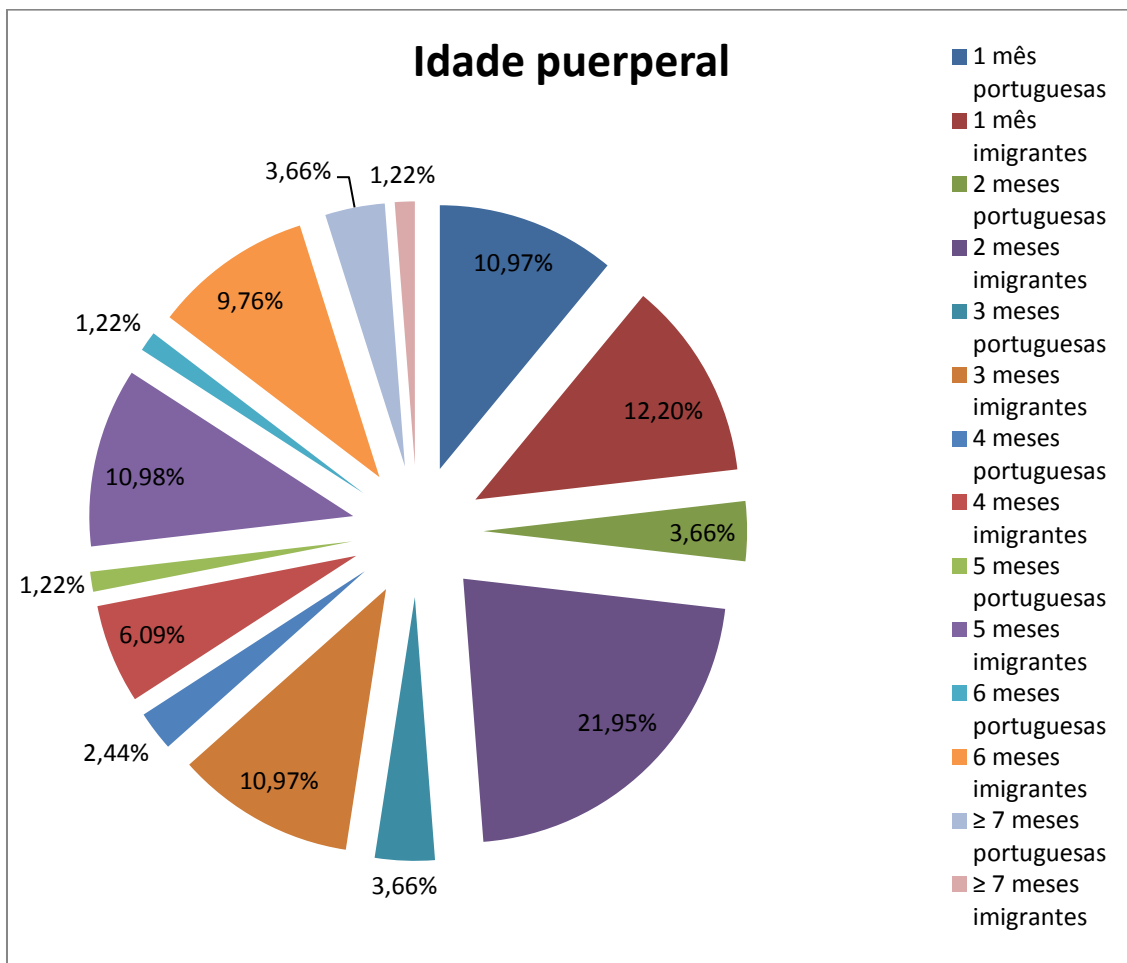


Gráfico 17: Distribuição da percentagem de mulheres participantes por vigilância da gravidez

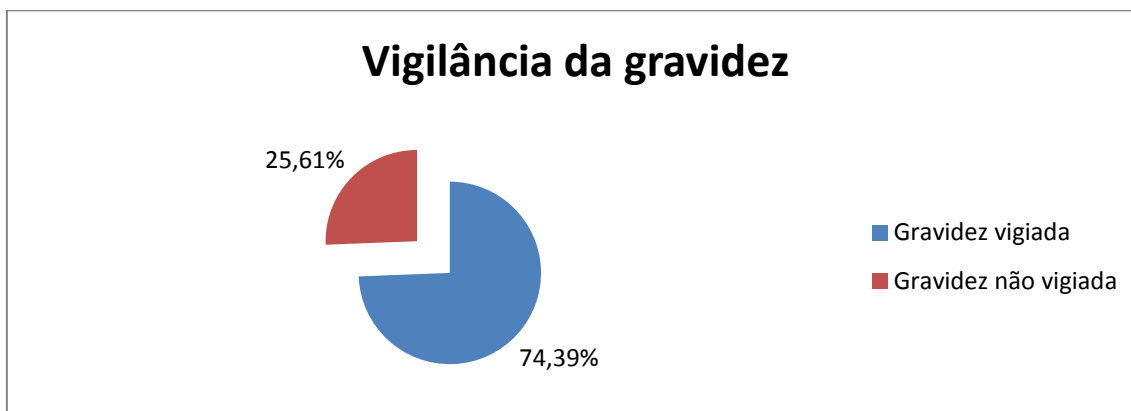


Gráfico 18: Distribuição da percentagem discriminada de mulheres participantes por vigilância da gravidez

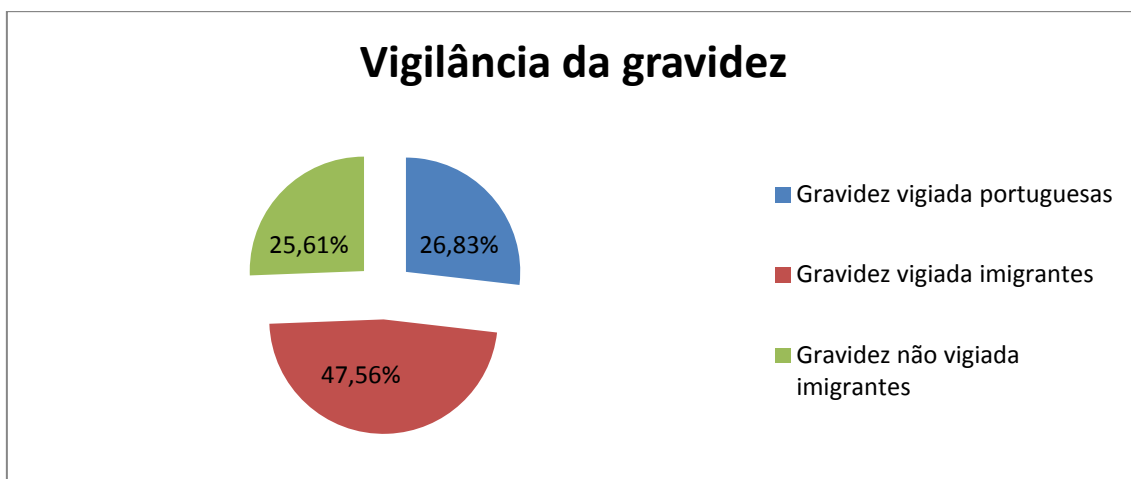


Gráfico 19: Distribuição da percentagem de mulheres participantes por acompanhamento durante o trabalho de parto

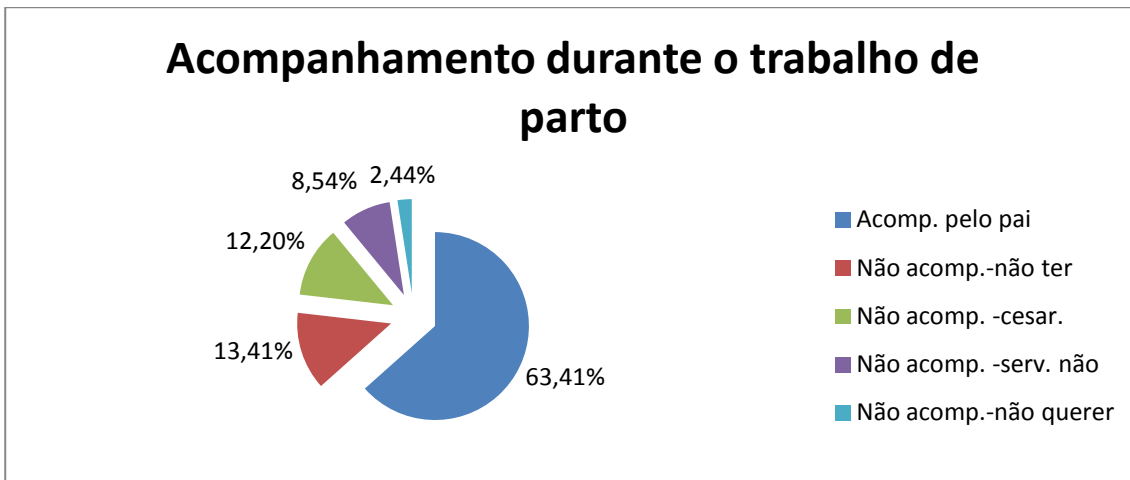
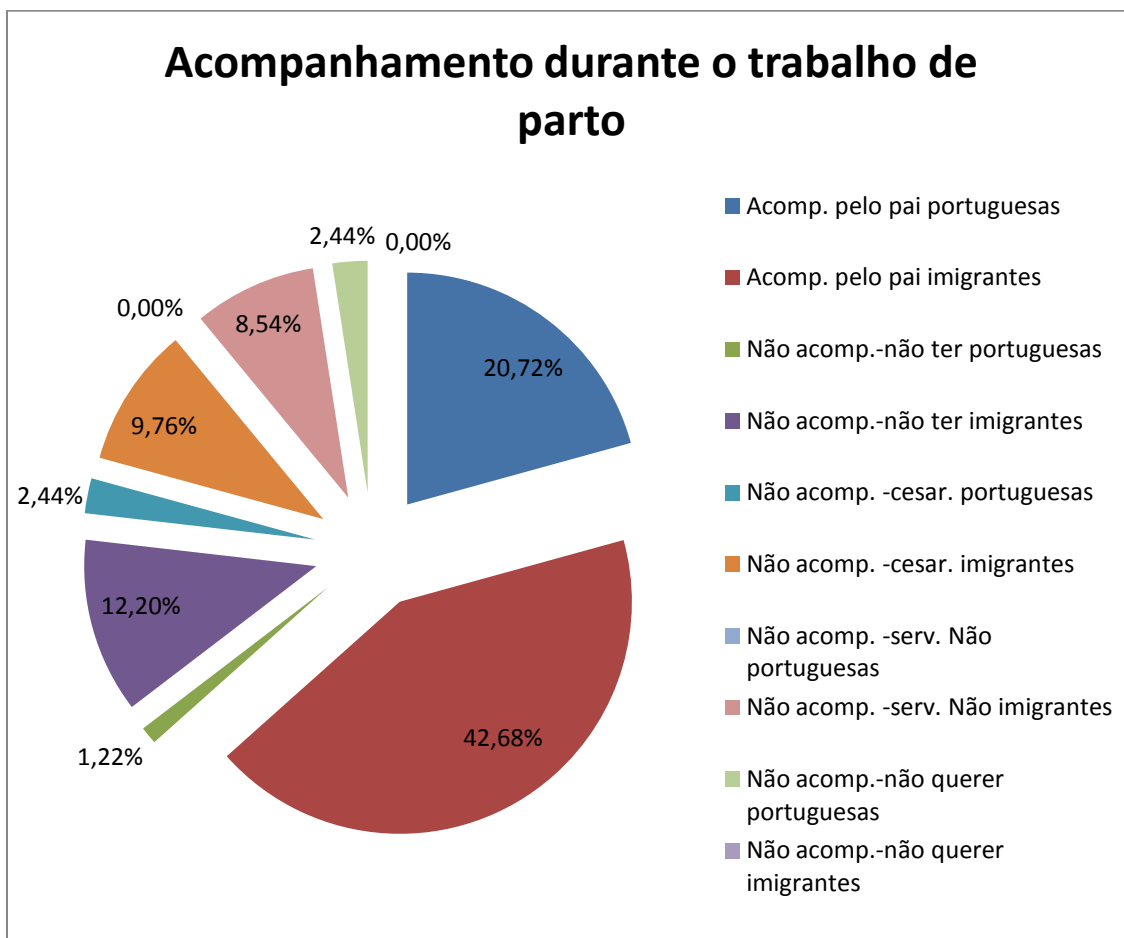


Gráfico 20: Distribuição da percentagem discriminada de mulheres participantes por acompanhamento durante o trabalho de parto



Anexos

Anexo I - Autorização para realização de entrevistas nos ACES Dão Lafões e Baixo Vouga II

 Ministério da Saúde  ARSC - ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, L.P.  ACES VISEU <small>agrupamento de centros</small>		Exm ^o Senhor Presidente do Conselho Directivo da Escola Superior de Saúde de Viseu R. D. João Crisóstomo de Almeida, nº 102	
		L 3500-843 VISEU	
Sua referência:	Sua comunicação:	Nossa referência:	
306 - Proc.70	25/03/2010	ACES	28/07/2010
ASSUNTO:			
Pedido de Autorização para Realização de Entrevistas			
<p>Relativamente ao assunto em epígrafe, informo V. Ex^a. que foi autorizada a realização das Entrevistas solicitadas, à Senhora Professora Emilia de Carvalho Coutinho, Professora Adjunta dessa Escola, sobre o estudo que se encontra a desenvolver "Ser mãe imigrante e portuguesa: vivências de cuidados culturais no contexto de saúde português".</p>			
Com os melhores cumprimentos			
 O DIRECTOR EXECUTIVO			
 (José Carlos Coelho Ferreira de Almeida, Dr.)			
A: Dr. António José de Almeida - 3504-511 VISEU <small>15/10/2010</small>		Telef: 232 419 000 Telefex: 232 421 110 Email: aces.viseu@crs.viseu.acs.viseu.pt	

07/12 2010 18:35 FAX 351239796861 ARS CENTRO GAP 4001

ARSC ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, I.P.
www.arscentro.min-saude.pt


Prof. Emília

Escola Superior de Saúde de Viseu
09-22-2910
Prof. 20 N. 1242

Ac. conf. urgente do presidente do conselho de Viseu 10/12/10
7022 10 0317

Exm^o Senhor
Prof. Doutor João Carvalho Duarte
Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu
Fax 232 428343
c/c Se.^a Prof.^a Adjunta Emília Coutinho

Set. destinatária	Data	Número eletrónico	DMS
ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de entrevistas- Estudo Ser mãe imigrante e portuguesa			
Para conhecimento e devidos efeitos, informa-se V. Ex. ^a que após análise do pedido mencionado em epígrafe, o Conselho Directivo emite despacho de autorização à realização do inquérito solicitado.			
Com os melhores cumprimentos, <i>mf</i>			
O VICE-PRESIDENTE DO CONSELHO DIRECTIVO			
<i>Mário Rui Ferreira</i>			
(Dr. Mário Rui Ferreira)			
MRF/cmb			



Alameda Júlio Henriques - Apartado 1087 - 3001-553 Coimbra - Tel. 239 796 800 - Fax 239 796 815 - 239 796 861
E-mail: geral@arscentro.min-saude.pt

000 - 20/02

Anexo II – Autorização da comissão nacional de proteção de dados



Processo n.º 85/2011

AUTORIZAÇÃO N.º 191 /2011

Emília de Carvalho Coutinho, no âmbito da sua tese de Doutoramento, notificou à CNPD um tratamento de dados pessoais com a finalidade de elaborar um estudo observacional para comparar as vivências de puérperas imigrantes e portuguesas sobre os cuidados de saúde na gravidez e trabalho de parto em Portugal.

Serão incluídas no estudo as mães que estejam internadas após o parto num dos centros participantes. O médico ou enfermeiro assistente, investigadores no estudo, solicitarão consentimento informado, cuja declaração deverá ser arquivada no processo clínico das participantes.

A responsável pelo tratamento de dados, investigadora principal, irá realizar entrevistas às participantes no estudo que sejam seguidas nos Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões e do Baixo Vouga Sul.

As destinatárias deverão ser ainda informadas sobre a natureza facultativa da sua participação e garantida a confidencialidade no tratamento.

A CNPD já se pronunciou na sua Deliberação n.º 227 /2007 sobre o enquadramento legal, os fundamentos de legitimidade, os princípios orientadores para o correcto cumprimento da Lei de Protecção de Dados, bem como as condições gerais aplicáveis ao tratamento de dados pessoais para esta finalidade.

No caso em apreço, a notificação enquadra-se no âmbito tipificado por aquela Deliberação.

A informação tratada é recolhida de forma lícita (art.º 5º, n.º1 al. a) da Lei 67/98), para finalidades determinadas, explícitas e legítimas (cf. al. b) do mesmo artigo) e não é excessiva.

O fundamento de legitimidade é o consentimento expresso das titulares dos dados.

Assim, nos termos do nº2 do artigo 7º e da alínea a) do nº 1 do artigo 26º da LPD, com as condições e limites fixados na referida Deliberação, que se dão aqui por reproduzidos e que fundamentam esta decisão, e ainda com a condição aqui fixada, autoriza-se o acesso aos

Rua de São Bento, 148-3º • 1200-821 LISBOA
Tel: 213 928 400 Fax: 213 976 832
geral@cnpd.pt www.cnpd.pt

21 393 00 39
LINHA PRIVACIDADE
Das 09h das 10 às 19 h
duvidas@cpdp

