

**Maria João Pereira Sopa**

**UNIVERSIDADE ABERTA**

**Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde**

**REPRESENTAÇÕES  
E PRÁTICAS DA  
MATERNIDADE**



**EM CONTEXTO  
MULTICULTURAL E MIGRATÓRIO**

**ORIENTADORA:**

**Professora Doutora Natália Ramos**

**Lisboa**

**Janeiro, 2009**

**CAPA – Maternidade (Pintura de Vicente Luiz Vieira Simas)**

*“A identificação da maternidade com a reprodução biológica nega que o mais importante na reprodução humana não é o processo de concepção e gestação, mas a tarefa social, cultural, simbólica e ética de tornar possível a criação de um novo sujeito humano”*

(Tubert, 1996)



Agradeço a todos que tornaram possível o culminar desta árdua, mas deleitosa odisséia.

Só com o seu incentivo, disponibilidade, paciência e cooperação, foi possível chegar a bom porto.

O meu bem-haja a todos...



## **RESUMO**

As sociedades de hoje são cada vez mais, culturalmente diversificadas. Portugal não é exceção, verificando-se este fenómeno no quotidiano. Consequência deste facto assiste-se a um aumento significativo de mulheres a viver o processo da maternidade em contexto multicultural e migratório.

A maternidade não é imune à pressão de diversos factores que estão subjacentes a um processo migratório. É enquadrado neste paradigma que este estudo envereda a sua pesquisa, pretendendo compreender de que modo a mulher imigrante vivencia a sua gravidez, parto e puerpério em situação de adaptação/aculturação.

De modo a dar resposta ao pretendido com o estudo, dirigiu-se o mesmo para a metodologia qualitativa. É um estudo descritivo, exploratório e transversal. Optou-se como instrumentos de colheita de dados, pela entrevista semi-estruturada associada à observação participante.

Foram entrevistadas no seu domicílio, vinte mulheres imigrantes que tinham sido mães recentemente em Portugal. Os dados foram analisados através da técnica de análise de conteúdo de Bardin.

Concluiu-se que as práticas de cuidados relativas à maternidade, encetadas na intimidade da família são grandemente influenciadas pelos saberes culturais originais, embora sofrendo algumas alterações em contexto de imigração, fruto da interferência da cultura de acolhimento.

O suporte social informal na ajuda da consolidação do papel materno tem um peso mais expressivo, do que o suporte social formal, nomeadamente, dos profissionais de saúde.

**Palavras chave:** Multiculturalidade, Interculturalidade, Imigração, Maternidade, Práticas de cuidados, Recém-nascido, Cuidar transcultural



## **ABSTRACT**

The societies today are more and more, culturally diversified. Portugal is no exception, this phenomenon can be verified in the everyday life. Consequence of this fact is the significant increase of women who live the process of the maternity in a multicultural and migratory context.

The maternity is not exempt from the pressure of several aspects that are related to a migratory process. It is framed in this paradigm that this study does its research, trying to understand the way the woman immigrant live their pregnancy, childbirth and puerperium in a situation in which they have to experience the adaptation to the culture of the foreign country.

In order to give answer to the purpose of the study, the option was the qualitative methodology. It is a descriptive, exploratory and traverse study. We opted, as instruments of collection of the data, for the semi-structured interview associated to the participant observation.

Twenty immigrant women, who had been recently mothers in Portugal, were interviewed at their homes. The data were analyzed through the technique of content analysis of Bardin.

We are able to conclude that the relative practices of cares to the maternity, begun in the intimacy of the family are largely influenced by their own cultural origine, although suffering some alterations in immigration context, fruit of the interference of the reception culture.

The informal social support in the help of the consolidation of the maternal paper has a more expressive weight than the formal social support, such as the one given by the professionals of health.

**Words key:** Multiculturality, Interculturality, Immigration, Maternity, Practices of cares, Newly born , To take care transcultural



## ÍNDICE GERAL

RESUMO .....	V
ABSTRACT .....	VII
ÍNDICE DE FIGURAS .....	XII
ÍNDICE DE QUADROS .....	XIII
INTRODUÇÃO .....	17
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	25
<b>CAPÍTULO I – CULTURA, DIVERSIDADE CULTURAL E MIGRAÇÃO</b> .....	25
1 – CULTURA, DIVERSIDADE CULTURAL E INTERCULTURALIDADE... ..	25
2 – MIGRAÇÃO .....	29
2.1 - A Imigração em Portugal .....	31
2.2 - Dados Estatísticos .....	32
3 - ADAPTAÇÃO E ACULTURAÇÃO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE .....	43
3.1 - Vulnerabilidade e Resiliência da População Imigrante .....	45
3.2 - Suporte Social .....	51
<b>CAPÍTULO II – CULTURA E MATERNIDADE</b> .....	54
1- CUIDADOS MATERNOS AO RECÉM-NASCIDO .....	56
1.1 - Dimensões de Cuidados ao Recém Nascido .....	57
2 - ESTILOS CULTURAIS DE CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO .....	61
3 - ABORDAGEM DO PAPEL MATERNO .....	63
<b>CAPÍTULO III – MATERNIDADE E MIGRAÇÃO</b> .....	66
1 - INFLUÊNCIA DO SUPORTE SOCIAL NA CONSECUÇÃO DO PAPEL MATERNO EM CONTEXTO DE MIGRAÇÃO .....	70
1.1 - Papel dos Profissionais de Saúde na Consecução do Papel Materno ...	71
1.1.1 - Cuidado de Saúde transcultural .....	74
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	85
<b>CAPÍTULO I – METODOLOGIA</b> .....	85
1 – TIPO DE ESTUDO .....	85
2 – CRITÉRIOS DE SELECÇÃO DA AMOSTRA .....	88
3 – LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO .....	89
4 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	89
5 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS .....	90
6 – IMPLICAÇÕES ÉTICAS .....	92
<b>CAPÍTULO II – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	93
1 – CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	95
1.1 – Identificação das Participantes do Estudo .....	96
1.2 – Caracterização dos Países das Participantes .....	119
1.3 - Apresentação Sumária das Histórias de Vida de cada Participante .....	127
2 – ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	143
2.1 - Motivos da Migração .....	144
2.1.1 - Factores repulsivos do país de origem .....	144
2.1.2 - Factores atractivos do país de acolhimento .....	147
2.1.3 - Rede de acolhimento .....	149
2.2 - Planeamento da fase final do percurso migratório .....	150
2.2.1 - Confronto entre a realidade e as expectativas inicialmente formuladas .....	150

2.2.2	- Intenção de regressar ao país de origem .....	152
2.2.3	- Intenção de permanecer no país de acolhimento .....	153
2.3	- Adaptação ao país de acolhimento .....	154
2.3.1	- Confronto com elementos adversos/ Vulnerabilidade .....	154
2.3.1.1	- Língua .....	155
2.3.1.2	- Clima .....	156
2.3.1.3	- Alimentação .....	157
2.3.1.4	- Isolamento .....	157
2.3.1.5	- Saudade .....	158
2.3.1.6	- Trabalhos esforçados ou de menor diferenciação .....	159
2.3.1.7	- Relações interpessoais de risco .....	160
2.3.1.8	- Burocracia .....	161
2.3.1.9	- Dificuldade em conseguir emprego/ Dificuldades económicas .....	162
2.3.1.10	- Alojamento conjunto com pessoas desconhecidas/ Confronto cultural .....	162
2.3.1.11	- Emprego precário .....	163
2.3.1.12	- Comportamentos discriminativos .....	163
2.3.2	- Factores de protecção .....	165
2.3.2.1	- Factores de protecção internos .....	165
2.3.2.2	- Factores de protecção externos .....	166
2.3.2.2.1	- Amigos/Vizinhos .....	167
2.3.2.2.2	- Familiares .....	169
2.3.2.2.3	- Grupos religiosos .....	171
2.4	- Representações e Características Culturais do País de Origem .....	172
2.4.1	- Sentimentos em relação ao país de origem .....	172
2.4.2	- Língua .....	176
2.4.3	- Alimentação .....	177
2.4.4	- Vestuário .....	181
2.4.5	- Festividades .....	183
2.4.6	- Crenças e Rituais .....	189
2.4.7	- Valores .....	194
2.4.7.1	- Solidariedade .....	194
2.4.7.2	- Liberalização .....	195
2.4.7.3	- Disciplina .....	195
2.4.7.4	- O valor da vida in útero .....	196
2.4.7.5	- Importância da maternidade .....	196
2.4.7.6	- Importância do género .....	197
2.4.7.7	- Sabedoria popular .....	198
2.4.8	- Dinâmica familiar .....	198
2.4.8.1	- Poligamia .....	198
2.4.8.2	- Tarefas caseiras .....	199
2.4.8.3	- O papel do pai nos cuidados ao bebé .....	200
2.4.8.4	- Chefe de família .....	202
2.4.8.5	- Responsável pela educação dos filhos .....	203
2.4.8.6	- Responsável pela angariação de rendimentos para a família .....	204
2.4.9	- Maternidade .....	206
2.4.9.1	- Gravidez .....	207
2.4.9.1.1	- Vigilância da Saúde da grávida .....	208
2.4.9.1.2	- Cuidados durante a gravidez .....	210
2.4.9.1.3	- Superstições .....	212

2.4.9.2 – Parto .....	216
2.4.9.3 - Cuidados à mulher no pós parto .....	224
2.4.9.4 - Cuidados ao recém-nascido .....	233
2.4.9.4.1 – Cuidador principal.....	233
2.4.9.4.2 – Aleitamento materno.....	236
2.4.9.4.3 – Higiene e conforto.....	238
2.4.9.4.4 – Sono e Repouso.....	244
2.4.9.4.5 - Cuidados de saúde .....	248
2.4.9.4.6 – Crenças e Rituais.....	253
2.4.9.4.7 – Transporte e segurança.....	262
2.5 - Vivência da Adaptação da Mulher Imigrante .....	265
2.5.1 – Língua .....	265
2.5.2 – Alimentação .....	267
2.5.3 – Vestuário .....	270
2.5.4 – Festividades.....	270
2.5.5 – Crenças e rituais .....	271
2.5.6 – Valores .....	274
2.5.7– Dinâmica familiar .....	275
2.5.8 - Maternidade .....	280
2.5.8.1- Gravidez.....	280
2.5.8.1.1 – Vigilância de saúde da grávida .....	281
2.5.8.1.2 - Cuidados durante a gravidez.....	281
2.5.8.1.3 - Superstições durante a gravidez.....	282
2.5.8.2 – Parto .....	283
2.5.8.3- Cuidados à mulher no pós parto .....	290
2.5.8.4 - Cuidados ao recém-nascido .....	293
2.5.8.4.1– Cuidador principal.....	293
2.5.8.4.2– Aleitamento materno.....	296
2.5.8.4.3– Higiene e conforto.....	299
2.5.8.4.4 – Cuidados de saúde.....	305
2.5.8.4.5 – Sono e repouso .....	307
2.5.8.4.6 - Crenças e rituais.....	311
2.5.8.4.7 – Transporte e segurança.....	317
2.6 – Influência do Suporte Social no Processo de Maternidade da Mulher Imigrante .....	318
2.6.1 – Suporte social informal .....	319
2.6.1.1 - Informação e esclarecimentos retirados de meios de comunicação não interactivos .....	321
2.6.2– Suporte social formal – Profissionais de saúde.....	321
2.6.2.1 - Educação para a saúde .....	322
2.6.2.2 - Atendimento dos profissionais de saúde durante a estadia na maternidade .....	324
CONCLUSÕES .....	333
BIBLIOGRAFIA .....	339
ANEXOS .....	351
ANEXO I – GUIÃO DA ENTREVISTA .....	353
ANEXO II – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA ENTREVISTA .....	355

## **INDÍCE DE FIGURAS**

Figura 1 - Maternidade (Pintura de Pablo Picasso).....	15
Figura 2 - Maternidade (Pintura de Lívio de Moraes).....	23
Figura 3 - População estrangeira em território nacional.....	33
Figura 4 – Nacionalidade dos estrangeiros com autorizações de permanência em Portugal de 2001- 2003.....	33
Figura 5 - População estrangeira com estatuto legal de residente, por principais nacionalidades no ano de 2006.....	34
Figura 6 - População estrangeira que solicitou estatuto legal de residente, por principais nacionalidades no ano de 2006.....	35
Figura 7 – População estrangeira residente em Portugal por sexo e segundo o grupo etário.....	36
Figura 8 - Nados vivos segundo a nacionalidade da mãe.....	37
Figura 9 - Nados vivos segundo a nacionalidade do pai.....	37
Figura 10 – Nados vivos, filhos de progenitores com nacionalidades estrangeiras que têm um número mais representativo em Portugal no ano de 2006.....	39
Figura 11 - Nados vivos no ano de 2006 em Portugal, à esquerda sendo a mãe portuguesa e o pai de nacionalidade estrangeira, à direita sendo o pai português e a mãe de nacionalidade estrangeira.....	41
Figura 12 - Maternidade (Pintura de Almada Negreiros).....	54
Figura 13 - Maternidade (Pintura de Tuman).....	66
Figura 14 - Maternidade (Pintura de Daumier).....	83
Figura 15 - Maternidade (Pintura de Di Cavalcanti).....	93
Figura 16 - A Família (Pintura de Tarsila do Amaral).....	95
Figura 17 - Ordenamento das participantes segundo o grupo etário.....	96
Figura 18 - Ordenamento das participantes segundo o país de origem.....	97
Figura 19 - Ordenamento das participantes segundo o tempo de residência em Portugal.....	98
Figura 20 – Ordenamento das participantes segundo o local de residência.....	98
Figura 21 - Ordenamento das participantes segundo as habilitações literárias.....	99
Figura 22 – Ordenamento das participantes segundo a ocupação.....	101
Figura 23 - Ordenamento dos companheiros das participantes segundo o país de origem.....	101
Figura 24 - Ordenamento dos companheiros das participantes segundo as habilitações literárias.....	102
Figura 25 - Ordenamento dos companheiros das participantes segundo a ocupação... ..	102
Figura 26 - Ordenamento das participantes segundo o nº de filhos.....	103
Figura 27 - Ordenamento das participantes segundo o nº de filhos comuns e não comuns e filhos apenas do companheiro.....	104
Figura 28 - Ordenamento das participantes segundo a forma de convivência conjunta.....	104
Figura 29 - Ordenamento das participantes e companheiros segundo o número de relacionamentos com coabitação.....	105
Figura 30 - Ordenamento do agregado familiar das participantes segundo filhos comuns e não comuns.....	105
Figura 31 - Ordenamento das participantes segundo o tipo de apropriação de habitação.....	106

Figura 32 - Ordenamento das participantes segundo a religião que professam.....	106
Figura 33 - Ordenamento das participantes segundo o percurso migratório .....	107
Figura 34 - Ordenamento das participantes segundo o motivo alegado de entrada em Portugal .....	108
Figura 35 - Ordenamento das participantes segundo regresso ao país de origem .....	108
Figura 36 – Mapa da Guiné-Bissau.....	119
Figura 37 – Mapa de Angola.....	121
Figura 38 – Mapa de Moçambique .....	122
Figura 39 – Mapa do Brasil.....	123
Figura 40 – Mapa da Moldávia .....	124
Figura 41 – Mapa da Roménia .....	125
Figura 42 – Mapa da Ucrânia.....	126
Figura 43 - Maternidade (Pintura de Dragila).....	143
Figura 44 – Guiné. Vestuário africano.....	182
Figura 45 - Utilização de véu ou lenço na igreja ortodoxa .....	183
Figura 46 – Ovos pintados na Páscoa Ortodoxa .....	186
Figura 47 - Casamento ortodoxo.....	193
Figura 48 – Mercado – Angola .....	205
Figura 49 – Santa Maternidade (Pintura de Thomas Cooper Gotch).....	206
Figura 50 – (Pintura de Miguel Fazenda) .....	207
Figura 51 - Canto de Nascimento (Pintura de Lívio de Moraes).....	216
Figura 52 - Maternidade na Guiné .....	219
Figura 53 - Maternidade na Guiné .....	219
Figura 54 - Maternidade na Guiné .....	220
Figura 55 - Maternidade na Guiné .....	220
Figura 56 – Maternidade (Pintura de Eliseu Visconti).....	233
Figura 57 - Maternidade (Pintura de Bertina Lopes) .....	253
Figura 58 - Pedra Mau-olhado .....	254
Figura 59 – Transporte do bebé africano – Angola.....	263
Figura 60 – Maternidade (Pintura de Tony Figueira) .....	280
Figura 61– (Pintura de Elyguevara) .....	293
Figura 62 - Maternidade (Pintura de Emiliano Cavalcanti).....	296
Figura 63 - Penteado de bebé africano .....	301
Figura 64 - Touca em bebé da Europa de Leste.....	302
Figura 65 - Garrafa com água benta - Igreja Ortodoxa.....	314
Figura 66 - Água benta – Igreja Ortodoxa .....	315
Figura 67 – Uma Família (Pintura de Fernando Botero) .....	331

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1 – Grupo Africano .....	111
Quadro 2 – Grupo Brasileiro.....	113
Quadro 3 – Grupo Brasileiro.....	115
Quadro 4 – Grupo da Europa de Leste.....	117



# INTRODUÇÃO



Figura 1 - Maternidade (Pintura de Pablo Picasso)



## **INTRODUÇÃO**

O estudo nasceu de uma inquietude... Enquanto profissionais de saúde a desempenhar funções numa maternidade, diariamente deparávamo-nos com o nascimento de crianças, filhas de mães imigrantes. Ao prestarmos cuidados a estas díades, fazíamos-lo como as demais, segundo as orientações clínicas da cultura institucional. Mas, no íntimo pensávamos: Como seria cuidar de uma criança nos países destas mulheres? Seria igual à forma como as estávamos a instruir? Até que ponto as orientações que fornecíamos tinham influência na forma como estas mães assumiam o papel materno? E qual a influência de outros factores na representação da maternidade?

Estas reflexões intensificaram-se quando em certo dia presenciámos terrífica ocorrência:

Durante o parto, uma mãe africana não queria estar em posição de litotomia, ou seja, deitada de costas com as pernas abertas em cima das perneiras da marquesa ginecológica. Esta era a posição habitual em que todas as mulheres davam à luz naquela instituição, mas, a parturiente desejava levantar-se e parir em posição de quatro, de joelhos e mãos na cama. O profissional de saúde e utente entraram em discussão e absoluto descontrolo, terminando com a senhora a ser segura por outros profissionais de saúde, abrindo-lhe as pernas forçosamente, para que o bebé nascesse. Aquele momento que deveria ser de concentração, harmonia e de sintonia, tornara-se num quadro de horror, com a subjugação física e psicológica do principal actor, a mãe.

A cena observada fez-nos reflectir: Seria correcto impor ao outro a nossa cultura, num acontecimento que não é nosso, em que a missão do profissional de saúde deveria ser de ajuda, de colaboração e não de imposição? Seria justo ignorar por completo a tomada de decisão daquela mãe, as suas raízes culturais? Ao nível científico não está provado que há varias posições para parir?

A inquietação tornou-se uma certeza e assim estava traçada a temática a estudar...

Na pesquisa que efectuámos, constatámos que o fenómeno migratório que percebíamos na nossa realidade laboral se ampliava a todo o território nacional.

Portugal com características populacionais migrantes, outrora com predominância na emigração, com diásporas portuguesas espalhadas pelo mundo, vinha todavia num passado recente a tornar-se num país de acolhimento de um número significativo de população oriunda de outros países. Em virtude da descolonização, Portugal na década de 70, após o 25 de Abril assistia a um processo imigratório de população provinda das antigas colónias africanas, como nos refere Ramos (2004). A mesma autora faz alusão a outro marco importante nesta inversão da migração - a entrada de Portugal na CEE (Comissão Económica para a Europa) em 1986, trazendo consigo mudança e crescimento para o país, tornando-o num país eleito para o imigrante europeu, brasileiro, venezuelano, indiano, chinês e da Europa de Leste.

Nos últimos anos, esta franja populacional a residir em território nacional representa 5% da população total portuguesa e 10% da sua população activa, caracterizando-se a nível laboral, pela procura nos sectores intensivos em mão-de-obra, com baixos salários e elevado grau de informalização, designadamente, a população masculina na área da construção civil e a feminina nos serviços de limpeza (M. C. Ramos, 2008).

Estes imigrantes são maioritariamente pessoas nas faixas etárias entre os 20 e os 39 anos, sendo o género masculino em número ligeiramente superior. É uma imigração jovem, activa, e em idade fértil. Assim, tal como nos afirma Maria da Conceição Ramos, num país como Portugal, em que a população está a envelhecer, onde os idosos excedem os jovens, torna-se significativo o número de nascimentos de filhos de imigrantes (2008).

Esta problemática reveste-se de tal importância não só a nível nacional como europeu, Machado et al. adverte que, “*O futuro da Europa depende de 3 componentes demográficas básicas: fertilidade, mortalidade e migrações.*” (2006, p. 24).

A migração, sendo uma mudança efectiva na vida da pessoa/família vai vacilar a estrutura familiar e os elementos que a compõem de uma forma marcante. Por outro lado, se associarmos a esta situação de crise, outra etapa de mudança, como é o nascimento de um filho, a família em questão fica neste espaço temporal mais vulnerável. Reiterando desta afirmação, Ramos (2004) refere que o período pós parto na mãe imigrante é uma fase crítica em que existe uma maior vulnerabilidade da mãe e do filho. Se esta mulher/família não tiver nesta altura os factores protectores necessários à

promoção de resiliência, de modo a que, ultrapasse as dificuldades e cresça, saindo reforçada deste período tumultuoso, pode entrar num processo disfuncional. De entre estes factores protectores, a intervenção dos profissionais de saúde é fundamental, como suporte social formal da díade mãe - recém-nascido e família culturalmente diferente, sendo essencial, que os prestadores de cuidados de saúde, tenham uma resposta adequada às suas necessidades. Para tal, é imperativo compreender quais são essas necessidades, de modo a haver uma adaptação harmoniosa, e consequentemente, identificar quais as políticas e estratégias respectivas a adoptar.

Não obstante o que já foi mencionado, considera-se esta problemática de grande interesse e premência se nos detivermos no facto, de que a qualidade dos cuidados maternos vai influenciar grandemente o desenvolvimento e crescimento da criança, condicionando o jovem e o adulto que vai ser no futuro.

Na era em que vivemos, onde existe uma diversidade cultural imensa, os serviços de saúde, têm que dar uma resposta eficaz à pessoa/família, ajudando-a a manter o seu ponto de equilíbrio. No entanto, para que o profissional de saúde consiga ser incisivo no seu desempenho, é essencial que no seu perfil de competências esteja dotado de instrumentos que lhe permitam a compreensão do fenómeno, que no caso em questão, é a vivência da mãe nos cuidados ao seu filho recém-nascido em contexto multicultural e migratório. Para o desempenho de boas práticas de cuidados transculturais é imperioso que o profissional de saúde tenha como pano de fundo na sua concepção do cuidar, que existem outras realidades, outros valores, outras crenças que não a sua, analisando a cultura da pessoa, demonstrando “curiosidade cultural”, não esquecendo porém que este será sempre um ponto de partida e não um ponto de chegada. Com isto quer-se dizer que é fundamental respeitar e não fazer juízos de valor de quem é diferente, no entanto não se devem formar estereótipos, porque são acima de tudo pessoas singulares, em que a sua bagagem cultural é mutável estando num processo dinâmico constante.

Será esta viagem pela maternidade empreendida no país alheio, que ir-se-á analisar neste estudo, que sendo um processo universal, toma diversas faces representativas de diferentes culturas.

Dentro da conjuntura acima mencionada emerge a seguinte pergunta de partida:

De que forma a adaptação/aculturação da mulher imigrante afecta a gravidez, parto e puerpério?

Decompondo esta questão outras se lhe aprazem:

- Qual foi o percurso de vida da mãe do recém-nascido, em contexto de imigração?
- De que forma o suporte social influencia a adaptação/aculturação da mulher imigrante face à gravidez, parto e puerpério?
- De que forma a cultura de origem da mulher imigrante condiciona a vivência da sua gravidez, parto e puerpério?
- De que forma a cultura do país de acolhimento da mulher imigrante condiciona a vivência da sua gravidez, parto e puerpério?
- De que forma a atitude e intervenção dos profissionais de saúde condicionam a adaptação/aculturação da mulher imigrante face à gravidez, parto e puerpério?

Este conjunto de questões conduz, à formulação dos seguintes objectivos:

- Compreender de que modo a mulher imigrante vivencia a sua gravidez, parto e puerpério em situação de aculturação.
- Identificar os dados sócio demográficos da mãe migrante e do recém-nascido.
- Verificar de que forma a cultura de origem da mulher imigrante, e, a do país de acolhimento, condicionam a gravidez, o parto e o puerpério.
- Analisar a influência da intervenção dos profissionais de saúde, na adaptação/aculturação da mulher imigrante face à gravidez, parto e puerpério.

O presente trabalho divide-se em duas partes, o enquadramento teórico e o enquadramento empírico, e estes por sua vez subdividem-se em capítulos e sub capítulos. Para consolidar as concepções finais do trabalho, estas serão apresentadas nas conclusões.

O enquadramento teórico estrutura-se em três capítulos, o capítulo I circunscreve-se nas temáticas relacionáveis, da cultura, diversidade cultural, e migração e as problemáticas que daí advêm, nomeadamente a adaptação/aculturação da população imigrante no país de acolhimento. Já o capítulo II incide sobre a interacção entre os temas cultura e maternidade. No capítulo III, a tónica recai sobre a coexistência do processo da maternidade e de migração e os problemas que se levantam destas realidades conjuntas.

Em relação ao enquadramento empírico, o capítulo I define o desenho do estudo e sua metodologia, e o capítulo II a análise dos dados e discussão dos resultados, do trabalho de campo.

Após a apresentação das conclusões, expomos a bibliografia e os anexos. Nos anexos, apresentamos o guião da entrevista (anexo I) e um exemplo do consentimento informado que obtivemos de todas as entrevistadas (anexo II), não os colocando todos, de modo a manter a confidencialidade das participantes.

No decorrer da redacção do trabalho irão aparecer fotografias nossas e de outros autores, bem como, pinturas alusivas ao processo da maternidade, pintadas por artistas de várias nacionalidades e culturas, mostrando como os seus autores percebem este processo. Todas estas imagens e gravuras espelham especificidades segundo a cultura que retratam.



# ENQUADRAMENTO TEÓRICO



Figura 2 - Maternidade (Pintura de Lívio de Moraes)



## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **CAPÍTULO I – CULTURA, DIVERSIDADE CULTURAL E MIGRAÇÃO**

#### **1 – CULTURA, DIVERSIDADE CULTURAL E INTERCULTURALIDADE**

A Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural emanada em 2002 pela UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura) afirma que, a cultura deve ser considerada como o conjunto dos traços distintivos espirituais e materiais, intelectuais e afectivos que caracterizam uma sociedade ou um grupo social, e que abrange, além das artes e das letras, os modos de vida, as maneiras de viver juntos, os sistemas de valores, as tradições e as crenças. Martins e Silva, aditam ainda que, este conjunto de crenças, costumes, conhecimentos, hábitos e tradições partilhadas pelos membros de uma sociedade é transmitida principalmente de geração em geração (2001).

Existem dois axiomas fundamentais da ciência do homem, “*Toda e qualquer sociedade procura perpetuar-se biologicamente através do nascimento da descendência dos seus membros, e toda e qualquer sociedade se esforça por continuar o seu padrão de cultura indefinidamente, ensinando para isso aos jovens a conhecer e aceitar as suas formas de vida.*” (Titiev, 1963, p. 187). Assim sendo, cada cultura é caracterizada por sistemas simbólicos próprios, resultantes da interacção social dos seus elementos e da manipulação cultural, tratando-se de uma espécie de apropriação do mundo, em que, tais sistemas simbólicos só adquirem significado inseridos nas unidades culturais a que pertencem, não havendo universalidade na sua percepção (Monteiro 2005, citando Lima et al., 1987).

Os protótipos de uma determinada cultura são transmitidos aos seus pares, através da comunicação verbal e não verbal. Por outro lado, cada acto comunicacional está inserido “*numa matriz cultural, num conjunto de códigos, de regras e de representações que tornam possíveis e mantêm as relações entre os membros de uma mesma cultura ou sub cultura.*” (Ramos, 2008, p. 100). A comunicação sofre a influência da cultura, “(...)

ao nível da percepção, dos olhares, das representações e estereótipos sobre o outro, sobre os acontecimentos, ao nível dos processos verbais e não verbais.” (Ramos, 2008 p. 100 - 101).

Além disso, a cultura e a comunicação são processos que estão constantemente em evolução, e em mudança nos grupos sociais, como nos afirma Lea (1994). Podem também existir variações dentro de cada grupo étnico devido a diversos factores tais como, a idade, a educação, o estatuto socio-económico, o sexo, o local de nascimento e a afiliação religiosa (Helman, 1984; Bauwens e Anderson, 1992 in Lea, 1994), assim, a diversidade cultural pode ocorrer entre os grupos étnicos e também dentro deles.

Contudo, tal como nos dizem os autores Martins e Silva (2001), a cultura pode consistir num considerável obstáculo à promoção de atitudes favoráveis ao Interculturalismo. Obrigatoriamente, esta é uma problemática a abordar na actualidade, em virtude das sociedades actuais, viverem o fenómeno do Multiculturalismo, isto é, são culturalmente heterogéneas.

Como salienta Rosa et al., poderíamos dizer que a própria história da Humanidade, é a história das suas migrações, porque os deslocamentos fazem parte da natureza humana, daí resultando o povoamento da Terra, e o seu provimento com as mais diversas formas de organização do espaço, e de exploração dos recursos naturais, engrandecendo-a com múltiplas culturas (2002).

Actualmente, segundo dados das Nações Unidas, citados por Ramos (2007, p. 148), *“uma em cada trinta e cinco pessoas é migrante internacional. (...) O número de migrantes internacionais quase triplicou desde 1970, constatando-se que perto de 200 milhões de pessoas vivem actualmente fora dos seus países de origem”*. Em informação de 15/07/2004 o ACIDI (Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural) faz alusão ao relatório anual do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), onde é reconhecido nas últimas duas décadas um dos maiores surtos migratórios da história mundial, sugerindo as estimativas da Organização Internacional do Trabalho (OIT), de que a população imigrante mundial é de cerca de 175 milhões de pessoas, a qual representaria o quinto maior país do mundo se estivesse sob uma entidade política única.

Consequência deste fenómeno assiste-se a uma vastíssima diversidade cultural. Ornelas (2001, p. 8) considera que, “*a Diversidade é o resultado da criação de contextos sociais valorizados pelos participantes que neles se envolvem e que utilizam as suas diferenças em função do seu bem comum*”.

No presente, confrontamo-nos cada vez mais, com uma cultura “mestiça”, encontramos no dia a dia com a diferença, a heterogeneidade, o outro, o estrangeiro (Ramos, 2001). Em virtude da globalização, da mobilidade das populações e da urbanização, deparamo-nos assim com um aumento exponencial de contactos entre as culturas e a coabitação entre diferentes modos de vida, formando-se cada vez mais sociedades multi/interculturais, implicando sérios desafios, à comunicação e à gestão da diversidade cultural (Ramos, 2007). A este respeito a mesma autora afirma que, “*Uma sociedade multicultural, implica a tomada em conta das diversidades culturais, religiosas, linguísticas e o equilíbrio entre as culturas particulares e uma cultura comum.*” (Ramos, 2001, p. 173).

Revedo outro aspecto, a UNESCO (2002) assevera que, apesar de constituir um desafio para a diversidade cultural, o processo de globalização, facilitado pela rápida evolução das novas tecnologias da informação e da comunicação, cria condições de um diálogo renovado entre as culturas e as civilizações.

Na Convenção da UNESCO sobre a protecção e a promoção da diversidade das expressões culturais, adoptada em 20 de Outubro de 2005, é considerado que o termo Interculturalidade remete “*para a existência e a interacção equitativa de diversas culturas, assim como para a possibilidade de gerar expressões culturais partilhadas pelo diálogo e respeito mútuo*”.

A interculturalidade, só tem futuro, apenas em sociedades abertas à reelaboração constante da identidade nacional, alega Leitão (2001), sendo assim necessário para além de uma tolerância racional no que respeita à diferença cultural, também a criação de laços de cumplicidade entre cidadãos com origem étnicas e/ou culturais diferentes.

Para Ramos, “*(...) para passar do multiculturalismo ao interculturalismo, torna-se necessário promover a relação entre as culturas, sem, no entanto, anular a identidade de cada uma delas*” (2008, p. 99). A UNESCO (2005), reconhece a importância da

sabedoria tradicional enquanto manancial de riqueza material e não material, particularmente no que se refere aos sistemas de conhecimento de populações autóctones, e a sua inquestionável contribuição para o desenvolvimento sustentável.

Carmo na sua retórica sobre pressupostos doutrinários para gerir a diversidade, atesta que, existem primordialmente três modos de a defrontar:

- A doutrina da assimilação cultural, em que deve haver uma aproximação de todos a uma cultura padrão pré existente, paradigmática a uma doutrina racista, a diversidade é considerada um problema.

- A doutrina da integração cultural, em que deve haver uma aproximação de todos a uma cultura padrão em construção, denominada metaforicamente de caldo de culturas, todavia, a diversidade também é vista como um problema.

- A doutrina do pluralismo cultural, em que existem identidades e diferenças próprias que se devem preservar, embora havendo o respeito por todos, de valores e padrões de convivência comuns. A sua metáfora é a salada de culturas. A crescente diversidade é vista como um recurso educativo, é aqui que cabe a educação intercultural (Carmo, 2001).

Um país multi/intercultural, necessita de perspectivar os grupos étnico-culturais como uma mais valia, valorizando a criatividade e o progresso que lhe advém, tanto a nível pessoal, social, como económico. E para que, estes subsídios sejam ganhos, obriga a estratégias e políticas de inclusão, de desenvolvimento pessoal e equidade na saúde, nas oportunidades e no acesso à cidadania, de toda a população, qualquer que seja a sua origem cultural (Ramos, 2008).

Como já foi referido, o fenómeno da progressiva diversidade cultural com que se convive na actualidade é fruto do aumento sucessivo dos fluxos migratórios. No próximo sub capítulo, a tónica recairá sobre esta dinâmica de circulação – a migração.

## **2 – MIGRAÇÃO**

A migração implica a saída de um sítio para outro, refere-se a “*um movimento de população de um local para outro, quer seja por um tempo determinado quer por uma fixação permanente*”, tal como explica Birou (1982) citado em Ramos (p. 58, 2008). Para esta autora, estima-se que os fluxos migratórios aumentam a um maior ritmo que o crescimento da população mundial, antevendo-se que no ano de 2050 estes números alcancem 230 milhões.

Hoje em dia, a migração assume um papel preponderante a nível mundial, impulsionada principalmente, pelas dificuldades económicas em que vivem muitas populações (Rosa et al. 2002).

A imigração auto-regula-se face ao mercado de trabalho, refere Rosa et al. (2002), ninguém sai do seu país para viver a milhares de quilómetros, se aí não for previsível encontrar forma de subsistência.

Todavia o mesmo autor salienta que existem inúmeros factores de ordem económica, política, social, cultural, que levam a pessoa a abandonar o seu país, e todos eles estão interligados, em virtude do qual, é complexo identificar e separar a razão do processo migratório (ibidem, 2002).

Segundo Ramos “*O crescente desfasamento entre níveis de desenvolvimento e entre estruturas demográficas de países ricos e países pobres, os conflitos armados e políticos, têm originado um número cada vez maior de migrantes e de refugiados*” (p. 47, 2008).

A globalização que se assiste no momento, também é facilitadora dos decursos migratórios, devido ao desenvolvimento nas relações económicas, nos transportes e nas comunicações.

Do total da população imigrante a nível mundial, cerca de 95 milhões são mulheres e um terço são migrações familiares (Ramos, 2008).

A migração pressupõe um percurso migratório, iniciando-se o processo, com a intenção de partir, escorando-se esta, em causas de índole individual ou colectivo, tais como

insatisfação com a situação presente, informação recebida sobre o país de destino, formulação de expectativas futuras, balanço de alternativas de decisão. Após esta etapa sucede-se a preparação da partida, incluindo a obtenção de documentos necessários, o título de transporte e a finalização de situações anteriores que ainda estejam pendentes. A viagem é a fase seguinte, e, com a chegada ao destino, vem a primeira instalação com o estabelecimento da primeira residência, de procura ou iniciação de novo emprego ou actividade, da criação de contactos e relações sociais e das rotinas quotidianas. A durabilidade desta fase depende da personalidade do indivíduo, da sua capacidade de iniciativa e de adaptação, bem como da estrutura ou redes de acolhimento em que está envolvido. Existem depois, dois caminhos que podem ser seguidos, ou a fixação com carácter permanente ou o regresso ao país de origem (Rocha-Trindade, 1995). Para Butiam Có (2007), as redes familiares, institucionais e políticas, são preponderantes e imprescindíveis na escolha, incorporação e decisão de mobilidades migratórias.

O processo de migração não é um decurso simplista mas sim, complexo, onde existem cisões vivenciais para o indivíduo, que poderão ser muito traumatizantes ou não, consoante os seus recursos pessoais e as particularidades da sociedade de acolhimento (Ramos, 2008). O fenómeno actual da migração implica assim, um olhar renovado sobre as sociedades, com novos desafios para as instituições, e para as políticas culturais, educativas, económicas e regionais (M. C. Ramos, 2008). Machado et al. (2006) parafraseando Machete (2006) refere que, é exigível às sociedades de acolhimento a implementação de medidas de integração para os imigrantes, passíveis de serem cumpridas, comutando as actuais, que levam ao caos social e à ilegalidade. Esta autora ainda profere, remetendo ao citado por Papademetriou (2006) que, esta situação é premente nos dias de hoje, porque nos últimos dez anos a imigração ilegal aumentou significativamente, presumindo-se que existam 6 a 8 milhões de imigrantes não autorizados e não documentados na Europa. Este facto é reiterado por Rosa et al. (2002, p. 5) ao dizer que, “*a precariedade do estatuto legal do imigrante provoca, ainda, efeitos perversos nos próprios fluxos migratórios pois, ao ver negado o seu «direito de ir e vir», o imigrante acaba por optar quase sempre pela sedentarização clandestina*”. Urge a instituição de direitos intransferíveis a todo e qualquer indivíduo, tais como a liberdade de circulação, o direito à religião e ao reagrupamento familiar, bem como o acesso à participação e asilo político, e equidade na acessibilidade ao emprego, à saúde, à habitação, à segurança social e educação (Rosa et al., 2002).

## **2.1 - A Imigração em Portugal**

Portugal país de outrora com predominância de movimentos emigratórios, vem a transformar-se também, em país de acolhimento para muitos imigrantes.

Numa perspectiva histórica recente, após a revolução de 25 de Abril de 1974 e a posterior independência das colónias africanas, veio despoletar a entrada em Portugal de indivíduos originários desses territórios, aumentando significativamente o número de imigrantes na década de 80. Os anos 90 são caracterizados pela fixação e crescimento da população estrangeira residente em Portugal, destacando-se as comunidades africanas de expressão portuguesa e Brasil. Fluxos migratórios de países do leste da Europa evidenciam-se, com a entrada do novo milénio, assim como o incremento da população brasileira (SEF - Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2006). Actualmente, verifica-se uma diversificação dos países de origem dos imigrantes, assistindo-se a uma redução na proporção de cidadãos PALOP (Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa), com o concomitante aumento de imigrantes provenientes do Brasil, Europa de Leste, China e Índia (M. C. Ramos, 2008).

A ONU (Organização das Nações Unidas), declara que, a imigração representa um dos maiores desafios que Portugal vivencia desde que se tornou num país de acolhimento (ACIDI, 2004).

Tal como afirma Fonseca, a imigração em Portugal em similitude com o verificado nos países da Europa do Norte, a qual era nas décadas de sessenta e setenta uma migração laboral, não familiar, foi tendendo com o decorrer dos anos para uma imigração à custa de processos de reunificação familiar e uma imigração clandestina, em virtude de um controle apertado de entradas de novos imigrantes (2005).

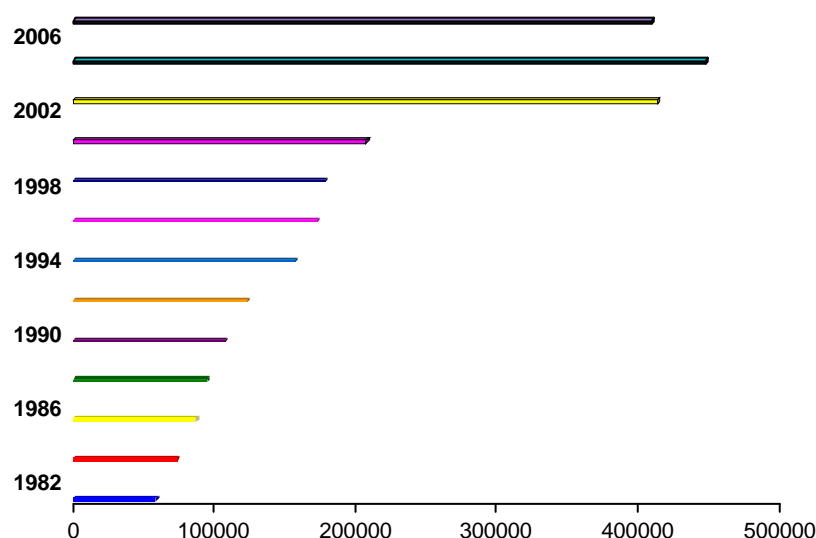
Do ponto vista legal, a entrada e permanência de estrangeiros em território nacional, é regulada por concessões de diferentes títulos: População estrangeira com autorização de residência, população estrangeira com autorização de permanência, e população estrangeira com vistos de longa duração (INE, 2008). A autorização de residência é um título que pode ser temporário, o qual é válido por dois anos, e que pode ser renovável em períodos sucessivos de três anos; mas, também pode ser permanente, sendo a sua aquisição possível, apenas aos titulares que residam legalmente em Portugal há pelo

menos 5 ou 8 anos (indivíduos de países de língua oficial portuguesa e de outros países, respectivamente), e que não tenham sido condenados a penas superiores a um ano de prisão (ACIME - Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas, 2005). Relativamente à autorização de permanência, este mecanismo legal foi criado para os estrangeiros que se encontravam em Portugal sem possuir o título adequado e que reunissem determinadas condições, para assim poderem permanecer no país. Este título pode ser prorrogado anualmente desde que o seu titular comprove o exercício de uma actividade profissional, dentro de outros requisitos, podendo fazê-lo no período máximo de cinco anos (INE, 2008). Quanto aos vistos de longa duração, existem os vistos de trabalho, os vistos de estada temporária e os vistos de estudo (INE, 2008). Estes vistos de longa duração têm um tempo limite de um ano (ACIME, 2005).

## **2.2 - Dados Estatísticos**

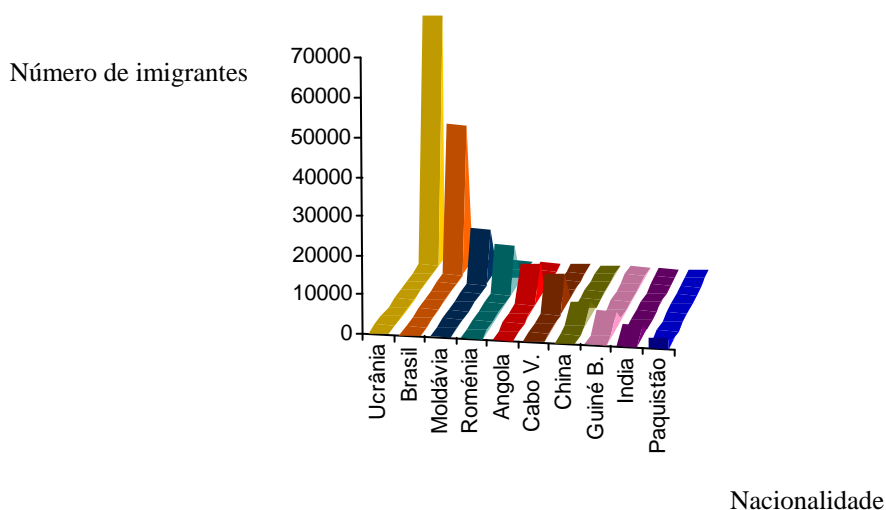
Segundo dados do INE – Instituto Nacional de Estatística, a população estrangeira residente legalmente em Portugal em 2005 era de 415.934 cidadãos. Salienta-se o facto de não estarem contabilizados, um número considerável de imigrantes ilegais que ainda existe em Portugal, dificultando a quantificação do seu número real, segundo Machado et al. (2006).

A população imigrante em Portugal em 1982 era de 54.414, aumentando em 24 anos para 447.155, diminuindo nos últimos dois anos para 409.185, valor correspondente ao ano de 2006 (SEF, 2006). Constata-se na figura 3 um acréscimo gradual da imigração, com um aumento muito expressivo a partir de 2002.



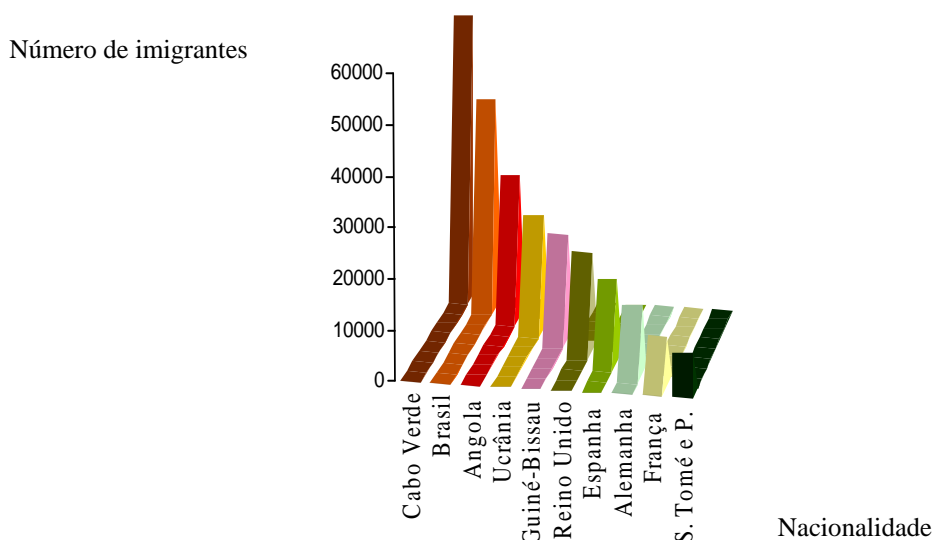
**Figura 3 - População estrangeira em território nacional (SEF 2006)**

Na figura 4 destaca-se a nacionalidade de imigrantes dos dez países que detiveram o maior número em Portugal com autorizações de permanência, no período de 2001 - 2003, distinguindo-se os estrangeiros ucranianos com o número mais elevado, seguido por ordem decrescente, os brasileiros, moldávios, romenos, angolanos, cabo-verdianos, chineses, guineenses, indianos e finalmente paquistaneses.



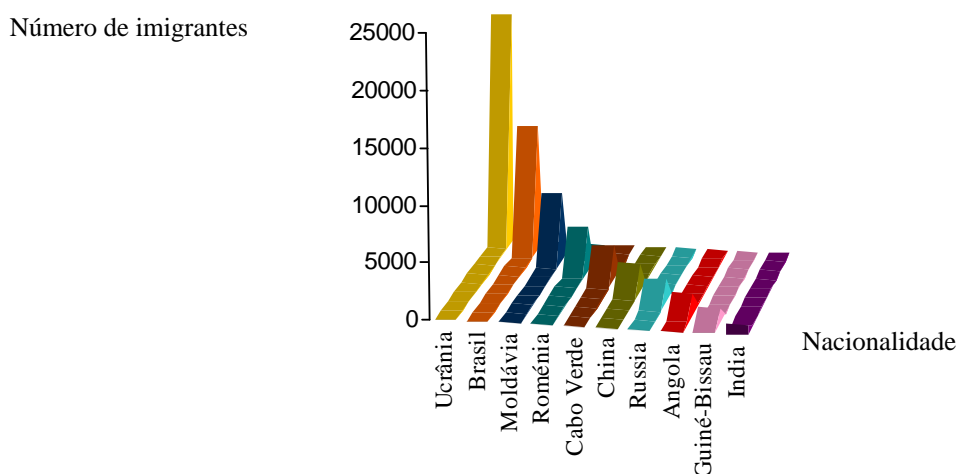
**Figura 4 – Nacionalidade dos estrangeiros com autorizações de permanência em Portugal de 2001-2003 (SEF 2003)**

As nacionalidades com maior número de indivíduos imigrantes a residir actualmente em Portugal, segundo o relatório do SEF de 2006 e os dados das estatísticas demográficas de 2006 do INE publicado em 2008, são Cabo Verde, Brasil, Ucrânia, Angola e Guiné-Bissau, (fig. 5).



**Figura 5 - População estrangeira com estatuto legal de residente, por principais nacionalidades no ano de 2006** (INE, 2008)

A este respeito Rocha-Trindade (1995), relata que, inerente às guerras de libertação dos países africanos, os primeiros grupos significativos de imigrantes africanos eram provenientes de Cabo Verde. A mesma autora ainda afirma que, nos anos 90 assiste-se à chegada a Portugal, de populações oriundas do Brasil em virtude da crise económica vivida neste país e também à vinda de pessoas das antigas repúblicas socialistas, sendo a população ucraniana a mais expressiva.



**Figura 6 - População estrangeira que solicitou estatuto legal de residente, por principais nacionalidades no ano de 2006 (INE, 2008)**

Por outro lado, a população estrangeira por nacionalidades, que solicitou mais o estatuto legal de residência durante o ano de 2006, foi a Ucrânia com 1/3 do total, e por ordem decrescente, o Brasil com 1/5 do total, seguido da Moldávia, Roménia e Cabo-Verde (INE, 2008), (fig. 6).

Em 2006, o número de solicitações de estatuto legal de residência, aumentou vertiginosamente, 62 332, devido ao facto de existir a possibilidade de conversão das autorizações de permanência concedidas em 2001 em autorizações de residência (INE, 2008).

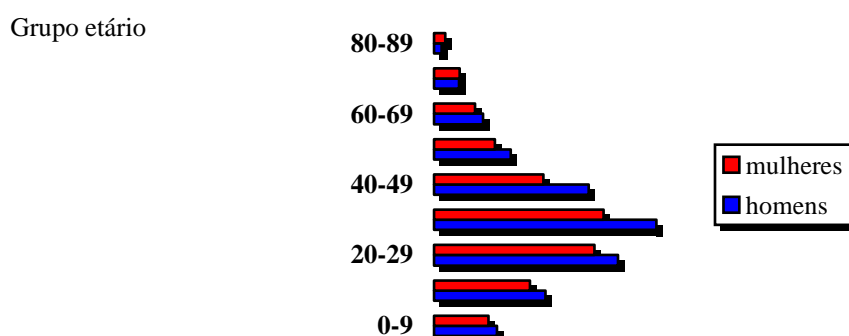
Do total de solicitações de estatuto legal de residência acima mencionado no ano de 2006, 59 308 equivaleram a entradas de estrangeiros no país; os restantes 3024, corresponderam a cidadãos de nacionalidade estrangeira já nascidos em Portugal. Estas crianças já nascidas em Portugal têm como nacionalidade mais representativa, a Ucrânia com 23,8%, o Brasil com 15,4% e a China com 11,1%, e o seu maior número no que respeita ao grupo etário, corresponde dos 0 aos 4 anos, seguido dos 5 aos 9 anos (INE, 2008).

No que concerne ao grupo etário imigrante, residente em Portugal constata-se um verdadeiro destaque à faixa dos 20 aos 39 anos (SEF, 2006), coexistindo uma ligeira diferença do seu número pelo género, com maior predomínio de imigrantes homens. A

relação de masculinidade em 2006 é de 123 homens para 100 mulheres, com uma diferença percentual de 10% (SEF, 2006). Esta diferença de género verifica-se mais entre os imigrantes africanos, ao invés da população europeia, que é mais aproximada. No entanto na nacionalidade brasileira, a imigração do género feminino é predominante em relação ao género masculino (SEF, 2006). A população feminina tem vindo a aumentar, facto que se deve ao reagrupamento familiar ou à entrada em situação de imigrante (INE, 2008; SEF, 2006 e M. C. Ramos, 2008). Em 2003, a reunificação familiar foi a razão solicitada por 23,8% dos estrangeiros que entraram em Portugal, estando abrangidos por ela, os filhos menores ou incapazes do casal ou de um dos cônjuges, (podendo estes filhos serem adoptados desde que no seu país sejam reconhecidos legalmente como tal) e ascendentes de primeira linha do residente ou do cônjuge, desde que dependam destes, não podendo exercer qualquer laboração remunerada (M. C. Ramos, 2008).

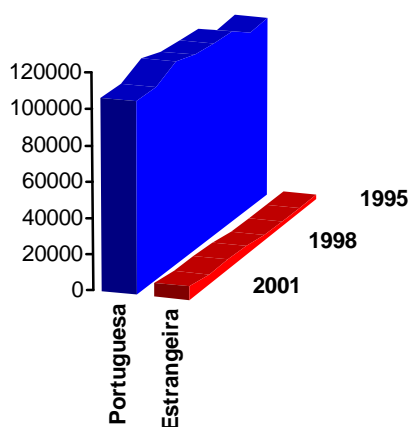
Segundo o INE em 2006, o motivo de entrada em Portugal por emprego, era no género masculino de 82,9% e na mulher 43,4%, verificando-se a situação oposta quando o motivo era o reagrupamento familiar, onde as mulheres representavam 55,1% e os homens 15,9%.

Os grupos etários mais pontuados na figura 7, no caso do género feminino correspondem à idade em que geralmente a mulher constitui família e inicia a vivência da maternidade.

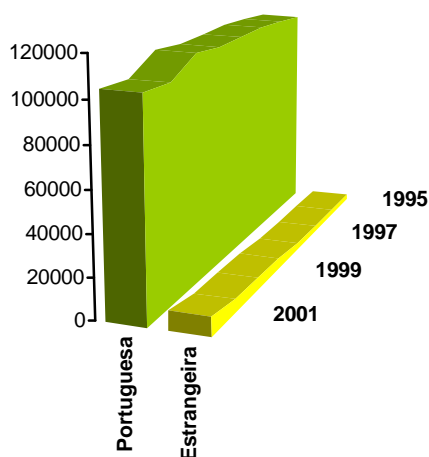


**Figura 7 – População estrangeira residente em Portugal por sexo e segundo o grupo etário. (SEF, 2003)**

O INE (2008) também aferiu que, no ano de 2005 mais de 9000 recém nascidos, tiveram como progenitores, um ou ambos, de nacionalidade estrangeira, representando 8,3% da totalidade de nascimentos nesse ano. A população brasileira é aquela que mais contribuiu para a natalidade, com cerca de 2000 nascimentos, sucedendo-lhes os Angolanos com 1382 e os Cabo-verdianos com 1101 (Ramos, 2007). Verifica-se que, o número de nascimentos em Portugal, filhos de população imigrante tem vindo a aumentar, como se vê nas figuras 8 e 9 no período de 1995 para 2002, seja o progenitor masculino ou feminino.



**Figura 8 - Nados vivos segundo a nacionalidade da mãe (INE)**



**Figura 9 - Nados vivos segundo a nacionalidade do pai (INE)**

Segundo as várias nacionalidades, o índice sintético de fecundidade (ISF) em Portugal em 2001 era para as mulheres portuguesas de 1,45; moldávias 0,7; russas 2,3; ucranianas 2,3; romenas 3,4; brasileiras 1,8; guineenses 3,4; angolanas 3,0; cabo-verdianas 3,3; são-tomenses 2,6; e chinesas 5,6 (M. C. Ramos, 2008 citando Rosa et al, 2004).

Comparativamente com a percentagem de mortalidade que existe na população imigrante, contribuem a um nível superior para a natalidade do país de acolhimento, pelo motivo de serem uma população maioritariamente jovem (INE, 2008). Assim, em virtude da população imigrante ser composta por elementos em idade fértil e dos seus níveis de fecundidade serem superiores ao dos portugueses, esta contribuiu com cerca de 9/10 do acréscimo de nascimentos em Portugal nos períodos de 1995 a 2001 (M. C. Ramos, 2008). Todavia, Machado alerta para o facto dos imigrantes adoptarem *“rapidamente as características demográficas dos países de acolhimento”* (2006, p. 24).

No ano de 2006 houve 105 514 nados-vivos em Portugal, dos quais 92 286 são filhos de casais portugueses e os restantes 13 228 têm como progenitores pelo menos um estrangeiro (INE, 2008). O Brasil foi o país estrangeiro que mais contribuiu com elementos masculinos ou femininos, que tiveram uma experiência de nascimento de um filho no ano de 2006 em território português, seguido de Cabo Verde, Angola, Ucrânia, Roménia, Moldávia e China, como se pode ver na figura 10.

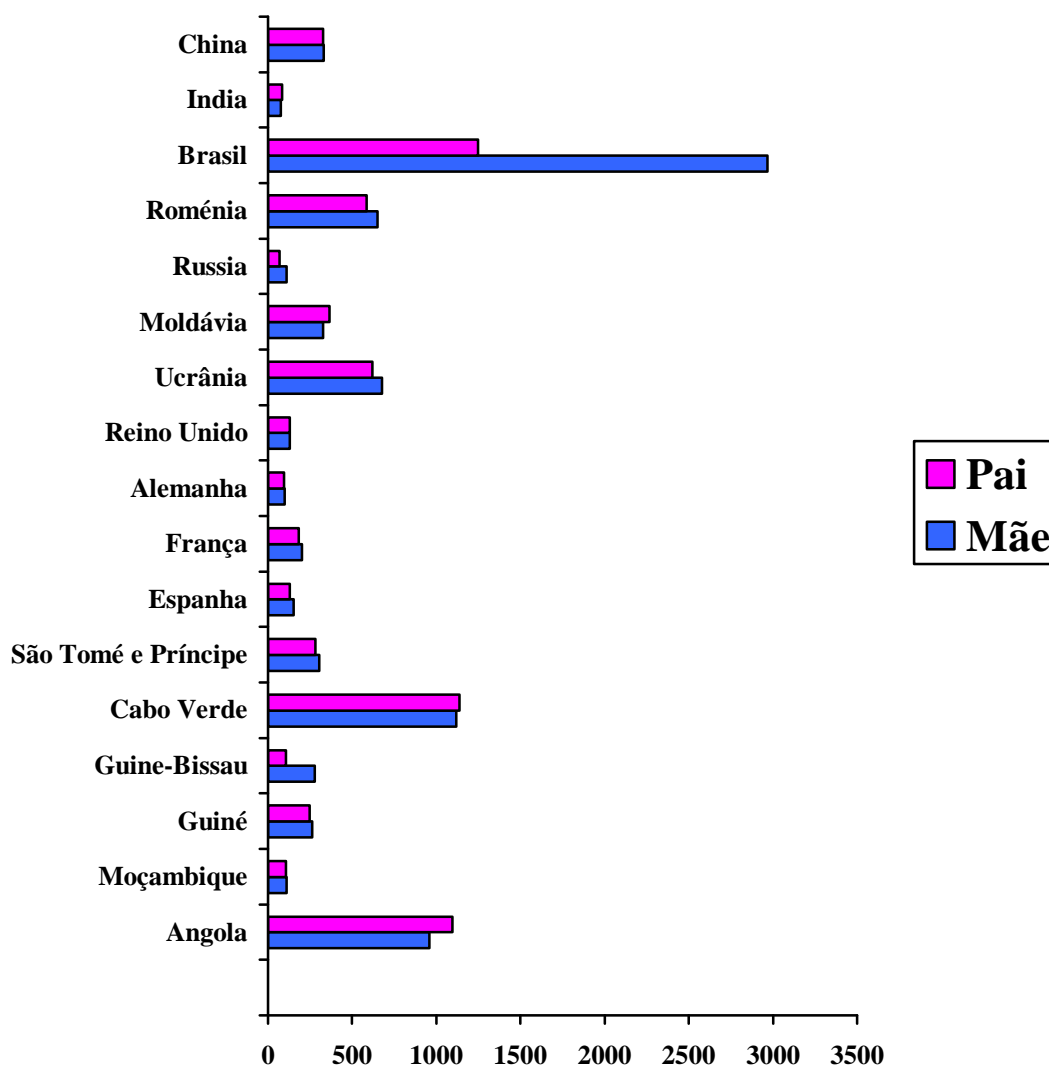


Figura 10 – Nados vivos, filhos de progenitores com nacionalidades estrangeiras que têm um número mais representativo em Portugal no ano de 2006 (INE, 2008)

Os matrimónios mistos, ou seja, entre cidadãos portugueses e estrangeiros, têm vindo paulatinamente a aumentar, a percentagem em 2000 era de 2,7%, passando em 2002 para 4,8% e 2006 para 6,7% (M. C. Ramos, 2008). Segundo o INE (2008), ao analisar os casamentos de estrangeiros com portugueses, segundo o sexo, distingue-se a união de homens portugueses com mulheres estrangeiras, atingindo 7,1 valores percentuais no ano de 2006.

.Destas relações entre indivíduos portugueses e estrangeiros nasceram em 2006, 13 228 bebés. Como se pode verificar nas figuras 11 e 12, o Brasil foi o país onde este tipo de relacionamento vigorou em maior número, evidenciando-se em cerca do dobro, no género feminino em relação ao masculino, nomeadamente, sendo a mulher brasileira a progenitora e o homem português o progenitor. Os países seguintes de maior destaque vão para Angola e Cabo Verde, no entanto, nestes casos, existe apenas uma ligeira diferença de género, sendo aqui, o pai angolano e cabo-verdiano com filhos de mãe portuguesa em maior número, ao invés da mulher angolana e cabo-verdiana com o pai dos seus filhos, português. Há ainda a realçar que, de entre as dezassete populações estrangeiras que tiveram mais filhos em Portugal, no ano de 2006, a China, seguido da Moldávia e da Índia, são as nacionalidades onde os progenitores, tanto masculinos, como femininos escolheram em menor número indivíduos portugueses para pais e mães dos seus filhos.

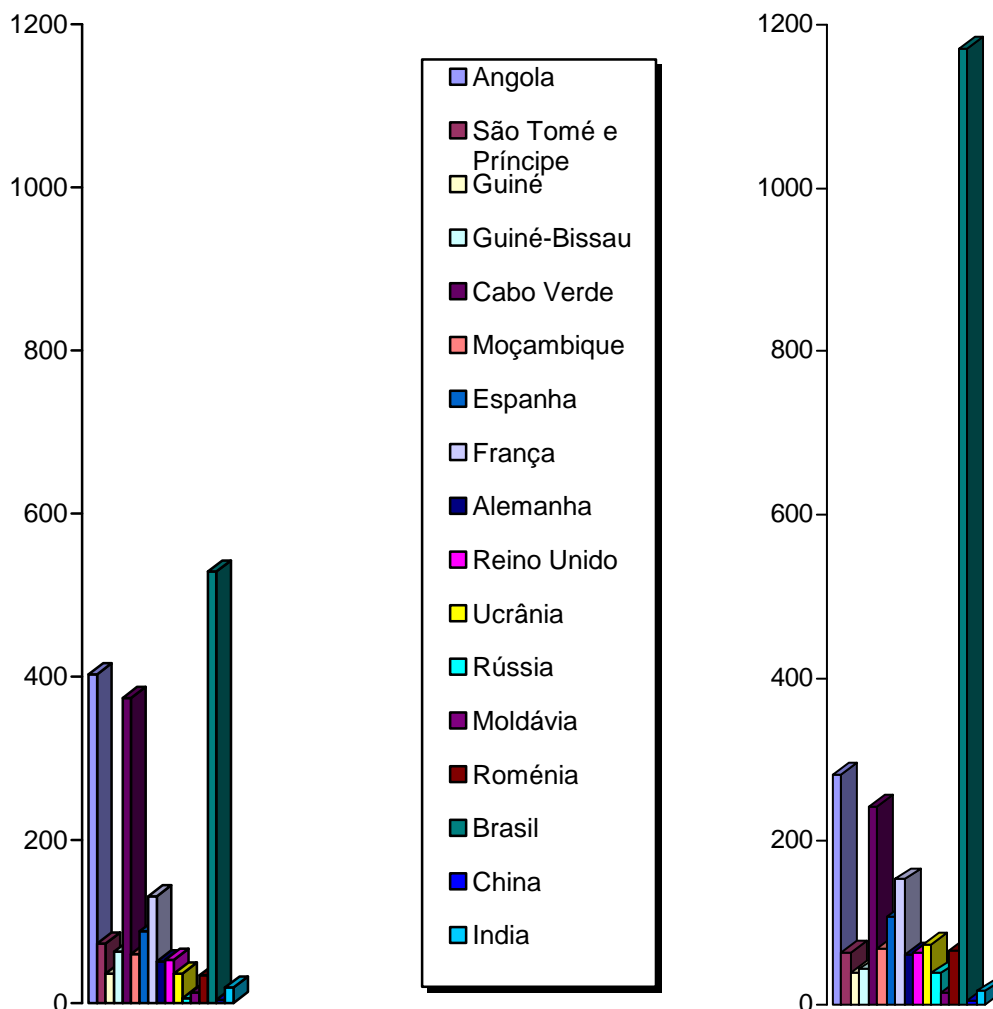


Figura 11 - Nados vivos no ano de 2006 em Portugal, à esquerda sendo a mãe portuguesa e o pai de nacionalidade estrangeira, à direita sendo o pai português e a mãe de nacionalidade estrangeira (INE 2008)

Quanto à distribuição geográfica da população estrangeira em Portugal, a esmagadora aglomeração vai para o distrito de Lisboa, seguindo-se decrescentemente com distanciamento considerável, os distritos de Faro, Setúbal, Porto e outros (SEF, 2006). Esta escolha reside nas necessidades de mão-de-obra sentidas nestas áreas metropolitanas. É a população imigrante que permite a vários sectores da economia terem disponíveis uma enorme fracção de trabalhadores temporários, vulneráveis e facilmente explorados (Rosa et al. 2002).

Segundo Butiam Có (2007), reproduzindo Arango (2000), o crescimento e manutenção da economia dos países industrializados, permite a divisão do mercado de trabalho em primário e secundário, realçando que no sector primário, têm lugar os indivíduos de maior qualificação, na maioria nacionais, e o secundário incorpora a mão de obra não qualificada, sendo mais propício aos migrantes.

Maria da Conceição Ramos (2008) assevera que, relativamente à dimensão socioprofissional vivida pela população imigrante, na generalidade, se verificam diferenças e convergências entre os imigrantes consoante a sua proveniência, dando origem, nos grupos de maior expressão às seguintes categorias:

O grupo africano exercendo actividades com baixas remunerações, onde o nível de escolaridade é reduzido, tais como trabalhos na construção civil e em serviços de limpeza.

O grupo de indianos, chineses e paquistaneses que se dedicam ao comércio e à venda de produtos.

O grupo de imigrantes do Leste da Europa, que com níveis elevados de escolaridade, não desempenham funções que se coadunam com as suas habilitações, executando funções subalternas na construção civil e serviços domésticos.

O grupo brasileiro que actualmente é maioritariamente pouco qualificado, exercendo actividades na área da construção civil, comércio, hotelaria e restauração.

Russo e Soeiro (2007), atentam para um paradoxo: Se por um lado o trabalho e o emprego são o principal motivo de saída das pessoas do seu país de origem para um país de acolhimento, por outro, eles são também, o principal factor de exclusão social, devido às circunstâncias exploratórias e de precariedade a que está exposta esta população, nos trabalhos e empregos. Nos últimos anos com a diversificação das origens geográficas da imigração, os processos migratórios habituais que eram suportados por redes de acolhimento de amigos e familiares, particularmente o grupo PALOP, dão lugar ao surgimento de outros processos migratórios sustentados em redes ilegais bem organizadas de tráfico de mão de obra (M. C. Ramos 2008).

No que toca à condição perante o trabalho, apurou-se que, no ano de 2006, 75,2% da população estrangeira com mais de 15 anos que solicitou estatuto de residente era economicamente activa. Os demais 24,8%, são a população inactiva, que era maioritariamente constituída por mulheres, sendo a categoria de doméstica a mais expressiva, com 56,5%, seguida pelos estudantes, com 25,5% (INE, 2008).

No sub capítulo seguinte abordar-se-á o processo de adaptação/aculturação que a população imigrante terá que vivenciar no país que elegeu para a imigração.

### **3 - ADAPTAÇÃO E ACULTURAÇÃO DA POPULAÇÃO IMIGRANTE**

Ao imigrar, o indivíduo experimenta uma sensação de “luto cultural” como afirma Ramos (2008) citando Eisenbruch (1988), ao qual está associado sentimentos de angústia e tristeza, mais ou menos importantes, conforme a qualidade do processo migratório e adaptativo. O indivíduo é despojado da sua cultura mãe e defrontado repentinamente com uma cultura alheia. Para Ramos (2004), o migrante encontra-se num processo dicotómico que terá de gerir:

- Um pólo de que faz parte toda a sua matriz cultural, a do seu país de origem, preenchida por sensações, objectos, hábitos, linguística, pessoas, lugares, enfim, todos os elementos em que se desenvolveu a sua estrutura psíquica e cultural.
- O outro pólo, o do país de acolhimento em que o imigrante terá de elaborar e de reconstruir individualmente e em curto espaço de tempo, o que outros fizeram progressivamente e transmitiram de geração em geração.

Para Monteiro (1997), esta vivência difícil que o imigrante experimenta, inicia-se logo no momento em que há a tomada de decisão de emigrar, trazendo esta escolha a ruptura entre o indivíduo e o seu espaço físico e a sociedade a que pertence. Na sociedade de acolhimento o imigrante é confrontado com diversas mudanças: a nível psicológico (a cultura, o espaço e ambiente físico), no âmbito político (com a perda de autonomia), na vertente económica (emprego), no sector cultural (língua, religião) e também no campo social entre outros (Neto, 1993, in Gonçalves, 2005).

Por conseguinte, implícita à imigração, está uma cultura diferente, à qual a pessoa terá que se adaptar psicologicamente e socialmente. Esta adaptação é conseguida por várias etapas que o indivíduo atravessa e por estratégias que este desenvolve. Do modo como este processo se desenrola, assim resultam diferentes formas de aculturação (Ramos, 2004). Pode-se definir aculturação como “*o conjunto de transformações culturais resultantes dos contactos contínuos e directos entre dois ou mais grupos culturais independentes*” (Redfield et al., 1963 in Ramos, p. 60, 2008). Na tese de Doutoramento de Ramos (1993, p. 561 – 562), é referido que a aculturação implica não só uma aprendizagem da nova cultura, bem como uma escolha entre o que se deseja manter da cultura de origem e o que se deseja abandonar dessa mesma cultura, integrando-se elementos da cultura do país de acolhimento, podendo aparecer tensões nesta altura.

Para Berry (1989) citado por Ramos (1993, 2004, 2008), do encontro relacional entre a população imigrante e a população de acolhimento, podem resultar quatro formas de se desenrolar a adaptação, derivando quatro estilos de aculturação: A assimilação, a integração, a separação e a marginalização. Na *assimilação*, o grupo imigrante que vulgarmente está em inferioridade numérica, de forma a fazer frente, ao desequilíbrio circunstancial em que se encontra, segrega os princípios culturais do grupo dominante, despindo-se de toda a sua carga cultural e identidade. A *integração*, caracteriza-se pela conservação de parte da cultura da comunidade imigrante, mas esta, também assume hábitos, atitudes e princípios da cultura do país de acolhimento, tendo alguma participação na sociedade de acolhimento. No que concerne à *separação*, ela processa-se quando o grupo étnico mantém a sua matriz cultural, não querendo, nem criando, afinidades com o grupo dominante. Se esta “escolha” é imposta pelo grupo maioritário, denomina-se *segregação*. Por último a *marginalização* diz respeito à modalidade em que a pessoa perde a sua identidade cultural, geralmente por práticas de assimilação, mas, é sujeita a práticas discriminatórias não podendo cooperar nas acções institucionais nem na rede social do grupo de acolhimento. Este estilo de aculturação, vulgarmente contribui para problemas mentais no indivíduo, e elevado nível de stress.

Ramos reportando-se a Phinney et al. (2001), Berry (1989, 1997) e Howard (1998) certifica que, “*a integração é o modo mais adaptativo da aculturação, promovendo nos grupos mais sentimentos de satisfação e bem-estar*” (2004, p. 259). Ratificando esta afirmação, Fonseca (2005) aludindo a Jasso e Rosenzweig (1995) e Satzewich (1993)

corroborar que, as famílias de imigrantes tendem a alcançar melhores desempenhos económicos ao longo do tempo quanto maior for o grau de integração na sociedade de acolhimento. Para além disso, Machado et al. (2006), sugere que, a integração é um processo bilateral, abrangendo a adaptação das duas partes: o imigrante e a sociedade de acolhimento. O processo de aculturação incute-se assim, de complexidade, na medida em que é um processo dinâmico e interactivo entre o indivíduo que imigra e a comunidade que o acolhe, como nos atesta Bronfenbrenner (1979) em Ramos (2008).

É necessário promover políticas de integração de forma que ambas as partes atingidas se adaptem sem práticas assimilionistas, nem de marginalização, preservando referências da sua cultura natal, para que a população imigrante deixe de ser o grupo da Europa mais vulnerável (Machado et al., 2006).

### **3.1 - Vulnerabilidade e Resiliência da População Imigrante**

A vivência da população migrante é muitas vezes sinónimo de insegurança, confrontada com o isolamento, a privação do relacionamento com entes queridos, com a sua cultura e locais familiares. Concomitante a este sentimento de “despejo”, experimentam sentimentos de estranheza em relação à nova cultura, com novos hábitos culturais, linguísticos e religiosos, assim como por vezes, indiferença e hostilidade, por parte da população que a acolhe (Ramos, 2008). Toda a mudança de uma cultura para outra induz na pessoa uma ruptura entre as experiências passadas e as exigências do novo ambiente. Esta descontinuidade sociocultural pode contribuir para o desenvolvimento de problemas psicológicos e somáticos (Shaik, 2004). Ramos afirma que, o processo migratório incrusta-se numa rede complexa envolvendo profundas alterações culturais, espaciais e temporais, psicológicas, físicas, biológicas, sociais e políticas, comprometendo a saúde física e psíquica do imigrante, levando-o a níveis elevados de stress (2008).

Segundo Berry (1974, 1987, 1989) parafraseado por Ramos (2008), “*o stress social e psicológico devido à aculturação manifesta-se, nomeadamente, por problemas psíquicos (depressão, angústia, ansiedade, confusão), por problemas identitários, de marginalização, sentimentos de insegurança e perda de auto-estima*”. No entanto, o

mesmo autor ainda nos diz que, o grau de stress decorrente da aculturação sofre a influência de outros factores, sobretudo, determinantes sócio demográficas da pessoa (a idade, o sexo, o nível sócio económico, experiências de miséria, tortura, exclusão, xenofobia) e psicológicas (estratégias de coping, o controlo, as motivações, as competências, a atitude perante a aculturação, o sentimento de identidade cultural), e também, as características da cultura de acolhimento e as modalidades de aculturação, sendo o grau de stress mais elevado em sociedades com práticas assimilacionistas e quando temos presente a separação e a marginalização como formas de aculturação (ibidem, 2008). Num estudo realizado por Sousa (2003), tendo como base a vivência do imigrante ucraniano, constatou-se que, a associação de obstáculos inerentes à barreira linguística e comunicacional, e, a fase migratória marcada pelas disparidades entre o país de origem e de acolhimento, no que diz respeito à profissão exercida e à escolaridade, vão exercer influência na adaptação, sendo maior as dificuldades quanto mais distanciadas são essas diferenças, resultando em comportamentos que desfavorecem um processo de integração.

As minorias étnicas e as populações migrantes vivenciam frequentemente problemas psicossociais e sanitários (Ramos, 2008). A diversidade cultural, particularmente quando tem origem na população imigrante, está muitas vezes associada a situações de exclusão social, assente ou não na privação de determinados direitos de participação social e política (Leitão, 2001). Na sua maioria, os imigrantes são uma franja da população extremamente vulnerável, onde impera baixos níveis de escolaridade, de qualificação profissional com empregos de salários reduzidos, correspondendo a extractos sócio económicos baixos. Para além disso, o número de imigrantes clandestinos sem qualquer sistema de protecção social também é significativo. Estão sujeitos a índices mais elevados de mortalidade, morbilidade, de gravidade nas doenças, e comportamentos prejudiciais à sua saúde, como alcoolismo, tabagismo e sedentarismo. Têm uma longevidade mais abreviada, estão circunstanciados a um maior grau de stress, com um parco suporte social e uma frágil integração social (Ramos, 2008, reportando-se a Parkes, 1971; Dohrenwend, 1973; Brown e Harris, 1978; Berkman et al., 1979; Marrot et al., 1984; Cohen et al., 1985; Wilkinsen, 1992; Ramos, 1993, 1997, 2001, 2004; Wells et al., 2001). Estes factos também são corroborados por Machado et al. (2006) citando investigações elaboradas (Carballo et al. 1998, Luck et al.

1999, De Freitas 2006, Harding et al. 2006a, Harding et al. 2006b), e no seu próprio estudo comparativo realizado em Portugal, a 838 nados vivos de famílias imigrantes e 1116 nados vivos de famílias portuguesas, os quais, averiguaram que, o grupo imigrante apresentou maior vulnerabilidade, mostrando índices mais elevados de desemprego, de menor escolaridade, maior precariedade habitacional, maior número de profissões manuais e de famílias monoparentais, além de maior carência sócio material. A nível de saúde estes investigadores também constataram que, o grupo imigrante, revelava maior morbidade materna, um número superior de infecções durante a gravidez, maior consumo de álcool por parte das mães, famílias com hábitos tabágicos mais elevados, uma maior paridade e uma maior mortalidade perinatal nos filhos de imigrantes. Em estudos realizados certifica-se que, são determinantes importantes na doença e no stress de toda a população, aspectos como a pobreza, o desemprego, a privação e a exclusão (Ramos 2008, referindo-se a Parkes, 1971; Kiritz e Moos, 1974).

Por outro lado, constata-se que, *“as estruturas sociais, jurídicas, de saúde e educativas não oferecem, frequentemente, respostas ou programas específicos ou fazem-no de uma forma descoordenada e inadequada, não prestando cuidados multiculturais adaptados às necessidades e diversidades dos utentes e não tendo, muitas vezes, em conta os seus direitos fundamentais”* (Ramos, p. 46, 2008). Assim, na vertente da saúde, a autora refere que, é comum os profissionais não terem em conta a realidade cultural, económica e social do utente e as suas representações (Ramos, 2008).

Relativamente ao acesso aos cuidados de saúde os imigrantes deparam-se comumente com diversos obstáculos. Alguns desses obstáculos estão nos próprios imigrantes, consistindo na falta de consciencialização acerca da importância dos cuidados de saúde e na ausência de confiança nos serviços de saúde do país de acolhimento. Como consequência destes factos, é frequente os imigrantes não adoptarem medidas de saúde preventivas, recorrendo apenas aos serviços de saúde em caso de emergência ou quando a doença já se encontra em fase avançada (Fonseca, 2005). Machado et al. (2006) no seu estudo constatou que os imigrantes recorrem mais aos serviços hospitalares do que aos cuidados de saúde primários, parecendo este facto estar condicionado pela noção da gravidade da doença, pela facilidade de horário de atendimento, por não terem médico de família atribuído nos centros de saúde e ainda por serem menos visíveis os problemas sociais a nível da urgência. Rosa et al. (2002) referindo-se aos imigrantes

cabo-verdianos relata que estes preferem as urgências hospitalares, devido às barreiras linguísticas e burocráticas impostas nos centros de saúde, assim como a dificuldade nos horários e também a nível de sentimentos por parte dos imigrantes de preconceitos raciais que transmitem os técnicos de saúde, tais como a ideia generalizada de violência e de falta de higiene entre os imigrantes. Estes autores ainda alertam para o facto de que, antes da ida ao médico os imigrantes para a resolução do problema, recorrem a chás ou a outros remédios caseiros, assim como a auto-medicação por exemplo aconselhada pela rede de amigos.

Outro obstáculo referenciado, são as barreiras linguísticas com que se defronta o indivíduo imigrante, também criando sérias dificuldades comunicacionais e relacionais com as diferentes estruturas de apoio e com os profissionais de saúde (Ramos, 2004, 2007). Estes entraves comunicacionais levam também a menores ganhos em saúde; uma investigação de 2006, realizada por Flores et al. nos EUA, mencionada por Machado et al. (2006), revela que, 46% dos utentes imigrantes que não falavam o inglês, não tiveram acesso a um intérprete, levando ao comprometimento no âmbito da prevenção, implicando também uma terapêutica desajustada, um risco acrescido de complicações e de ausência às consultas marcadas.

Segundo Ramos (2008), o facto do imigrante se encontrar em situação irregular/clandestina, ficando assim, numa posição onde é sujeito a diversas formas de exploração, adoptando condutas de medo, também irá agravar a sua acessibilidade e recursos aos serviços e cuidados de saúde. Machado et al. (2006) a este respeito refere que, o acesso ao Serviço Nacional de Saúde é negado aos imigrantes ilegais, sem emprego, nem visto de trabalho, assim como aos imigrantes que residam há pouco tempo em Portugal, apesar de ter sido estabelecido pelo Despacho nº 25360/2001 que o acesso ao Serviço Nacional de Saúde seria igual também para a população imigrante a residir legalmente no país, ou com documento comprovativo de residência superior a noventa dias.

Também é comum verificar-se em Portugal, lado a lado com crenças e condutas positivas em relação aos imigrantes, a existência de crenças negativas e preconceituosas, originando comportamentos discriminativos que podem prejudicar a sua saúde (Ramos, 2008). Uma atitude de imposição por parte dos profissionais de

saúde, aquando do acolhimento e hospitalização do utente imigrante, muitas vezes com condutas antinómicas às suas crenças e concepções de saúde, levam a comportamentos de ansiedade, de conflito e de vulnerabilidade por parte do utente (Ramos, 2008).

Por tudo o que foi mencionado e segundo Rosa et al. (2002), a população imigrante constitui assim um grupo particularmente vulnerável, recaindo alguns problemas de saúde, devido a factores como uma escassa inserção comunitária, estatutos sócio económicos e culturais mais baixos, obstáculos linguísticos, ignorância de hábitos e costumes da sociedade de acolhimento e dos serviços sociais disponíveis.

As mulheres imigrantes e as crianças nos primeiros anos de vida são particularmente vulneráveis, segundo Ramos (2004, 2008). No estudo de Carballo et al. (1998) citado por Machado et al. (2006) alertam para a ligação que existe entre as condições de vida da população imigrante e os seus principais problemas de saúde, particularmente no foro materno-infantil.

Fonseca (2005), diz-nos que, as mulheres que entram nos países enquanto cônjuges constituem uma percentagem significativa dos imigrantes e em Portugal o estatuto legal destas mulheres depende do estatuto do marido ou companheiro. Em consequência deste facto, as mulheres imigrantes estão menos dispostas a optar pelo divórcio, a apresentar queixa de violência doméstica ou a pedir aconselhamento a terceiros.

Ramos (2008, p. 78) reportando-se a Kessler et al. (1986), Littlewood e Lipsedge (1989), Doyle (1991), Ramos (1993, 2004), Narang (1994), Anderson (1995), Reijneveld (1998), revela que, “ (...) *os migrantes e as minorias étnicas têm mais fontes de stress e possibilidade de sofrer os efeitos dos factores ambientais de stress devido à interacção complexa de variados factores: precariedade das condições de habitação e de trabalho; baixo rendimento familiar; discriminação e racismo; conflitos culturais e intergeracionais, sobretudo entre os imigrantes e os filhos nascidos no país de acolhimento; isolamento social; dificuldades comunicacionais e linguísticas, sobretudo no caso das mulheres, muitas vezes, confinadas ao espaço familiar e doméstico; e, ainda, ao facto de possuírem menos recursos para enfrentar o stress, a perda de referências básicas e as mudanças no espaço vital*”.

Todavia, apesar da vulnerabilidade que domina a população imigrante também ela tem factores que a podem proteger. Alguns valores culturais podem funcionar como protectores da população imigrante, tais como o sentimento de pertença ao grupo, a coesão e a solidarização do grupo, o suporte social e valores religiosos e espirituais (Ramos, 2008).

O migrante tem que desenvolver capacidades que consigam fazer face às mudanças que o processo migratório acarreta, sejam elas mudanças físicas (novo ambiente, casa nova), biológicas (novas doenças, outra alimentação), sociais (novas relações interpessoais e grupais), psicológicas (no que concerne às motivações, aptidões e à sua identidade individual e cultural), culturais (por exemplo, a religião, a língua, a educação) e políticas (a perda de autonomia) (Berry, 1989, Nathan, 1986, in Ramos, 1993, 2008).

Toda a pessoa é potencialmente resiliente. Em função do desenvolvimento psicológico do indivíduo, do ciclo da vida, das circunstâncias e contextos ambientais, da natureza do traumatismo, da sua cultura e valores, assim se vai construindo, desenvolvendo e exprimindo diferentemente (Ramos, 2004).

Para Ramos (2004, p. 133), a resiliência consiste *“na capacidade do individuo para resistir, adoptar um funcionamento positivo ou competência face a uma situação de adversidade, face a riscos e a ameaças externas e internas, para ultrapassar de modo favorável um acontecimento negativo ou, ainda, a capacidade de reconstrução na sequência de uma experiência traumática”*. A mesma autora acrescenta ainda que a resiliência é um processo dinâmico e adaptativo, de forma que a adaptação positiva a situações adversas podem ser propulsoras do desenvolvimento social, afectivo, cognitivo e físico do indivíduo. Tal como assevera Rudnicki (2007), a resiliência não é sinónimo de invulnerabilidade e de impermeabilidade ao stress, mas tem a ver com a capacidade que a pessoa tem para suportar uma situação difícil e sair dela reabilitada. Esta autora também refere que a resiliência nunca é absoluta e nunca é alcançada para sempre.

Para Rutter (1991), a resiliência caracteriza-se por processos sociais e intrapsíquicos que se desenvolvem ao longo do tempo, permitindo ao indivíduo ter uma vida saudável perante um meio adverso. Estes processos derivam da mediação da família, dos suportes

sociais e da educação. Werner (1992, 1993) em Ramos 2004, considera que, a resiliência é o resultado de um equilíbrio evolutivo entre a confrontação a elementos adversos (factores de risco e vulnerabilidade) e os factores de protecção, dividindo-se estes em internos, nomeadamente as competências cognitivas da pessoa, a sua personalidade e a sua auto-estima, e os factores de protecção externos designadamente família alargada, redes sociais e suporte comunitário. Podem-se nomear como factores de risco, certos princípios culturais, de algumas comunidades que agravam a sua vulnerabilidade, sejam eles tabus, determinações religiosas, discrepâncias de género, choques intergeracionais, sobrelotação de agregados familiares em habitações precárias e exíguas (Ramos, 2008 aludindo a Kiritz e Moos, 1974). Para Rutter (1985), in Rudnicki (2007), qualifica os factores de risco como as situações stressantes da vida do indivíduo, tais como a pobreza, as perdas afectivas, as doenças, o desemprego, as guerras, entre outros. Relativamente aos factores de protecção, esta autora faz alusão a Cyrulnik (2001), e Pinheiro (2004), designando-os como as relações parentais satisfatórias, fontes de apoio social acessíveis, possuir uma auto-imagem positiva, crenças ou religião, favorecimento da comunicação e auxílio na resolução de problemas.

### **3.2 - Suporte Social**

O suporte social como foi supracitado é um factor de protecção decisivo e impulsionador da resiliência de um indivíduo. A forma de enquadramento de um migrante na sociedade não está subordinada apenas a factores individuais mas é determinante a rede social e as interacções sociais que estão ao seu dispor (Butiam Có, 2007). O suporte social é um factor de protecção preponderante. Este termo utiliza-se segundo Ogden (1999) em Ramos (2004) quando nos referimos a cuidados, consolo, suporte, estima ou ajuda que o indivíduo sente estar a obter dos outros.

Também é feita referência por Rutter (1993) em Ramos (2004), que o suporte social é tão importante, sobretudo o apoio emocional, como uma boa experiência de vinculação familiar na infância. Ramos (2008, p.73), referenciando Eckenrode e Gore (1981), defende que, *“as redes sociais são uma forma privilegiada de compreender as origens da perturbação e o papel do apoio social, agindo este apoio como uma variável atenuante e preventiva do stress e da doença”*.

Em diversos estudos efectuados, particularmente por Berkman e Syme (1979) e Orth-Gomer et al. (1987) citados por Ramos (2008), concluíram que, os indivíduos detentores de uma rede social pobre e que vivem mais isolados estão sujeitos a níveis de mortalidade mais elevados, do que aqueles que têm um bom suporte social. Andrews et al. (1978), no seu estudo, citado por Leal e Sousa (2008), também demonstraram que, 80% das pessoas que tinham tido no seu percurso de vida, potenciais acontecimentos de vida indutores de stress, tinham bem presente a ajuda e o apoio fornecido por familiares, amigos e vizinhos, não apresentando estas pessoas posteriormente, manifestações de problemas mentais, ao passo que, o mesmo não acontecia aos indivíduos que não possuíam um bom suporte social.

Relativamente à rede social que propicia suporte social, podemos defini-la em suporte social formal e informal, estando incluídos no primeiro, os técnicos e serviços sociais, hospitalares, educativos, e administrativos, os quais dão assistência e apoio formal. No suporte social informal tem cabimento, os amigos, vizinhos, familiares e grupos de apoio (clubes e associações, igreja, grupos de apoio), os quais dão apoio emocional e suporte na vida diária e nas dificuldades quotidianas (Dunst et al., 1997 in Ramos 2004).

O suporte social reúne três constructos: os recursos da rede social que, são a rede formal ou informal que constitui a ajuda do indivíduo em caso de necessidade, o segundo constructo define-se como o comportamento de apoio, tendo a ver com a troca de recursos entre pelo menos duas pessoas, o receptor e o dador, com a finalidade de beneficiar o receptor, e o último constructo designa-se por avaliação subjectiva do apoio, ou seja, é a percepção que a pessoa tem e o significado atribuído, do apoio dado pelo outro (Vaz Serra, 1999, in Leal e Sousa, 2008).

Existem seis tipos de apoio social: o apoio afectivo (as pessoas sentem-se estimadas e aceites pelo outro, assim como são), o apoio emocional (devido à capacidade de escuta activa, com demonstrações de sentimentos de empatia e de amizade, de preocupação com o relatado e desenvolvimento de condições para o distanciamento do problema), o apoio perceptivo (orienta para uma avaliação mais correcta do problema), o apoio informativo (facilita a tomada de decisão por estar melhor informada e esclarecida), o apoio instrumental (quando é fornecida ajuda material ou serviços, colaborando na resolução do problema) e o apoio de convívio social (aqui estão reunidas as actividades

de lazer e culturais que contribuem para o convívio entre as pessoas e o consequente alívio de tensões, prevenindo o isolamento) Leal e Sousa (2008), notificando, Cutrona e Russel (1990), Powel e Enright (1990) e Cohen e Will (1985).

## **CAPÍTULO II – CULTURA E MATERNIDADE**



**Figura 12 - Maternidade (Pintura de Almada Negreiros)**

Tal como nos afirma Kitzinger (1978), muito daquilo que consideramos “natural” na maternidade é fruto da cultura do indivíduo.

Brazelton assevera que, se verificam influências genéticas e ambientais no comportamento do recém nascido, existindo uma predisposição genética para certas respostas motoras e para determinada aceitação e utilização de estímulos sensoriais, os quais já foram moldados durante a gravidez pelos movimentos da mãe, por seu meio externo e pela qualidade das suas reacções a esse mesmo meio (1991). Depreende-se

assim que durante a gravidez o feto já é submetido a influências culturais, por exemplo, se for hábito em determinada cultura a grávida ouvir um tipo de música.

O indivíduo é influenciado nas suas percepções, pelas suas crenças, valores, atitudes, a sua visão do mundo e do outro, e a sua organização social e política. Deste facto resultam diversas representações de saúde, de doença, crenças, práticas de protecção de saúde que podem divergir, de pessoa para pessoa, segundo grupos culturais, classes sociais, culturas e contextos de desenvolvimento (Ramos, 2007). Assim, para algumas etnias é comum a gravidez ser percebida como um estado natural, não necessitando de vigilância de saúde, como nos alude Machado et al. (2006) repercutindo Luck et al. 1999 e Calado et al. 1997. Por outro lado, o parto e o pós-parto imediato, é para a maioria das sociedades sinónimo de período de risco para a mãe e criança, estando assim imbuído em rituais e crenças culturais que variam de cultura para cultura (Figueiredo et al., 2002).

O nascimento é submetido assim à influência da cultura, visualizando-se, por exemplo, na escolha do local, nas pessoas que assistem ou intervêm no parto, no recurso a terapêutica e equipamento médico ou à escolha de métodos naturais, na importância que é dada à dor, e na participação activa da mulher (Lozoff et al., 1998).

A maternidade desenvolve-se num clima de plasticidade e dinamismo, “*as mães criam os filhos não só num mundo de modas em transformação, mas também de valores mutantes*” (Kitzinger, 1978, p. 22). O papel parental ao longo da história tem sofrido a influência de diversos factores. Para L’Hermite-Leclerq, (1993) in Relvas e Alarcão (2002), os cuidados prestados nas relações parentais dentro das sociedades humanas, e nas diversas fases da história, foram surgindo segundo modalidades que não foram de forma alguma consensuais, quer no contexto cultural quer no espaço temporal e até segundo a classe social. Assim as imagens sociais do que é ser mãe vão-se transformando, por exemplo a manutenção da amamentação depende não só do meio social envolvente, como também dos “conhecimentos” que existem nessa altura sobre este assunto e de outras contingências, como é o facto da mãe trabalhar dentro ou fora de casa (Joaquim. 1983).

Kitzinger (1978, p. 57) garante que, “*É quando a maternidade atinge o seu máximo de espontaneidade que ela melhor serve como canal do processo cultural. Ela é o primeiro agente de cultura que se depara a cada novo ser humano e, para muitos indivíduos, continua a ser de longe o mais eficaz ao longo de toda a sua vida*”.

A cultura imprime significado à parentalidade, nomeadamente no que corresponde a diferentes formas de interacção e práticas de cuidar das crianças que são transmitidas entre gerações Ramos (2001). Serão essas práticas de cuidados dispensadas à criança pela mãe ou substituto, que se abordará no sub capítulo seguinte.

## **1- CUIDADOS MATERNOS AO RECÉM-NASCIDO**

Os cuidados que se prestam às crianças requerem competências que se reflectem na sensibilidade para as deusas da criança e na responsabilidade para as diferentes necessidades em diferentes fases de desenvolvimento (Rutter, 1989). Proceder ao desempenho rotineiro e mecânico dos cuidados de uma criança, como a alimentação, a mudança de fraldas e pôr o bebé a dormir, por si só, não proporcionam um desenvolvimento equilibrado à criança, este depende de aspectos mais pontuais, como as respostas dos pais a necessidades específicas da criança (o choro ou dores), ou a solicitações sociais (o sorriso), assim como as intervenções específicas que os pais iniciam (sorrir, falar ou saudar a criança) (Rutter, 1989). Segundo Correia (1998, p. 366), a maternidade “*envolve prestação de cuidados, envolvimento afectivo...em medidas variáveis*”. Soares sugere que, o comportamento de prestação de cuidados parentais está organizado dentro de um sistema comportamental que é independente, mas que, está relacionado com a vinculação em termos desenvolvimentais e comportamentais (2001). O objectivo deste sistema de cuidados passa por manter a criança segura, junto da figura materna em situações de ameaça ou perigo. O sistema de cuidados é activado por situações percebidas pela figura parental como ameaçadoras, perigosas ou stressantes para a criança, assim como situações de separação, e sinais verbais e não verbais que indiquem desconforto e perturbação. A qualidade dos cuidados prestados é mediada por diversas variáveis, nomeadamente, o contexto, a idade, características e experiências da figura parental e da criança, e

também, a satisfação da figura parental com a rede de apoio, com a relação conjugal ou com as circunstâncias sócio-económicas (ibidem, 2001).

Existem ainda outros factores que afectam a qualidade dos cuidados maternos. Vários autores, como Figueiredo et al. (2002), expõem que, surgem diversos determinantes durante o parto que influenciam o estado emocional da mãe no pós-parto e beneficiam a qualidade da relação da díade mãe-filho e os cuidados maternos desempenhados, são eles: a presença de uma pessoa significativa durante o parto, parto eutócico, no parto por cesariana a mulher ser submetida a anestesia loco regional e não a geral, participação activa da mulher nas decisões em relação ao trabalho de parto e parto, e parto sem dor, tal como acontece na analgesia epidural.

O modo como a cultura vai modelar as semanas seguintes após o parto é de extrema importância, visto ser a altura que, tanto a mãe como o bebé começam a responder, a conhecer-se e a aprender um com o outro, sendo um momento que está sujeito a inúmeras variações culturais (Kitzinger, 1978). Os cuidados maternos são assim pautados pelas variantes da cultura.

Mas o principal prestador de cuidados ao bebé pode não ser a mãe, é incontestável o papel distinto que a mãe assume durante a gestação promovendo ao feto um ambiente favorecedor ao seu desenvolvimento. Contudo *“esta união simbiótica termina com o nascimento, outros podem então, assumir um envolvimento completo ou parcial com a criança”* (Bobak et al., 1999, p. 468). O mesmo autor refere ainda que *“a função maternal constitui um processo no qual um adulto assume o cuidado de uma criança”* (1999, p. 468).

### **1.1 - Dimensões de Cuidados ao Recém Nascido**

Tal como nos diz Whaley e Wong, todas as crianças são semelhantes, seguindo um mesmo padrão de desenvolvimento e de maturação, mas, paralelamente, à sua constituição hereditária, a sua cultura, e as suas experiências, fazem de cada criança um ser único e distinto de todos os outros (1989).

Mantendo esta linha de pensamento, existem determinadas necessidades básicas de cuidados ao recém-nascido que são comuns a todos eles. O recém-nascido depende totalmente de uma pessoa responsável pela satisfação dessas necessidades, havendo assim um leque de cuidados a prestar ao recém-nascido. O modo, como essas necessidades vão ser satisfeitas está intimamente ligado, a factores culturais e individuais, entre muitos outros factores, que vão ser todos eles, determinantes no desenvolvimento físico e psíquico da criança. Segundo Lowdermilk et al. (2002) as actividades para cuidar da criança incluem alimentar, segurar, acarinhar, vestir, cuidar da higiene, proteger do mal e promover a mobilidade. Os cuidados ao bebé assentam assim nas seguintes dimensões: vinculação, alimentação, cuidados de higiene e conforto, sono e repouso, cuidados de saúde, crenças e rituais, e segurança.

Tal como nos afirma Bobak et al. (1999), actualmente sabe-se que o recém-nascido é capaz de iniciar interacções sociais com os pais imediatamente após o nascimento. Tão importante como a satisfação das necessidades biológicas e físicas para o recém-nascido, assim é também a satisfação primária de contacto e afecto. Ramos (2004) advoga que, a segurança transmitida ao bebé, nos braços da mãe ou pai, ou de outro cuidador é basilar na sua autonomização, na construção e desenvolvimento físico e psíquico salutar. Para Robson e Moss (1970), in Figueiredo (2003), os contactos iniciais entre a mãe e o bebé, na altura do nascimento são essenciais para a posterior qualidade dos cuidados maternos e para o desenvolvimento e decorrente bem-estar da criança. Bowlby (1984) in Relvas e Alarcão (2002) adita que para alguns investigadores a essência da vinculação, provém da confiança que a criança estabelece com a pessoa que lhe satisfaz as necessidades mais básicas.

O recém-nascido vem dotado de capacidades sensoriais e perceptivas. Desde que o bebé nasce, que todos os elementos que o rodeiam, pessoas, objectos, sons, são estímulos capazes de provocar uma resposta. Esta inter relação de estímulos e resposta, origina a conduta, o comportamento do recém-nascido (Guillén et al., 2000). O contacto interactivo apropriado e gentil feito pelos pais ou por outro cuidador com o recém-nascido pode ter efeitos muito benéficos no seu desenvolvimento. Segundo Beck et al. da Saving Children *“Um recém-nascido não pode sobreviver sem carinho. No nascimento, ele é incapaz de satisfazer suas próprias necessidades básicas. Quando o recém-nascido está com fome, molhado, frio, desconfortável, com dor ou doente, ele*

*somente pode chorar ou enviar outras pistas.*” (2004). Estes autores referem que o choro do bebé não deve ser ignorado, e a sobrevivência do recém-nascido depende da percepção da mãe em entendê-lo e da resposta adequada que dá aos sinais enviados. O bebé aprende assim a confiar e a ser confiante, dando-lhe segurança e percebendo o mundo como amoroso, (ibidem, 2004).

O leite materno é o alimento idóneo e otimizado para alimentar uma criança desde que nasce até ao primeiro ano de vida, segundo Guillén et al. (2000). A World Health Organization (WHO), reconhece o leite materno como aquele que contém exactamente os nutrientes necessários ao bebé, com uma fácil digestão, protegendo o bebé contra infecções (2006). Segundo Guillén et al. (2000), promover a lactação no pós-parto imediato, num contacto pele com pele, não só potencia a produção de leite, como é uma altura óptima para se estabelecer vínculos efectivos entre mãe e filho. A WHO aconselha que, a amamentação do recém-nascido deva ser iniciada na sua primeira hora de vida e que o aleitamento materno exclusivo, deva decorrer em horário livre, de dia e de noite (2006). Esta organização recomenda que o profissional de saúde deva efectuar o aconselhamento à mãe, companheiro ou outros membros familiares, (durante a gravidez e após o nascimento) no que se refere ao cometimento de amamentação exclusiva, que deve perdurar até aos seis meses de vida do bebé. A partir desta idade, devem-se ir introduzindo outros alimentos, sendo vantajoso amamentar a criança até aos dois anos (Beck et al., 2004).

Relativamente à resolução do ingurgitamento mamário, a WHO (2006), orienta para a massagem da mama e expressão do leite materno, e quando necessário, aplicar antes da expressão, compressas mornas nos seios maternos, e, efectuar massagem nas costas e pescoço da mãe do recém-nascido. De salientar que a WHO, aconselha para aliviar a dor produzida pelo ingurgitamento mamário, a administração de analgésicos como ibuprofeno e paracetamol, mas também atenta para o facto de algumas mães utilizarem plantas ou produtos de plantas como por exemplo chás, para atenuar a dor e o inchaço do peito (2006). Em relação à alimentação da mãe durante a amamentação, esta deve ser diversificada para que receba adequadamente vitaminas, minerais e outros nutrientes, e deve fazer uma refeição ou porção extra da sua alimentação diária, para aumentar os seus níveis de energia (Beck et al., 2004).

Na altura do nascimento, a WHO recomenda o contacto pele com pele do recém-nascido em cima no abdómen da mãe, devendo-se secar bem o bebé, com toalhas ou panos aquecidos (2006). O primeiro banho do recém-nascido não deve ser realizado antes das primeiras seis horas de vida (WHO, 2006). Para Guillén et al. (2000), durante os primeiros dias de vida do bebé, o banho deve realizar-se completamente, mas de uma forma rápida, para não o expor a um frio desnecessário e para não macerar em excesso o cordão umbilical. Deve-se dar banho diariamente, preferencialmente antes da última alimentação da noite, para confortar e favorecer um maior descanso nocturno. No entanto, a WHO (2006), orienta para o banho completo só quando necessário, devendo-se lavar a face, pescoço e axilas diariamente e a zona perineal sempre que está suja.

Quanto à desinfecção do cordão umbilical Guillén et al. (2000) afirmam que, tanto o cordão como o clampe, devem estar limpos e secos, havendo no entanto controvérsia na aplicação de uma compressa esterilizada ligeiramente humedecida em álcool a 70°, clorohexidina a 1% ou mercurocromo, já que referem que, há países em que não se aplica antiséptico e a queda do cordão é mais rápida. Para a WHO (2006), é desaconselhado aplicar qualquer substância no coto umbilical, se este tiver sujo, deve-se lavar com água e sabão e secar completamente com um pano limpo.

No que respeita ao vestuário, a WHO refere a importância de cobrir a cabeça do recém-nascido, nos primeiros dias de vida, assim como alerta, para a necessidade dos bebés vestirem uma a duas roupas a mais do que os adultos e as crianças (2006).

Um recém-nascido normal tem necessidade de dormir em média 18 horas diárias, fazendo ao longo do dia, cinco a seis períodos de vigília e de sono (Guillén et al., 2000). É de extrema importância o prestador de cuidados ao bebé, proporcionar a satisfação desta necessidade, sendo a forma como o faz, muito variável, e dependente de múltiplos aspectos. Segundo a WHO, o bebé durante a noite pode dormir com a mãe ou deve estar facilmente alcançável de modo a favorecer a amamentação, mas aconselha a usar o berço para o bebé dormir, posicionando-o de lado ou de costas (2006).

O recém-nascido necessita de vigilância de saúde, para isso os pais ou cuidador devem planear as consultas do bebé, assim como o cumprimento do plano de vacinação, tal como nos diz Beck et al. (2004).

As crenças e rituais estão associados à dimensão cultural, fazendo parte também, dos cuidados dispensados ao recém-nascido. Em Portugal também existem muitas crenças, Joaquim diz-nos, “(...) *que o mundo da primeira infância é todo ele rodeado de perigos, agouros, bruxarias, maus-olhados, dos quais é necessário proteger a criança*” (1983, p. 121).

Proporcionar segurança, é uma vertente do cuidar que não se pode descurar. Deve-se proteger o bebé de traumatismos, prevenir quedas e acidentes, tendo cuidado no transporte do recém nascido, ao colo, na cadeira, na cama, no automóvel, etc. (Bobak et al., 1999).

A cultura imprime aos cuidados ao recém-nascido, formas diferentes de os exprimir e executar, no sub capítulo seguinte incidiremos a nossa atenção sobre este tema.

## **2 - ESTILOS CULTURAIS DE CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO**

O estilo da maternidade é expressivo da cultura, englobando um sistema de valores representativo do que é a mulher e do que é o filho (Kitzinger, 1978). Ramos refere que, “*os cuidados às crianças são um fenómeno universal, mas as suas expressões, processos e estilos variam segundo as diferentes culturas e género*” e isso observa-se nas sociedades multiculturais quando se vê diferentes maneiras de transportar o recém nascido, de o alimentar, como é adormecido, etc. (2004, p. 194).

Lowdermilk et al. (2002), alegam que, “*há muitas variações culturais nesses comportamentos interactivos usados na comunicação entre pais e o bebé*”. Para Ramos (2004) balizando-se em Stork (1986, 1993) e Ramos (1993), assevera que, a comparação transcultural de cuidados à criança, permite destacar:

- O particular e o universal
  
- O individual e o colectivo
  
- A tradição e a modernidade

- Uma concordância entre o empírico e o científico
- A correlação entre práticas de cuidados e de protecção à criança e ideologias, representações e sistemas de valores

Sobrevindo desta comparação transcultural, notabilizam-se estilos culturais de maternagem:

- Estilo de maternagem de tipo proximal – caracterizado por interacções tácteis, cinestésicas, vestibulares e de proximidade entre o adulto e criança. A comunicação baseia-se no contacto corporal e no diálogo tónico-motor entre o adulto e a criança. Predomina em África, na Ásia e na América Latina, por exemplo o Brasil.
- Estilo de maternagem de tipo distal – exprime-se por interacções verbais e visuais muito ricas. Predomina principalmente no norte-americano e norte europeu.
- Estilo de maternagem de tipo próximo-distal – Caracteriza-se pela coexistência de interacções tácteis e cinestésicas e interacções verbais e visuais, Característico do estilo de maternagem português (Ramos, 1993, 2004).

Por outra vertente, os estilos parentais de cuidados à criança na mesma cultura, também se diferenciam e complementam, consoante é estilo materno ou paterno (Ramos, 2004), reportando-se aos seus estudos anteriores. Em crianças de tenra idade, o estilo paterno privilegia mais uma interacção mais física, mais estimulante, mais lúdica, mais descontínua e menos convencional, enquanto, o estilo materno concerne-se nas interacções mais verbais, mais visuais, mais calmas, mais contínuas e mais convencionais.

O papel materno assume posição de destaque nos cuidados à criança. O sub capítulo sucessor debruçar-se-á sobre ele.

### **3 - ABORDAGEM DO PAPEL MATERNO**

O papel materno desenvolve-se no seio da família, para Marinheiro (2002, p. 17), “a família é a célula fundamental da sociedade, o primeiro e mais marcante espaço de realização, desenvolvimento e consolidação de personalidade humana, o habitat natural de diferentes gerações em convivência desinteressada, o veículo de transmissão e aprofundamento de princípios éticos, sociais, espirituais, cívicos e educacionais, o elo de ligação entre a tradição e a modernidade”. O nascimento de uma criança é uma fase de grandes alterações para uma família, tornar-se mãe e pai exige adaptação e mudança de comportamentos que promovam esta transição (Bobak et al., 1999). Relvas e Alarcão, (2002, p. 253) indicam que “esta relação do pai e da mãe com a criança faz-se através da definição de um papel paternal e de um papel maternal distintos, com determinadas características próprias, resultante da construção social do género, masculino e feminino, ao longo da história.” As representações do que é ser pai e mãe, para cada membro do casal foram construídas em grande medida a partir da família de que provêm (Kitzinger, 1978). Os novos pais vão ter tendência a repetir os modelos que conhecem, que foram usados pelos seus pais, ou o inverso, a criar contra-modelos em oposição aos que os seus pais elegeram (Salomé, 1999).

Ser pai ou ser mãe, é uma das formas de assumir activamente o papel de “cuidador”. Para Kitzinger (1978) o que supostamente melhor caracteriza as mulheres que são mães é a qualidade dos cuidados dispensados aos filhos. Montagu citado em Kitzinger (1978), afirma que a mãe é a pessoa mais bem preparada para dar resposta às necessidades da criança recém nascida. Com todas as modificações encetadas pelo processamento do parto, o período de gestação da criança mantêm-se mesmo após o nascimento, passando da uterogestação para a exterogestação, estabelecendo com a mãe uma relação contínua cada vez mais complexa. Tal como nos diz Lowdermilk et al., a maternidade é opcional, todavia a partir do momento que se opta por ela, é de fulcral importância, ter consciência de que, para os filhos “*toda a sua existência depende da qualidade do cuidado que recebem*” (2002, p. 457).

Tomey e Alligood referindo-se à teoria de Ramona Mercer, (2002) diz-nos que, a consecução do papel materno, é um processo evolutivo em quatro fases:

- A fase antecipativa que se inicia na gravidez, a qual inclui ajustamentos sociais e psicológicos, onde a mãe apreende as expectativas do papel, fantasia acerca deste, refere-se ao feto no útero e começa a desempenhar o papel.
- A fase formal enceta-se com o nascimento da criança a qual abarca a aprendizagem e o desempenho do papel de mãe, cujo desempenho é balizado nas expectativas formais e consensuais dos outros, no sistema social da mãe.
- A fase informal principia-se quando a mãe desenvolve formas únicas de lidar com o papel, as quais não são transmitidas pelo sistema social. A mulher adequa o seu papel ao seu estilo de vida, baseando-se nas suas experiências e nos seus objectivos futuros.
- A fase de identidade do papel decorre à medida que, a mulher o vai interiorizando. Nesta fase, a mãe experimenta sensações de harmonia, confiança e competência na forma como desempenha o papel e este é assim atingido. Esta última fase pode ser tangível num mês ou pode levar vários meses.

Segundo a teoria de Mercer, estas fases sofrem a influência dos traços e comportamentos da mãe e do bebé. Relativamente aos traços e comportamentos da mãe são eles, a empatia, a sensibilidade aos sinais do bebé, a auto estima e o auto conceito, a paternidade recebida como criança, a maturidade e flexibilidade, crenças maternas acerca da educação da criança, experiência da gravidez e do parto, a percepção que a mãe tem do estado da sua saúde e da família, ansiedade, depressão, conflitos de papel, e esgotamento. No que se refere aos traços e comportamentos do bebé, inclui-se o temperamento da criança, capacidade da criança de enviar pistas, a aparência, reacção e estado de saúde da criança. A consecução do papel materno também é influenciada pelo apoio social, o stress, o funcionamento da família e a relação entre mãe e pai ou outra pessoa significativa, pressupostos estes, que se encontram na área do microsistema, ou seja, no ambiente imediato no qual ocorre a consecução do papel materno e consequentemente, o que exerce maior influência na sua conquista. No entanto, no desenvolvimento do papel materno também são determinantes, factores num âmbito mais ampliado, que Mercer denomina de mesosistema, onde se inclui a família alargada, a escola, o trabalho, a igreja e outras entidades da comunidade mais próximas da mãe. Por último existe, num sentido mais lato mas também determinante, o macrosistema,

onde estão as consistências culturais transmitidas, ou seja onde estão as influências sociais, políticas e culturais sobre os outros dois sistemas, o microsistema e o mesosistema (Tomey e Alligood, 2002).

Segundo Steele e Pollack (1968), in Bobak et al. (1999), o processo da maternidade e paternidade agrega dois componentes, um de carácter prático ou mecânico, baseando-se na aquisição de aptidões a nível cognitivo e motor e o outro de cunho emocional, alicerçando-se nas capacidades cognitivas e afectivas, sendo os dois imprescindíveis para a segurança e bem-estar da criança.

### **CAPÍTULO III – MATERNIDADE E MIGRAÇÃO**



**Figura 13 - Maternidade (Pintura de Tuman)**

Profundas alterações se verificam na mulher no período gravídico, quer no âmbito biológico quer no psicológico, que a vão tornar mais fragilizada. Fisicamente a grávida sofre grandes mudanças na sua imagem corporal devido a alterações endócrinas e hormonais. Também psicologicamente a gestante vive transformações a nível de identidade, em virtude da assunção do papel materno. Estas mudanças vão ter consequências, deixando a grávida emocionalmente instável e mais vulnerável (Colman e Colman, 1994). É um tempo de vivência de grande instabilidade, stress, rápidas alterações físicas, sociais e psicológicas às quais a mulher vai ter de se adaptar.

Relativamente ao período pós parto também surgem frequentemente algumas perturbações psicopatológicas, debilitando a mulher e sua família. O período pós parto é definido como, “o intervalo de seis semanas entre o nascimento e o retorno dos órgãos

*reprodutores ao seu estado normal. Este período é, algumas vezes, referido como o puerpério ou quarto trimestre de gravidez”* (Bobak et al. 1999, p. 457). Nesta fase podem figurar alterações como o *blues pós parto*, psicose puerperal e depressão pós parto. O *blues pós parto* é considerado um desequilíbrio emocional breve e transitório, surgindo perturbações de humor, em consequência das modificações hormonais, resultantes do nascimento e do aleitamento, ocorrendo em mulheres saudáveis do ponto de vista físico e emocional (Figueiredo, 2001). Ocorre em cerca de 50% a 80% das puérperas (Yalom et al. citado em Figueiredo, 2001). Uma outra situação que pode estar presente no puerpério é a psicose puerperal, trata-se de uma perturbação psicopatológica grave, que surge nos primeiros dias do puerpério. É um fenómeno raro que ocorre em apenas 0,1% a 0,3% das puerperas, mas que, quando instalado, tem implicações graves tanto para a saúde da mãe como do recém-nascido (Brockington et al., citado em Figueiredo, 2001). A depressão pós-parto é uma perturbação do humor que se desenvolve na sequência do parto e que se pode revelar com fadiga, cefaleias, falta de apetite, ansiedade, tristeza, culpabilidade, alterações de humor, baixa auto-estima, sentimentos de incompetência em relação ao bebé, irritabilidade, insónias, diminuição do interesse sexual e algias generalizadas (Figueiredo, 2001). Tem lugar entre o 2º e o 3º mês após o parto. A incidência é de 13% como refere O’Hara e Swain, em Figueiredo, (2001).

Aliado ao stress e às alterações físicas e psicológicas próprias da gravidez e maternidade está todo o stress e dificuldades que se experimenta em situação de adaptação e aculturação em contexto de imigração, daí que, a maternidade vivida nestas circunstâncias pode ser sinónimo de sentimentos de angústia e ansiedade.

Para Ramos (2008), alguns cuidados maternos prestados em situação de migração modificam-se, conservam-se ou perdem-se, a autora faz alusão a Candil e Frost (1972), os quais verificaram que mães americanas de origem japonesa, eram influenciadas pelas duas culturas, quando cuidavam dos seus filhos.

Segundo Falander (1983) referenciado por Ramos (2008), as adversidades económicas, psicológicas e de adaptação que a mãe experimenta quando imigra, nos primeiros anos, interferem na relação mãe-filho e vão incidir no modo como a mãe cuida do seu filho.

A vivência da maternidade em circunstâncias de migração, leva a diferentes formas de aculturação, como indica Ramos (2008). Verifica-se uma “aculturação sem problemas”, quando existe um equilíbrio entre os cuidados maternos alicerçados em saberes tradicionais do seu país de origem, e outros adquiridos na cultura de acolhimento. Estamos perante uma “semi-aculturação”, quando as mães rendidas às práticas modernizadas, as elegem maioritariamente nos cuidados ao seu filho, tendendo a diminuir ou a desaparecerem os cuidados que derivam do seu país de origem. Esta situação é mais frequente em mães de segunda geração, mães jovens onde existe ruptura nas relações intergeracionais. Esta forma de aculturação propicia contradições, indecisões e conflitos entre saberes apreendidos na cultura de origem e os veiculados pelos profissionais de saúde na cultura de acolhimento, resultando em cuidados maternos mais pobres. Por último, Ramos afirma que há “desaculturação”, quando o desenraizamento cultural é muito elevado, quando a mãe não tem manancial cultural onde se apoiar, nem por parte dela, nem no seu sistema de apoio familiar e social, não conseguindo se adaptar ao novo ambiente para prestar cuidados ao seu filho. É aqui que se encontram as situações de maior vulnerabilidade, onde são acompanhadas de isolamento, depressão e psicopatologias.

Nas famílias de imigrantes, o contacto com outra cultura, por vezes abre uma clivagem entre experiências contraditórias da maternidade. Na vida familiar quotidiana a mulher actua sem grandes dúvidas ou reflexões, empregando o seu saber comum, recordando o que fazia a mãe, a tia e a avó, no entanto em situações de crise a mulher procura “*a ajuda dos agentes rituais da sociedade, quer estes representem os velhos rituais da feitiçaria, da magia ou da religião, quer os rituais, novos e poderosos, da ciência e da medicina*” (Kitzinger, p. 158 – 159, 1978).

O parto e os primeiros cuidados que se prestam ao recém-nascido são para muitas culturas imbuídos em rituais transgeracionais e processados na envolvente familiar pelos elementos femininos. Contrariamente nas sociedades industriais a nível hospitalar, ele é na generalidade destituído desta ambiência a qual, possuía um papel protector e uma importante função psicológica, sendo substituído por um ambiente isolado, estranho, tecnológico, implicando o surgimento de sentimentos de angústia, ansiedade e stress na mulher provinda de outra cultura, principalmente aquela que é mãe pela primeira vez, com consequências nefastas para a saúde da mãe e da criança (Ramos,

2007, 2008). *“As práticas de saúde e educativas das sociedades industrializadas, muito dependentes dos especialistas, podem colocar em causa os comportamentos tradicionais das famílias migrantes, os pais e as mães pensando que os seus saberes são maus ou ultrapassados. A situação de conflito cultural e a insegurança e a ansiedade daí resultantes estão na origem de “conflitos maternos” muito prejudiciais para a relação mãe/criança e para as interações familiares”* (Ramos, p. 57, 2008).

Estes sentimentos negativos que a mulher imigrante experimenta, compromete a adesão e utilização dos cuidados de saúde por parte desta, repercutindo-se na sua saúde /família (Ramos, 2007). Maria do Céu Machado, Alta Comissária da Saúde em 2007 no estudo que realizou sobre os cuidados de saúde materno-infantil a uma população imigrante, declara que, no que diz respeito à comunidade imigrante, as vulnerabilidades sócio económicas revelam-se em índices mais baixos de saúde, nomeadamente em maior mortalidade fetal e neonatal e mais patologia durante a gravidez, designadamente doenças infecciosas, podendo ser justificável pelo início tardio das consultas. Atesta ainda que, existe maior mortalidade perinatal nos filhos de imigrantes, associada a factores de risco como gravidez não vigiada, patologias da mãe e problemas sociais (ACIME, 2007). Investigações realizadas sobre a saúde das mulheres migrantes, e notificadas por Ramos (2004, 2008) atestam que, na União Europeia, América Latina e Ásia, têm mais visibilidade os problemas a nível da saúde reprodutiva, com uma fraca adesão à acessibilidade aos serviços de saúde, repercutindo-se em mais gravidezes não desejadas, cuidados pré natais inadequados, percentagem mais elevada de morte fetal e mortalidade infantil.

Os problemas psicossociais, emocionais, adaptativos e culturais, a que a mãe imigrante está sujeita, assim como, o isolamento e uma débil rede social e familiar, principalmente nos primeiros tempos, poderão retumbar na qualidade dos cuidados prestados à criança, favorecendo uma fraca interacção da díade e a adopção de atitudes desajustadas às necessidades da criança (Ramos, 2004, 2008).

O suporte social é um factor influente na aquisição do papel materno. Será o tema do sub capítulo prosseguinte.

## **1 - INFLUÊNCIA DO SUPORTE SOCIAL NA CONSECUÇÃO DO PAPEL MATERNO EM CONTEXTO DE MIGRAÇÃO**

A importância fundamental do suporte social durante o processo de adaptação à maternidade está comprovada pela realização de vários estudos empíricos (Leal e Sousa, 2008). Estes autores num estudo que realizaram em Portugal, a 172 puérperas, concluíram que, 76,2% das participantes demonstrara, níveis de apoio social percebido elevados, contudo, as puérperas não portuguesas revelaram níveis de suporte social percebido menos elevados. Neste estudo também concluíram que as mulheres com níveis de escolaridade mais baixos ou as que possuíam habilitações superiores, assim como as mulheres divorciadas ou solteiras, revelavam índices de apoio social percebido mais reduzidos.

Outro estudo levado a cabo por Collins et al. (1993), no qual pretendiam saber a influência do suporte social na saúde materna e infantil, concluíram que, quanto maior e melhor for o suporte social proporcionado à mulher durante a gravidez, mais probabilidades tem de ter mais progressos no parto, de ter um bebé mais saudável e uma menor incidência de depressão pós parto. Estes autores verificaram também que, aquelas mulheres que tinham um fraco suporte social, revelavam maiores índices de depressão e ansiedade. Para Phahuwatanakorn (2004), o suporte social poderá prognosticar o nível de ansiedade no pós parto. A promoção do suporte social e o apoio emocional fornecido por pessoas significativas desde a gravidez “(...) *é uma circunstância que protege a mulher de vir a desenvolver depressão pós parto, estando a ausência de suporte associada à ocorrência desta perturbação (...)*” (Campbel et al., citado por Figueiredo, 2001, p. 178). A mulher grávida para além de ser factível sentir-se mais ansiosa, necessita de mais afecto, de demonstrações de carinho, essencialmente por parte de amigos e família tal como nos refere Colman e Colman (1994).

No estudo levado a cabo por MacLachlan e Forster (2006), confirmaram que, o suporte social fornecido pelo companheiro ou a influência da família, amigos ou profissionais de saúde afectam a forma de alimentação da criança e a taxa de amamentação. Segundo Phahuwatanakorn (2004), o suporte social providenciado por familiares e pessoas significativas afectam as competências maternas, sendo evidente nos cuidados prestados ao bebé.

Para Joaquim a maioria das regras em redor da gravidez, do parto e dos cuidados à criança são transmitidos de mãe para filha, de mulher para mulher, mulheres estas que já passaram por aqueles momentos difíceis ou regozijantes (1983).

Devido à rotura criada pela emigração, as grávidas e mães que se encontram nestas circunstâncias, muitas vezes não têm o suporte social pretendido de amigos e família. Gonçalves (2005), no seu estudo sobre ansiedade e suporte social em grávidas imigrantes, concluiu que, estas mulheres experimentam níveis de ansiedade elevados assim como uma diminuição dos níveis de satisfação com o suporte social. Estes resultados estão associados à fase do ciclo de vida da mulher – a gravidez e à futura ocorrência da maternidade, e ainda a um processo migratório, que acarreta por si só um risco para a saúde mental do indivíduo (Gonçalves, 2005). Kitzinger assegura que, a gravidez e o puerpério provavelmente são os períodos em que uma mulher sente mais necessidade de mobilizar os seus recursos, recrutando familiares para a prestação de serviços. Quando o não faz, pode ser indicação de falta de parentes próximos ou quando pesam mais desvantagens do que vantagens na realização de tal acto (1978). Também Harvey-Vallender (1998) no seu estudo constatou que o apoio social era crucial na tomada do papel materno. Cronin (2003) corrobora esta evidência ao verificar que o provimento de suporte social na primeira semana após o parto (no domicílio), foi identificado como o aspecto mais importante para as recentes mães.

Os profissionais de saúde são um grupo de apoio relevante da rede social formal da mulher que está a assumir o papel materno. Seguidamente, será o objecto de teorização.

### **1.1 - Papel dos Profissionais de Saúde na Consecução do Papel Materno**

Os profissionais de saúde devem promover a capacitação do indivíduo, neste caso da mãe. Para isso, há que avaliar competências e contribuir para o desenvolvimento de algumas delas. Segundo Roque Amaro in, Russo e Soeiro (2007), a promoção e o reforço das capacidades e competências pode-se fazer a seis níveis: competências do SER (são as pessoais, tais como auto-estima); competências do ESTAR (são as sócio comunitárias, por exemplo reactivação ou criação de laços familiares e de amizade); competências do FAZER (são as profissionais, como a partilha de saberes-fazer);

competências do CRIAR (são as empresariais, como a protagonização de iniciativas); competências do SABER (são as informativas, como por exemplo os saberes formais e informais e o desenvolvimento da argumentação e fundamentação das decisões tomadas); finalmente as competências do TER (são as aquisitivas, tal como ter acesso a um rendimento para poder comprar e priorizar consumos).

A mulher no pós parto, na adopção do papel materno necessita do apoio afectivo e emocional da família e amigos, mas também é de grande importância, o apoio perceptivo e informativo prestado pelos profissionais de saúde, que através das suas competências profissionais contribuem para uma avaliação correcta dos problemas e das necessidades da mulher, fornecendo informações e conselhos que a ajudarão na capacitação do seu papel e a ultrapassar dificuldades inerentes a este período (Leal e Sousa, 2008).

O tipo de apoio social durante a adaptação ao processo da maternidade, pode ser um factor negativo ou positivo na consecução do papel materno, havendo necessidade de ser avaliado pelo profissional de saúde (Leal e Sousa, 2008). Galanti, pactua esta opinião ao considerar que, diferentes culturas têm múltiplas formas e tradições de encarar o processo de nascimento. Algumas destas diferenças afectam a saúde da mãe e da criança, mas outras não, cabe ao profissional de saúde aprender a distingui-las (2004).

Assim, o profissional de saúde ao prestar cuidados à mulher nesta fase do seu ciclo de vida, necessita de desenvolver competências relacionais, a nível de relação de ajuda e de empatia, de modo a promover interacções com a utente e família que favoreçam a liberdade de expressão por parte da mulher, com o devido esclarecimento das suas dúvidas e preocupações (Leal e Sousa, 2008). A visitação domiciliária assume nesta fase um papel preponderante, facilitando a correcta avaliação das necessidades reais da mulher/família, por parte do profissional de saúde (ibidem, 2008).

Em vários estudos realizados (Mercer (1986), Conway (1999) e Folkes-Skinner (1997) citados por Cronin (2003) e na própria investigação que realizou em primíparas (mães pela primeira vez), constatou-se que existe uma confluência acentuada por parte destas, para adquirirem informação e suporte através de familiares, estabelecendo uma

grande confiança na sua mãe. A WHO (1998), defende que o profissional de saúde deve envolver o marido, companheiro ou outros familiares nos cuidados da mãe e recém-nascido e deve ter em atenção além das suas necessidades físicas, psicossociais, também as necessidades culturais envolvidas, incluindo a nutrição e o aleitamento. Esta organização afirma também que, em muitos países existe a tendência para segmentar os cuidados à mãe e recém-nascido por diversas entidades de saúde, diversos tempos e diversos prestadores de cuidados, advogando que um cuidado de saúde integrado seria muito mais efectivo.

É inquestionável o papel educativo dos profissionais de saúde, na consecução do papel materno. Num estudo elaborado por Singh et al. (2002), revela-se que há necessidade de aumentar a informação sobre gravidez, e maternidade, mais de dois terços das participantes num total de 702, reconheceram esta necessidade. As mães adolescentes, as mães provenientes de minorias étnicas e as mães de baixo estatuto socio-económico, são os grupos que declararam mais necessidade de informação (ibidem, 2002). Para além disso, verifica-se que existe mudança nas necessidades de informação nas primeiras vinte e quatro a quarenta e oito horas após o nascimento, e a terceira ou quarta semana após o parto. O enfoque dessas mudanças baseia-se na aquisição de competências maternas, principalmente relacionadas com o aleitamento materno (Salmeron, 1988).

Monteiro (2005) na sua investigação, relativa à prática de cuidados no que concerne à maternidade e à criança nos imigrantes de origem hindu, verificou que a cultura de acolhimento neste grupo teve pouca influência na prática de cuidados. Albino (1992, p. 43), assume a importância de que, *“os agentes de saúde em contacto com as mães e as crianças da nossa e de outras culturas não procurem apenas impor um estilo de maternidade essencialmente determinado pela cultura ocidental mas que coloquem em questão algumas das nossas ideias sobre a maternidade”*

Na área de saúde materno-infantil em contexto de imigração, é imperativo que os profissionais de saúde prestem cuidados transculturais. O tema seguidamente abordado será o esmiuçar o que é o cuidado de saúde transcultural.

### 1.1.1 – Cuidado de Saúde transcultural

A transculturalidade significa mais que a soma de diversas culturas, este termo dirige-nos para a interacção e a permuta entre pessoas de culturas diferentes, que se respeitam mutuamente.

Sabe-se que, *“num mundo aberto onde a diversidade cultural e as diferenças são claramente visíveis, a cultura e a comunicação tornaram-se problemáticas tão importantes, como a saúde, a educação e o meio ambiente, implicando a gestão da diversidade e da alteridade nos diferentes sectores e domínios, muito em especial a saúde”* (Ramos, 2008, p. 100). Já em 1977 que a OMS (Organização Mundial de Saúde) assinala a necessidade de incluir a vertente cultural nos cuidados de saúde (Ramos, 2008). Perante os contextos multiculturais que vigoram hoje em dia nos serviços de saúde, às instituições de saúde é-lhes exigido uma mudança de modelos conceptuais aplicados à prestação de cuidados ao utente. É imprescindível o profissional de saúde descentralizar-se do modelo biomédico na prestação de cuidados ao outro. *“Uma pessoa portadora de uma bagagem limitada não tem os utensílios necessários para tirar lições das experiências vividas”* (Benner, 2001, p. 207).

Os conceitos de saúde e doença são caracterizados pela sua plasticidade e complexidade, não podendo serem avaliados de uma forma simplista. A pessoa deve ser perspectivada sobre diversas dimensões, de uma forma holística. Assim, a saúde e doença para determinado indivíduo tem que ser percebida no seu contexto, nas suas interacções no âmbito cultural, ecológico, social, económico, familiar e político, bem como, considerar as suas atitudes, comportamentos e crenças em relação à saúde – doença, as modalidades terapêuticas e o acesso aos cuidados de saúde (Ramos, 2008). A prestação de cuidados de saúde transculturais é fundamental, se tivermos em conta que, *“Cada cultura tem o seu modo próprio de lidar com a doença e de cuidar, sendo este modo próprio transmitido de geração em geração, através do uso de símbolos, de linguagem, de práticas e rituais. Assim, os indivíduos e os grupos desenvolvem representações, concepções, etnoteorias sobre a saúde, a doença, as formas de curar que influenciam os comportamentos e as práticas de cuidados”* (ibidem, 2008, p. 101).

Existem obstáculos a um cuidado de saúde culturalmente sensível, designadamente, o etnocentrismo, quando um indivíduo ou grupo pensa que as suas convicções são as melhores ou as únicas aceitáveis, e também o preconceito, ou seja, quando um indivíduo possui previamente uma opinião muito firme sobre um tópico, de um grupo de pessoas e permite que esse preconceito interfira nas relações interpessoais com pessoas culturalmente diferentes (Eliason, 1993). As dimensões culturais e sociais, podem, constituir barreiras importantes aos cuidados de saúde (Ramos, 2007). “*Os sistemas de interpretação da saúde, têm uma lógica cultural e organizam as práticas sociais e simbólicas em relação à medicina, à doença, à família, à educação e ao desenvolvimento*” (Ramos, 2008, p. 101). Para tal, é necessário que o profissional de saúde esteja atento a estes aspectos, os inclua, na sua forma de cuidar, compreendendo assim a complexidade em que está imbuído um cuidado culturalmente congruente. “*Os códigos culturais e linguísticos, assim como os rituais de interação diferem segundo as culturas e sub culturas e, assim, o desconhecimento ou não respeito por estas diferenças nos diversos contextos gera problemas comunicacionais e pode reforçar os estereótipos e os preconceitos*” (Ramos, 2008, p.100). A mesma autora menciona que, muitas das dificuldades no sector da saúde assentam em problemas comunicacionais, tais como, na informação veiculada pelos profissionais de saúde, no desconhecimento e desrespeito por parte dos cuidadores, a nível das representações e crenças de saúde e doença dos utentes, bem como da sua rede social, cultural e comunitária. Na medicina ocidental os aspectos socioculturais e psicológicos, são insignificantes, não sendo tomados em consideração, na formulação de diagnósticos e terapêuticas instituídas (Ramos, 2008 referindo-se a Fabrega e Silver, 1973, Kleinmam et al., 1978).

Para Ramos (2008, p. 106), “*Em contexto autóctone ou multicultural, a comunicação é uma componente importante dos cuidados de saúde e pode constituir um bom avaliador da qualidade desses cuidados*”. Para além disso, a mesma autora (2008) declara que, a comunicação a nível dos serviços de saúde, tem que ser apropriada ao utente em questão, aos seus conhecimentos linguísticos, às suas capacidades intelectuais, ao seu nível cultural e educacional, tendo em conta as suas representações e crenças de saúde, as suas necessidades reais, individuais, sociais, e culturais. Não envolver o utente, negligenciando o seu anseio de participar, não o informar ou fazê-lo de um modo desadequado, parco, dúbio, e tecnicista, não estabelecer uma escuta activa, pode ser

prejudicial. Davidhizar e Brownson (1999) corroboram desta opinião afirmando que, se o profissional de saúde ao educar o cliente culturalmente diferente e de baixo nível de literacia, avaliar criteriosamente estes parâmetros, estará prestando cuidados culturalmente congruentes e significativos contribuindo na acessibilidade à sua saúde. Os mesmos autores especificam que, o prestador de cuidados tem que avaliar as barreiras culturais que podem obstruir a educação do cliente culturalmente diferente, tais como: a compreensão da língua, os dialectos, o estilo e volume da linguagem, o toque, o tom emocional do discurso, os movimentos corporais (os gestos, a expressão, a postura corporal); bem como as experiências de vida, as aprendizagens de família e da cultura de origem, os espaços pessoais na comunicação e a opinião do cliente acerca da importância da família (ibidem, 1999). É fundamental compreender e utilizar a linguagem das pessoas nos cuidados culturais (Pontes, 2002). Para além disso, a utilização do silêncio também varia de cultura para cultura, o profissional de saúde deve considerar os vários significados do silêncio, e também deve ter a noção do locus controle do indivíduo, ou seja, a percepção que a pessoa possui do poder que poderá exercer ou que exerceu sobre as situações e acontecimentos que o afectam (Jenko e Moffitt, 2006).

Ramos alerta para o facto dos diagnósticos e tratamentos serem, “(...) *codificados, estereotipados, e não é tido em conta, ou muito pouco, as hipóteses etiológicas das famílias, a sua percepção quanto à natureza e à gravidade da doença, quando sabemos que as culturas e as famílias constroem verdadeiras escalas de gravidade e sistemas de causalidade sobre os sintomas e as doenças*” (Ramos, 2008, p. 114). Criar contextos a nível da saúde, que favoreçam e que acolham a diversidade, são desafios que o profissional de saúde tem que desenvolver, onde sejam prestados cuidados de saúde de qualidade, ao utente culturalmente diferente. Este aspecto passa por visualizar a diferença como um recurso, permitir o estabelecimento de canais de comunicação com outros contextos, outras entidades que dêem valor à pluralidade, à diferença, e que se sejam facilitadoras para a prestação de cuidados. Para Ornelas, “(...) *a criação de contextos sociais facilitadores da diversidade (...) implica que os participantes tenham a oportunidade de experienciar trocas autênticas e recíprocas com outros indivíduos diferentes.*” (Ornelas, 2001, p. 8). Não pode assim o profissional de saúde ancorar-se nas suas crenças e valores, observando e avaliando os outros à sua imagem, sendo um

obstáculo à comunicação com a pessoa receptora de cuidados. Ramos afirma que, “*O encontro com a diferença cultural nos cuidados de saúde pode levar a fortes reacções emocionais ou a atitudes de rejeição dos profissionais de saúde, sobretudo, quando não há um bom conhecimento sobre a cultura do doente e formação na área da interculturalidade*” (2007, p. 156). Porém, St. Clair e McKenry (1999) alertam que, o desenvolvimento da competência cultural por parte dos profissionais de saúde, requer tempo, a aquisição de auto eficácia cultural, passar do etnocentrismo para o etnorelativismo faz-se gradualmente.

Não existem prescrições para o desempenho ético dos profissionais de saúde na prestação de cuidados transculturais, contudo há instrumentos que contribuem para um cuidado eticamente apropriado. Tal como alega Eliason (1993), o profissional de saúde deve proceder a um auto-exame crítico, tomando consciência das suas crenças. Só com o conhecimento das próprias convicções, pode estar pronto para aprender sobre a cultura do outro. Todavia, De Santis (1994) afirma que no encontro do profissional de saúde, designadamente o enfermeiro e o utente existe inevitavelmente um etnocentrismo dual, há um julgamento recíproco baseado nas crenças de cada um e nas expectativas em relação ao outro. Eliason (1993) refere ainda que, o facto de ler sobre crenças e costumes de outras culturas também é útil para que os cuidados transculturais sejam eticamente sensíveis, assim como, incluir o utente, ou alguém escolhido por este, na discussão e tomada de decisão do seu problema, perguntar-lhe como gosta de ser chamado, descobrir o que o cliente sabe sobre a doença ou tema em discussão e sobre formas de resolução, avaliar se as crenças de saúde do utente correspondem às crenças do profissional ou sistema de saúde dominante, e se não o são, determinar se existem consequências negativas para a saúde do utente. Na relação, profissional de saúde-utente deve-se partir sempre da possibilidade de existirem disparidades entre o conhecimento prévio do utente, do profissional e das orientações dos cuidados de saúde, tentando assim, ambos, chegarem a acordos e intervenções reciprocamente aceitáveis, designando-se por modelo de negociação (De Santis, 1994).

Eticamente, toda a pessoa tem direito à saúde, não devendo ser discriminada pela sua diferença, pela sua etnia, pela sua matriz cultural, pelos seus hábitos e crenças, pelo seu contexto social e económico, pelo carácter da sua doença, a sua esperança de vida ou a sua situação legal (Ramos, 2008). A mesma autora refere que, uma ética de cuidados

compreende a inclusão da cultura do utente, a informação ao utente sobre a sua doença, sobre as prescrições, medidas preventivas, numa linguagem, tendo em conta a literacia do utente (2008). O respeito pelo utente e saber escutar são princípios basilares no caminho do cuidado ético transcultural. Deve-se ter em conta que os utentes são os peritos do seu próprio corpo e saúde e que, as suas crenças de saúde foram moldadas na cultura onde viveram, as quais não são necessariamente boas ou más, certas ou erradas, são um facto do mundo multicultural (Eliason, 1993). De Santis acrescenta que o utente deve ser visto como informador cultural, ultrapassando assim o profissional de saúde uma abordagem étnico racial estandardizada (1994).

O profissional de saúde ao cuidar de um utente imigrante, na sua abordagem, tem que avaliar determinados factores influentes, designadamente, o motivo da migração, a qualidade de adaptação ao país de acolhimento (incluindo o espaço, a linguagem, o vestuário, a alimentação, os hábitos e estilos de vida, sentimentos de comportamentos jingoistas e discriminatórios por parte da sociedade de acolhimento). Deve levar em conta também, a manutenção no país de acolhimento da estrutura familiar, de valores étnico-religiosos, de figuras religiosas familiares e de acesso a práticas tradicionais de saúde (Ramos, 2008). Tripp- Reiner et al. (1984) in Lea (1994), corrobora da mesma opinião ao dizer que se obtêm dados culturais básicos quando se inclui: a afiliação étnica, e a preferência religiosa, padrões familiares, padrões de comida e práticas étnicas de cuidados de saúde. Este autor refere que, estes dados são importantes na medida em que se podem identificar padrões de comportamentos que podem facilitar ou interferir na estratégia e plano de cuidados. Existem ritos, aspectos religiosos e alimentares que têm uma importância capital em certas culturas, e que podem ser facilitadas, compreendidas e respeitadas, pelo profissional de saúde. A linguagem corporal, a distância corporal, a interpretação do pudor, e o vestuário também são variáveis entre culturas e devem ser consideradas pelo cuidador (Ramos, 2008). Neves (1999) também reafirma que, o profissional de saúde deve ser sensível às diferenças de linguagem, à expressão, ao afecto, à postura, aos gestos, aos movimentos corporais e ao uso do espaço pessoal.

Grant e Letzning (2003) alertam para o perigo do profissional de saúde, ao possuir conhecimentos gerais de uma cultura, poder conduzir frequentemente a estereótipos e conseqüentemente a um cuidado de saúde inapropriado, porque raramente as

generalidades culturais são aplicáveis a todos os indivíduos dentro de uma cultura. A este respeito Liladar e Novais (1998, p. 24), também dizem que, “(...) *cada indivíduo deve ser visto como um ser humano culturalmente único e holístico e como tal produto de experiências passadas, crenças culturais e normas culturais*”.

O cuidado de saúde prestado, sofre a influência do contexto interno e externo dos seus actores: profissional de saúde e pessoa cuidada. Esta influência é exercida a nível interno pelas suas experiências anteriores, expectativas, modelos explicativos, tabus, crenças e representações culturais. Na vertente externa, tem importância o meio onde se desenrola o serviço de saúde prestado, as diferenças económicas, sociais e culturais entre os intervenientes (Ramos, 2008). De Santis também concorda com a ideia de existir uma interacção de pelo menos três contextos culturais (acima descritos), no encontro utente e profissional de saúde (1994).

Segundo Donabedian (1989) citado por Ramos (2008), os cuidados de saúde são avaliados pelos utentes, pela técnica, abarcando os conhecimentos e a tecnologia apensa ao cuidado; pela competência dos profissionais de saúde nas relações interpessoais, envolvendo a qualidade da permuta de informação e de afectos; e pelo acolhimento/conforto no que diz respeito aos recursos materiais e hoteleiros.

Muitos imigrantes desconhecem a língua do país de acolhimento, criando situações constrangedoras e dificultadoras na comunicação e na relação com os profissionais de saúde, podendo mesmo implicar erros de avaliação e de diagnóstico e cuidados inadequados. É necessário a intervenção de tradutores, que sirvam de elo comunicacional entre utente e profissional de saúde, de modo à mútua compreensão e segurança dos intervenientes (Ramos, 2008). Para além da tradução da língua, é útil que este intérprete funcione também como intérprete cultural, (Green-Hernandez et al., 2004). Mas Machado et al. (2006) acrescenta ainda que, não é solução para este obstáculo, a utilização de familiares ou amigos como intérpretes, pois estes não têm conhecimentos a nível da terminologia médica, assim como podem desviar-se de temas constrangedores, como a sexualidade, a violência e problemas psiquiátricos, e, não têm também a noção de sigilo. Este autor considera uma forma de discriminação, a demora na prestação de cuidados ou cuidados de saúde desadequados devido a dificuldades linguísticas. Para Murphy e Clark, (1993) in Lea (1994), muitas vezes a única forma de

comunicar com grupos étnicos, quando existe a barreira linguística, é utilizando a comunicação não verbal, tais como desenhos, mostrando objectos, fazendo gestos.

O sentido comunitário e de solidariedade em diversas culturas, é muito consistente, particularmente em situações de fragilidade, como é o caso da incursão aos serviços de saúde, dispensando segurança e equilíbrio emocional. Se o profissional de saúde desconhece ou não presta a devida importância a este facto, estão criadas as condições para o conflito, o stress, desfavorecendo um cuidar culturalmente congruente e de qualidade (Ramos, 2008).

A par da atenção dispensada ao histórico-cultural e social do utente, faz parte do paradigma comunicacional e relacional do cuidado de saúde, a empatia, incluindo a atenção emocional, a capacidade de colocar-se no lugar do outro, a congruência (Ramos, 2008), ou seja, a sincronia entre o comportamento verbal e não verbal do profissional de saúde, ser autêntico, estar com o outro em absoluto. Somente a associação de todas estas competências fazem a excelência do cuidar.

A realidade multicultural que se convive actualmente, nomeadamente em Portugal, implica um conhecimento mais aprofundado sobre a migração, um novo olhar metodológico e epistemológico na investigação, desenvolvendo estudos sobre os diversos grupos étnico-culturais, as suas condições de vida e os seus problemas psicossociais e de saúde, e, na intervenção promovendo políticas e estratégias, promotoras de uma boa gestão da comunicação intercultural, das identidades e dos conflitos, das interacções entre o eu e o outro, entre o universal e o singular (Ramos, 2008). Davis- Floyd conta que no mundo em desenvolvimento, muitos elementos de sistemas de cura tradicionais e indígenas estão cada vez mais a ser incorporados em cuidados de saúde holísticos ou alternativos. Contudo, refere que na globalidade os profissionais de saúde são biomédicos, resistentes a aceitar outros sistemas de conhecimento como válidos, considerando o seu próprio sistema como único, apenas uma pequena percentagem de profissionais definem-se como holísticos (2005).

*“É necessário proporcionar ao indivíduo um enquadramento social, familiar, psicológico e educativo, jurídico, capaz de transformar o risco, o trauma, a ruptura que comporta a situação migratória, num processo estruturante, capaz de transformar a*

*vulnerabilidade, a exclusão, a patologia, frequentemente associados à migração, num processo dinamizador, criativo e inclusivo.” (Ramos, 2008, p. 83). “ (...) as políticas de saúde e os cuidados de saúde tanto ao nível local e nacional, como internacional, têm de ser humanizados e sensíveis às necessidades, especificidades e aspirações dos indivíduos e das comunidades, culturalmente apropriados e adequados em termos de custos” (Ramos, 2008, p. 84).*

É impossível conhecer todos os modos de vida e hábitos de todas as culturas e grupos étnicos, tal como alude Neves (1999) parafraseando Grossman (1994), mas, pode-se desenvolver competências culturais ao manter certos conhecimentos e experiências: Conhecer-se a si próprio, Manter um espírito aberto, Respeitar as diferenças entre as pessoas, Dispor-se a aprender, Ser proficiente na comunicação verbal e não verbal, Não julgar e Ser habilidoso e criativo (Neves, 1999). Planear os cuidados de saúde “*de modo a que se ajustem às diferenças culturais dos indivíduos é a imagem de marca da competência cultural*” (ibidem, 1999, p. 24).



# ESTUDO EMPÍRICO



Figura 14 - Maternidade (Pintura de Daumier)



## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

### **CAPÍTULO I – METODOLOGIA**

#### **1 – TIPO DE ESTUDO**

Na elaboração de um trabalho de investigação, são pressupostos basilares, o método, a sistematização, a disciplina, sendo corolário indispensável, efectuar o desenho do estudo.

As práticas e representações da maternidade, subjazem de uma bagagem cultural absorvida pelo indivíduo. Numa sociedade multicultural, como é a que nos deparamos no dia-a-dia, imergem diferentes formas de perceber e de agir perante o decurso da maternidade.

A cultura não é um processo estanque e imutável, a mulher imigrante na sua condição de elemento de uma sociedade, no decorrer da assunção do papel de mãe, desde a gravidez, interage com variados suportes sociais, dos quais sofre influência de formas tão diversas e dissonantes, quanto são os seus valores e crenças.

Assim sobrevêm-nos a seguinte questão geral de partida:

**De que forma a adaptação/aculturação da mulher imigrante afecta a gravidez, parto e puerpério?**

Perante esta questão geral outras questões de carácter mais específico lhe sucedem, de forma a compreender melhor o fenómeno:

- Qual foi o percurso de vida da mãe do recém-nascido, em contexto de imigração?
- De que forma o suporte social influencia a adaptação/aculturação da mulher imigrante face à gravidez, parto e puerpério?

- De que forma a cultura de origem da mulher imigrante condiciona a vivência da sua gravidez, parto e puerpério?
- De que forma a cultura do país de acolhimento da mulher imigrante condiciona a vivência da sua gravidez, parto e puerpério?
- De que forma a atitude e intervenção dos profissionais de saúde condiciona a adaptação/aculturação da mulher imigrante face à gravidez, parto e puerpério?

Pretende-se assim relativamente à população escolhida os seguintes objectivos:

- Compreender de que modo a mulher imigrante vivencia a sua gravidez, parto e puerpério em situação de aculturação.
- Identificar os dados sócio demográficos da mãe migrante e do recém-nascido.
- Verificar de que forma a cultura de origem da mulher imigrante, e, a do país de acolhimento, condicionam a gravidez, o parto e o puerpério.
- Analisar a influência da intervenção dos profissionais de saúde, na adaptação/aculturação da mulher imigrante face à gravidez, parto e puerpério.

Mediante os objectivos traçados, destituídos de preconceitos e de ideias pré concebidas, seria-lhes imperioso mergulhar de uma forma naturalista nas subculturas das mães oriundas de matrizes culturais diversas em contexto migratório, e, perceber e analisar as suas ideias, as suas condutas. Esta trajectória de pensamento foi determinante no curso a dar à investigação.

Todo o projecto de investigação pressupõe a escolha de um paradigma, que nos permite visualizar de determinada forma a realidade que queremos estudar.

Segundo Bogdan e Biklen (1994, p. 52), *“um paradigma consiste num conjunto aberto de asserções, conceitos ou proposições logicamente relacionados e que orientam o pensamento e a investigação”*.

Para atingir os objectivos propostos, considerou-se apropriado seguir um paradigma construtivista, pois permite a compreensão dos fenómenos humanos perspectivando a

realidade como uma construção efectuada pelos intervenientes, inseridos em ambientes que influenciam a sua acção.

Para Basto (1998), o paradigma construtivista considera as teorias como forma de dar sentido à experiência vivida e à compreensão da cultura, seguindo um raciocínio indutivo, em que a metodologia utilizada é a qualitativa.

Assim, tendo em conta que o que se pretende essencialmente, com o estudo, é compreender de que modo é vivenciada a adaptação/aculturação da mulher imigrante face à gravidez, parto, e puerpério, optou-se pela abordagem qualitativa, pois segundo Bogdan e Biklen (1994, p. 50), “*o objectivo dos investigadores qualitativos é o de melhor compreender o comportamento e experiência humana*”, uma vez que neste tipo de abordagem, o significado é de extrema importância. Deste modo, ao entrevistar-se os participantes no estudo, o investigador tem o objectivo de compreender as suas experiências e o modo como as interpretam. Logo e ainda para os mesmos autores, torna-se importante que o investigador tenha o ambiente natural como fonte directa dos dados, para que não haja qualquer tipo de manipulação intencional, ou seja, e segundo Streubert e Carpenter (1999, p. 24), “*o propósito de conduzir a investigação no campo é alterar o menos possível as condições em que o fenómeno ocorre*”, sendo que campo “*é o lugar onde os indivíduos de interesse vivem*”.

Inerente ao método de abordagem qualitativa poder-se-á optar por vários tipos de pesquisa, consoante a finalidade que queremos atingir. Quanto ao estudo considerou-se de pesquisa Exploratória e Descritiva, uma vez que se pretende a compreensão do fenómeno, analisando-o e descrevendo-o rigorosamente, resultante da análise dos dados recolhidos. Fortin alega que, este tipo de desenho de estudo permite “*descrever as experiências de pessoas escolhidas em função da sua particular experiência pessoal*” (1999, p. 138). A investigação na área da maternidade perspectivada em diferentes culturas e contextualizada num processo de imigração é parca, embora seja no momento a multiculturalidade uma temática de interesse para vários investigadores. Para Gil a pesquisa exploratória é realizada “*especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil sobre ele formular hipóteses precisas e operacionalizáveis*” (1989, p. 45). O presente estudo adquire também características etnográficas, na medida em que este “*se apoia no conceito de cultura e procura compreender um sistema*

*cultural do ponto de vista daqueles que partilham essa cultura*”, Aamodt (1991) in Fortin (1999, p. 153). É pretendido com o estudo, descrever o sistema cultural das mães imigrantes que explicam o seu comportamento perante este papel.

Em termos temporais, o estudo é transversal, tendo sido o trabalho de campo executado num dado momento.

## **2 – CRITÉRIOS DE SELECÇÃO DA AMOSTRA**

Em consonância com os objectivos do estudo, a população incidente foram mulheres imigrantes que fossem mães de recém nascidos.

Foram assim estabelecidos os seguintes critérios da amostra:

- Mães imigrantes, de recém-nascidos a residir em Portugal há mais de um ano – de modo, a que já haja um entendimento e expressão da língua portuguesa e alguma vivência em situação de aculturação.
- Mães imigrantes, de recém nascidos que entendam e falem a língua portuguesa, de forma a ser viável a colheita de dados.
- Mães imigrantes, de recém nascidos que aceitem participar no estudo.

Optou-se pela amostra não probabilística por conveniência, utilizando-se os critérios de escolha intencional acima mencionados, de uma forma sistemática. O seu número foi condicionado pelo factor tempo e pelo número de elementos disponíveis para fazerem parte da amostra, ou seja a população acessível, a qual é definida por Polit e Hungler como *“aqueles casos que estão de acordo com os critérios de elegibilidade e que são acessíveis ao pesquisador, como um grupo de indivíduos para estudo”* (1995, p. 143).

### **3 – LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO**

O local eleito foi o próprio contexto das mães imigrantes, ou seja, no seu domicílio. Pretendeu-se estudar a amostra no seu ambiente natural, onde as condutas e as percepções relativamente à maternidade estão contextualizadas, permitindo um olhar verdadeiro e desprovido o menos possível de enviesamentos.

### **4 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

O inteiramento na temática em estudo, impeliu a uma revisão bibliográfica com a construção de um referencial teórico, procurando dar um panorama do conhecimento existente sobre o assunto e das questões fundamentais que se afloravam, partindo assim num “avanço/retrocesso”, ou seja, utilizando sempre um pensamento reflexivo, para a construção do instrumento de colheita de dados – a entrevista semi estruturada.

Em virtude do local onde trabalha, o investigador conhecia muitas mães imigrantes com quem estabelecia relação, pelo que foi relativamente fácil conseguir o seu consentimento para as entrevistar. Foi solicitada a sua colaboração no estudo após terem sido devidamente esclarecidas das características da investigação e seus objectivos, ao qual acederam de imediato. Posteriormente contactaram-se os elementos via telefónica, combinando a data e a hora, por si escolhidos.

Foram asseguradas aos informantes a confidencialidade e o anonimato das entrevistas e a possibilidade de parar a gravação sempre que o sugerissem. De acordo com Polit e Hungles (1997), citado por Streubret e Carpenter (2002, p. 43) “*Uma promessa de confidencialidade ao participante é uma garantia de que qualquer informação que o informante fornece não será publicamente divulgada ou acessível a partes que não as envolvidas na investigação*”.

Tendo sido o ambiente doméstico o local eleito para o decurso das entrevista, associou-se a observação participante, como outro instrumento de colheita de dados.

Por forma a que o processo de gravidez, parto e período perinatal, fizessem parte de um passado recente, e por outro lado, que a mãe se encontrasse já em fase de identidade, na

consecução do papel materno, as entrevistas e a observação participante realizaram-se no período de tempo, do primeiro ao terceiro mês de vida, inclusive, do seu bebé.

Pensamos que a relação informal entre entrevistador e entrevistados foi facilitadora do diálogo, não havendo constrangimentos dos participantes, notando-se muita espontaneidade, pela rapidez e sentimentos de alegria, tristeza, frustração, e desilusão, que transmitiam nas suas mensagens verbais e não verbais, facilmente visionáveis mas dificilmente transcritas. Segundo Fortin (1999, p. 248 - 249) “*O responsável da entrevista deve criar um clima de confiança no qual o sujeito se sinta à vontade para responder às perguntas*” e também deve ser seu papel “*o de criar uma situação interpessoal destinada a influenciar o grau de motivação dos sujeitos*”.

Todavia, em alguns elementos verificaram-se muitas pausas no seu discurso, devido em muito, à busca de palavras e expressões perceptíveis para o entrevistador, em virtude do domínio da língua não ser inteiramente absoluto.

## **5 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS**

De acordo com Bogdan e Biklen (1994, p. 134) a entrevista é “*utilizada para recolher dados descritivos do próprio sujeito*”. O seu carácter flexível “*permite aos sujeitos responderem de acordo com a sua perspectiva pessoal*” (ibidem, 1994, p. 134), e tomar a direcção que quiserem para representarem o que têm para dizer.

Para os mesmos autores, a entrevista permite “*(...) entrar no mundo de outra pessoa e é uma excelente fonte de dados (...)*” (ibidem, 1994, p. 134).

Ainda, segundo Gauthier (2003) o que há de mais simples, senão interrogar as pessoas acerca dos seus sentimentos, das suas experiências, crenças e saberes, de modo a conseguir uma compreensão mais aprofundada do fenómeno estudado. Através da utilização da entrevista semi-estruturada, e ainda segundo Bogdan e Biklen (1994, p.135) “*fica-se com a certeza de obter dados comparáveis entre os vários sujeitos*”.

Esta opção, permitiu às entrevistadas a fluidez do discurso, como nos diz Briggs (1986) citado por Bogdan e Biklen (1994, p.136) “*Uma boa entrevista caracteriza-se pelo*

*facto dos sujeitos estarem à vontade e falarem livremente do seu ponto de vista”, no entanto sempre que foi necessário situá-las nos temas relacionados com os objectivos da entrevista, houve interpolação do entrevistador. Segundo Selltiz (1987, p. 35) “O entrevistador deve conduzir a entrevista desencorajando conversas irrelevantes procurando manter o informante dentro do assunto”.*

O instrumento de colheita de dados, que se elegeu foi adaptado do utilizado por Ivete Monteiro (2005), no trabalho “Ser Mãe Hindu”, em que utilizou como um dos instrumentos de colheita de dados a entrevista semi estruturada, tendo elaborado um guião. Carmo e Ferreira advogam que é possível utilizar um instrumento de colheita de dados já existente sempre que este se mostre adequado (1998).

Após a construção do guião da entrevista, no sentido de proceder à sua validação, optou-se por proceder à realização de três entrevistas exploratórias, de forma a garantir que o instrumento de colheita de dados se ajustasse, exactamente, ao que se pretendia estudar.

Segundo Gil (1989), após as entrevistas exploratórias devemos-nos questionar acerca da clareza e precisão dos termos utilizados. Assim, de acordo com os resultados obtidos, considerou-se que as questões correspondiam aos objectivos do estudo.

Neste contexto, realizaram-se 20 entrevistas a mães de recém nascidos, imigrantes, aplicando os critérios seleccionados.

As entrevistas decorreram de Abril a Setembro de 2007 e a sua duração foi de 38 minutos a 130 minutos. Todas elas, foram gravadas com consentimento prévio dos participantes. Este registo foi sempre antecedido de uma pequena introdução, onde se clarificaram dúvidas suscitadas, os objectivos do estudo e o que se pretendia com a sua colaboração, que seria no sentido, de registar as suas percepções, as suas vivências, sobre as questões colocadas, centradas na sua conduta, nos seus valores, na sua experiência. A este propósito, Selltiz (1987, p. 35) refere que “*a introdução do entrevistador deve ser breve, informal e positiva*”.

A associação da utilização das entrevistas e da observação participante, permitiu recolher dados essenciais e complementares para o estudo, tais como, a ambiência envolvente das entrevistadas, particularizando referências culturais. Possibilitou a

observação de indicadores sobre a dinâmica familiar, sobre o suporte social informal, sobre a comunicação não verbal da entrevistada e outros elementos presentes, sobre cuidados prestados ao bebé, entre outros aspectos valorizáveis para o estudo sobre as condições de vida destas famílias. A maior vantagem desta técnica ancora-se na *“possibilidade de entender profundamente o estilo de vida de uma população e de adquirir um conhecimento integrado da sua cultura”* (Carmo e Ferreira, 1998, p. 108).

Durante as entrevistas e a observação participante estiveram presentes outros elementos, tais como familiares (companheiro, filhos, mãe, enteada) e amigos, que permitiram o enriquecimento dos dados colhidos.

## **6 – IMPLICAÇÕES ÉTICAS**

Foram consideradas e respeitadas, as normas éticas e deontológicas que necessariamente fazem parte da elaboração de um estudo de investigação.

Todas as entrevistadas no primeiro contacto, foram devidamente informadas dos objectivos e finalidade do estudo, tendo consentido a execução das entrevistas.

No dia das entrevistas, foram novamente revalidados os propósitos do estudo, junto das participantes. Foi-lhes também, solicitado a possibilidade de gravar a entrevista, assim como a captação de imagens de interesse para o estudo, garantindo sempre a confidencialidade e o anonimato. Todas as entrevistadas acederam, às solicitações. O consentimento informado das entrevistas, foi sempre formalizado pela assinatura da entrevistada e do entrevistador, em dois documentos, ficando um na posse de cada participante e o outro com o investigador.

As entrevistadas foram sempre esclarecidas, que em qualquer momento, poderiam retirar a sua participação no estudo.

## **CAPÍTULO II – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**



**Figura 15 - Maternidade (Pintura de Di Cavalcanti)**

No presente estudo, e após a execução de cada entrevista, foram registadas em digitalmente e transferidas na íntegra para o papel a fim de se proceder à análise do seu conteúdo. Após esta fase iniciou-se os procedimentos de análise de conteúdo, enquanto técnica que pode incidir sobre o material não estruturado.

A análise da informação colhida envolve o tratamento dos dados, organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, selecção de padrões e de aspectos importantes, bem como a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros (Bogdan e Biklen, 1994).

Segundo Fortin (1999), a análise dos dados compreende quatro etapas que são:

1. A colocação do sentido global do texto;
2. A identificação das unidades de significação;

3. O desenvolvimento do conteúdo das unidades de significação;
4. A síntese do conjunto das unidades de significação.

Neste contexto, Quivy e Campenhout (1998), referem que os métodos de análise de conteúdo implicam a utilização de técnicas relativamente precisas, que permitam satisfazer de forma harmoniosa as exigências metodológicas.

Ainda nesta linha de ideias, Vala (1986, p. 104), define análise de conteúdo como a *“desmontagem de um discurso e da produção de um novo discurso através de um processo de localização – atribuição de traços de significação, resultado de uma relação dinâmica entre as condições da produção de análise”*. Desta forma, é permitido a utilização de técnicas relativamente precisas no sentido de conduzir ao rigor metodológico.

Numerou-se as entrevistas de E1 a E3 (Entrevistas Exploratórias) e de E4 a E20, sequenciando-as de modo cronológico tendo como referência o momento da sua realização. Posteriormente, procedeu-se à leitura flutuante dos descritivos das entrevistas, que segundo Bardin (1977, p. 96) consiste em *“estabelecer contacto com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações”*. Com este procedimento emergiram conhecimentos, percepções que implicaram leituras bibliográficas suplementares.

Numa primeira fase, procedeu-se à identificação de expressões significativas, que não são mais que partes do texto que qualificam factos relacionados com a problemática em estudo. Ao citar Deslauriers, Fortin (1999, p. 308), afirma que as unidades de significação podem ser *“(…) uma palavra, como um grupo de palavras, uma frase ou um conjunto de frases”*.

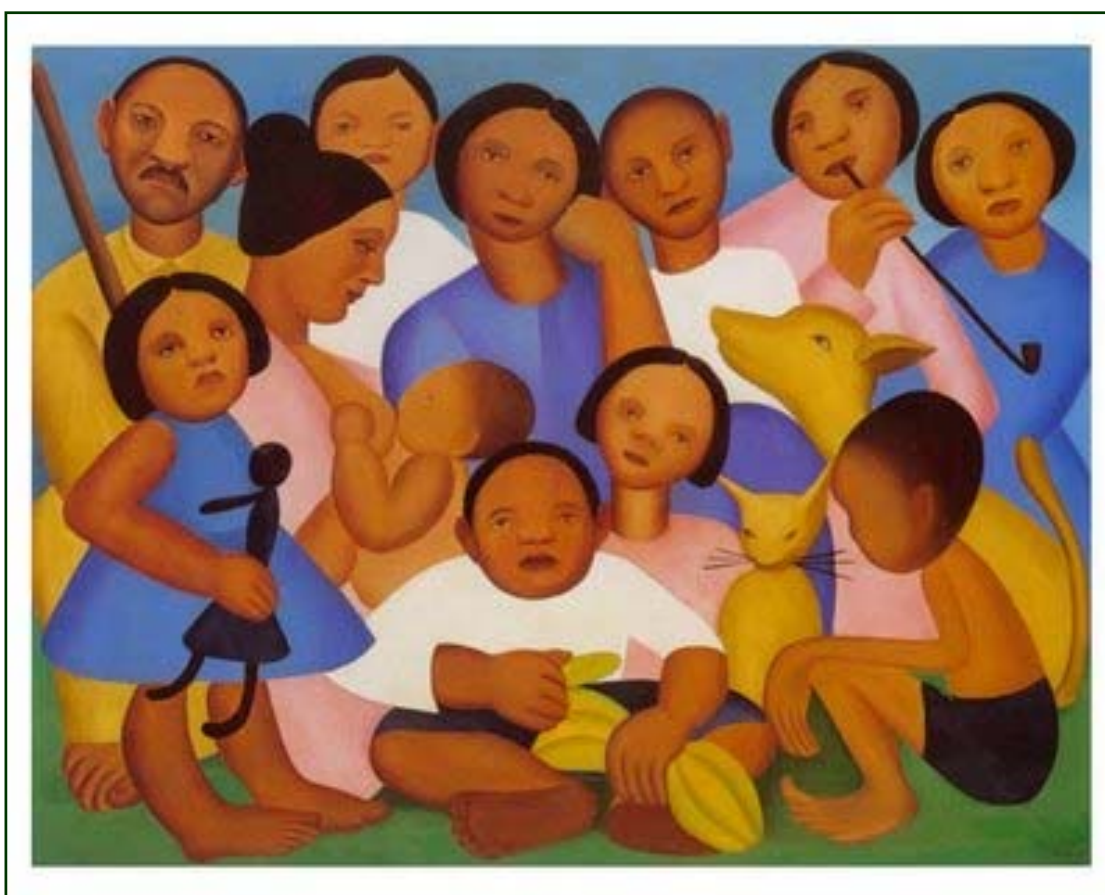
Após esta etapa, efectuou-se a codificação dos dados que, segundo Bardin (1997), consiste numa transformação dos dados do texto que permita a representação das características do seu conteúdo, através do recorte (escolha das unidades), classificação e agregação (escolha das categorias).

Não se partiu de uma grelha de análise pré definida, com categorias já determinadas, porque poderia ser indutiva e tendenciosa a sua análise, visto que se pretendia explorar a

vivência da entrevistada no seu processo de maternidade e em situação de imigração.

Bardin (1997) refere, que poder-se-á utilizar dois processos de categorização, sendo um deles, aquele que se adequa ao propósito deste estudo, o autor diz que não é elaborado inicialmente um sistema de categorias, este é sim, construído à medida que se faz a classificação analógica e progressiva dos dados. Apenas no final é atribuído um título conceptual de cada categoria.

## **1 – CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO**



**Figura 16 - A Família (Pintura de Tarsila do Amaral)**

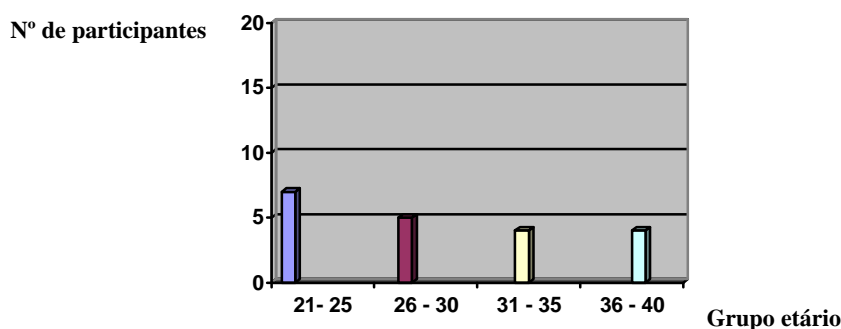
A amostra seleccionada para o estudo foi constituída por 20 mulheres, sendo todas mães, há mais de um mês e há menos de quatro meses. Os sujeitos do estudo passaram pelo processo de maternidade em Portugal, sendo a sua nacionalidade estrangeira. Vivenciavam também um processo de emigração, residindo em Portugal há mais de um

ano. Todas compreendiam razoavelmente a língua portuguesa conseguindo-se exprimir verbalmente em português.

Seguidamente serão apresentados os dados quantificáveis da entrevista, nomeadamente os dados sócio demográficos, recorrendo-se à apresentação de gráficos e à sua análise. Neste sub capítulo também será descrita uma breve caracterização dos países de origem das participantes, assim como as suas histórias de vida, sucintamente relatadas.

### **1.1 – Identificação das Participantes do Estudo**

A faixa etária das participantes está situada entre os 22 e os 40 anos.



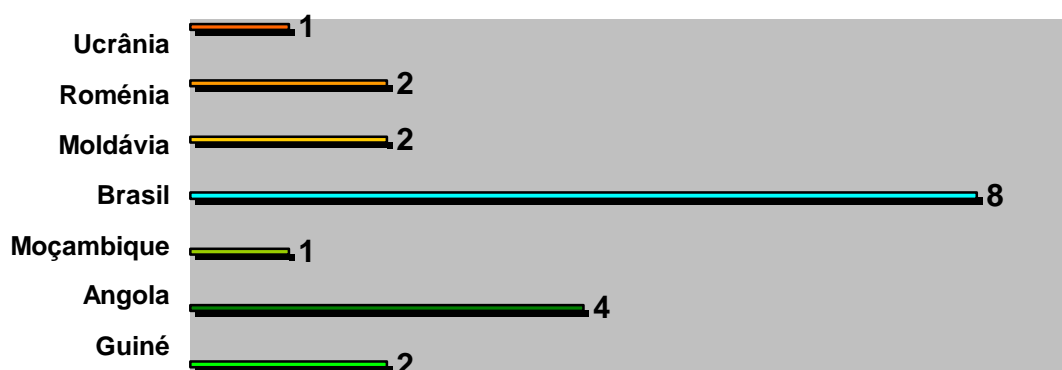
**Figura 17 - Ordenamento das participantes segundo o grupo etário**

Na figura 17 observa-se que, o grupo etário com maior número de sujeitos é dos 21 aos 25 anos com 35%, e que, até aos trinta anos as participantes detêm a maioria com 60%, todavia, com uma parca diferença de dois sujeitos em relação ao total dos dois grupos acima, que somam 40%. No intervalo dos 36 aos 40 anos, os 4 sujeitos são aqueles que residem em Portugal há mais anos, sendo dois deles o terceiro filho, um deles o segundo e outro o primeiro, como se observa no quadro 1, 2 e 3. As participantes com mais de 31 anos, têm um tempo de residência em Portugal superior a 3 anos. Segundo o INE (2008), a idade média ao nascimento dos filhos tem vindo a aumentar ao longo dos anos. Relacionando este facto com os dados obtidos, poder-se-á alvitrar que as participantes ao residirem em Portugal há mais tempo, vão sofrendo um processo de aculturação, e vão aumentando também a idade média ao nascimento de um filho? Acrescenta-se ainda que, no intervalo dos 21 aos 25 anos, cinco das sete participantes,

residem em Portugal há menos de dois anos, apenas duas residem há 4 e 5 anos e são ambas de nacionalidade moldávia.

As nacionalidades das inquiridas dividiram-se por três grandes grupos, os sujeitos provenientes de África, - os Palop, outro grupo proveniente do Brasil, e por último, um grupo provindo da Europa de Leste.

No Grupo dos Palop, dois dos sujeitos são oriundos da Guiné-Bissau, quatro de Angola e um de Moçambique. Do Brasil fazem parte oito sujeitos. Quanto ao grupo da Europa de Leste, duas das entrevistadas são de nacionalidade romena, outras duas provêm da Moldávia e uma da Ucrânia.



**Figura 18 - Ordenamento das participantes segundo o país de origem**

Como se observa na figura 18, certifica-se que o maior grupo de participantes é brasileiro, seguido das angolanas, o que vai ao encontro com os dados do INE (2008), que atestaram no ano de 2006, que, o número mais representativo de mães imigrantes era o Brasil com um avanço isolado, seguido de Cabo Verde e Angola.

O tempo que os sujeitos se encontram a residir em Portugal varia de um ano e dois meses a vinte e três anos.

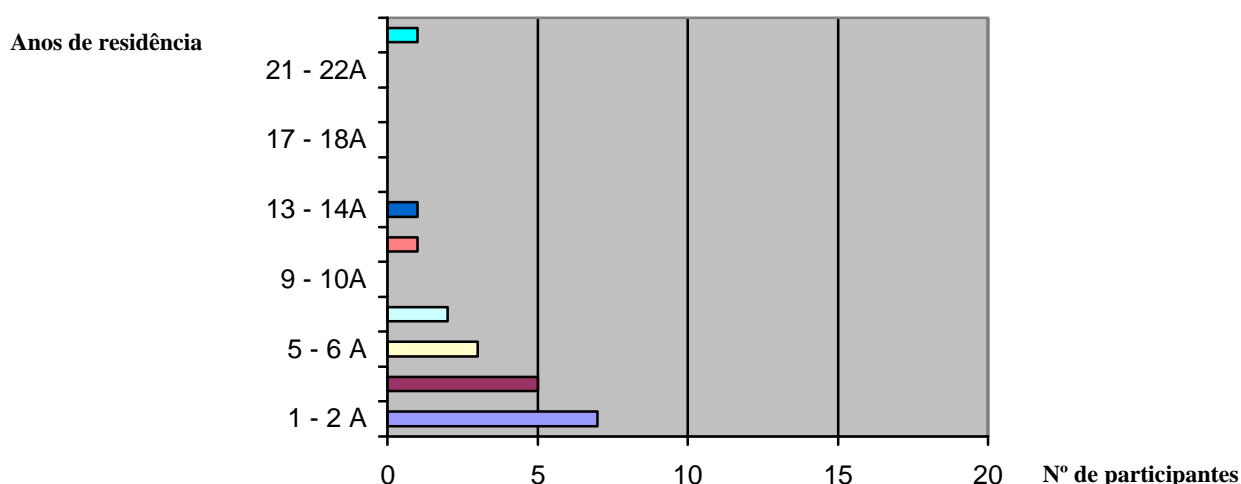


Figura 19 - Ordenamento das participantes segundo o tempo de residência em Portugal

Como se verifica na figura 19, a maior franja de participantes residem em Portugal há menos de dois anos, seguido de há menos de quatro e há menos de seis. Estes resultados seguem a tendência nacional, havendo um aumento exponencial do números de estrangeiros em território nacional a partir de 2002, com o maior aumento em 2004 e 2005 (SEF, 2006).

Como se observa na figura 20, os locais de residência são variáveis, mas todos próximo a Lisboa, nomeadamente um sujeito residente em Benavente, um em Samora Correia, dois em Alenquer, cinco no Carregado, dois em Vila Franca de Xira, dois em Alhandra, quatro em Alverca, um em Póvoa de Santa Iria, um em Vialonga e por último, um no Forte da Casa.

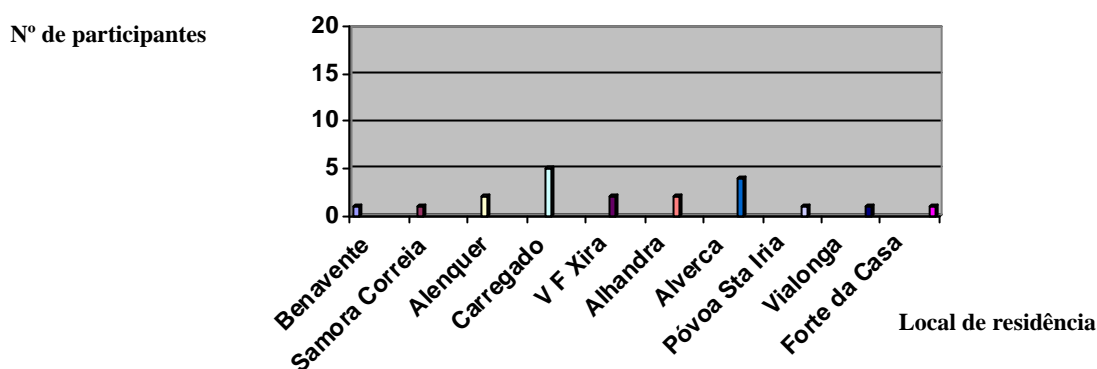


Figura 20 – Ordenamento das participantes segundo o local de residência

O local com maior número de participantes residentes é o Carregado (25%), seguido de Alverca com 20%. Relacionando estes dados com a nacionalidade, como se pode ver nos quadros 1 a 4, quatro das cinco residentes do Carregado são brasileiras, sendo a outra moçambicana. Este dado converge para o relatado por E19:

- *“Porque, eu não gostava de Castelo Branco, até hoje não gosto, e aí o meu marido disse que ia comprar um apartamento onde eu me sentisse no Brasil, que tivesse muitos brasileiros, que eu quando saísse ia ver muitos brasileiros, e então ele optou por aqui.”* (E19)

Em Alverca a situação já é mais díspar, sendo um residente brasileiro, dois angolanos e um romeno.

As habilitações literárias das inquiridas compreendem-se desde o oitavo ano do ensino secundário e a licenciatura.

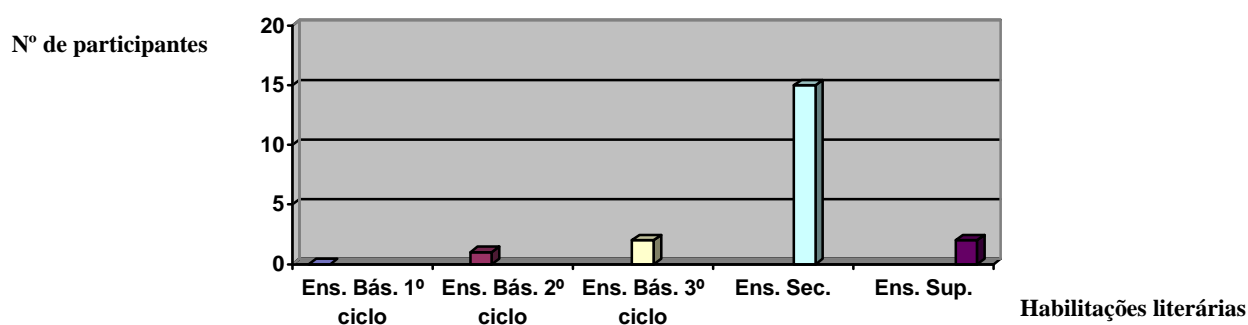


Figura 21 - Ordenamento das participantes segundo as habilitações literárias

Ao analisar a figura 21, comprova-se que, 75% das participantes da amostra tem o ensino secundário, ou seja, entre o 10º e 12º ano de escolaridade. Este valor encontrado no estudo, acompanha o segundo grupo mais representativo, de mulheres que foram mães em Portugal em 2006, segundo o grau de instrução, com uma percentagem de 25,93% (INE, 2008). Segundo o INE de 2008, as mulheres que foram mães em 2006 com mais habilitações literárias, nomeadamente com o ensino superior, foram aquelas que atingiram uma percentagem mais elevada, totalizando 26,49%, as mulheres com o 3º ciclo ficaram no terceiro grupo mais representativo com 19,89% e em quarto lugar com 18,58% as mães com o 2º ciclo. No grupo de mães em estudo, o único elemento que tem o 6º ano de escolaridade é de origem brasileira, e os dois elementos que têm

uma licenciatura, são de origem romena e ucraniana, o que corresponde ao nível de escolaridade da maioria dos imigrantes da Europa de Leste. Machado et al. (2006) e Sousa (2006) também nos revelam que, este grupo de imigrantes designadamente os ucranianos, mais de metade têm uma licenciatura, não correspondendo a sua profissão em Portugal ao seu grau de diferenciação.

Se atendermos que, 47,58% das mulheres que foram mães em Portugal em 2006 tinham até ao 3º ciclo do ensino básico (INE, 2008), poder-se-á dizer que a amostra do estudo, com 85% das mulheres habilitadas com o ensino secundário e superior, ficariam maioritariamente, na secção das mulheres que foram mães em Portugal, com mais escolaridade, (52,42%).

A ocupação/profissão destas mulheres também é muito variável, sendo que, um número significativo já trabalhou, mas neste momento se encontra desempregada, perfazendo nove nesta situação, cinco delas gerem apenas a sua casa, são domésticas, e outras seis trabalham por conta de outrem.

Da análise da figura 22, testemunha-se que, 45% das participantes está desempregada e 25% é doméstica. O valor discrepante do número de mulheres desempregadas, é concordante com o emprego precário que é vulgar observar na população imigrante confirmando a pesquisa bibliográfica efectuada. Relativamente à ocupação doméstica, estes dados estão de acordo com os dados do INE (2008), que conclui que 46,5% das mulheres imigrantes eram economicamente inactivas em Portugal, no ano de 2006 (com mais de 15 anos, que solicitaram o estatuto de residência), e que, dentro deste grupo, 56,5% eram domésticas. De realçar ainda que, mesmo as duas participantes que são licenciadas, estão desempregadas (quadro 4), e, todos os empregos que possuíram em Portugal, nunca foram condizentes com as suas habilitações literárias e área de estudo desenvolvida. Esta situação também se circunscreve com o padrão vivenciado a nível nacional, pelos imigrantes da Europa de Leste.

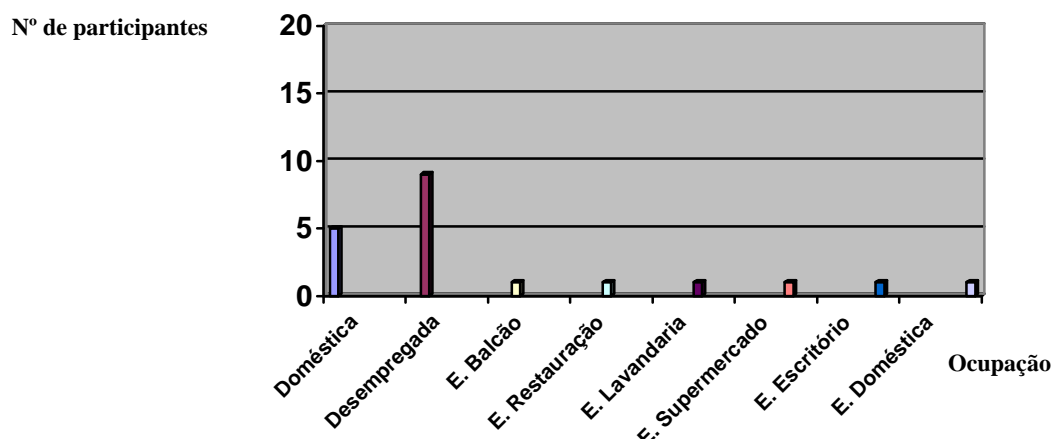


Figura 22 – Ordenamento das participantes segundo a ocupação

A nacionalidade do pai do/a bebé também é diversa, quatro angolanos, um guineense, um cabo-verdiano, quatro brasileiros, um moldávio, um ucraniano, dois romenos e seis portugueses.

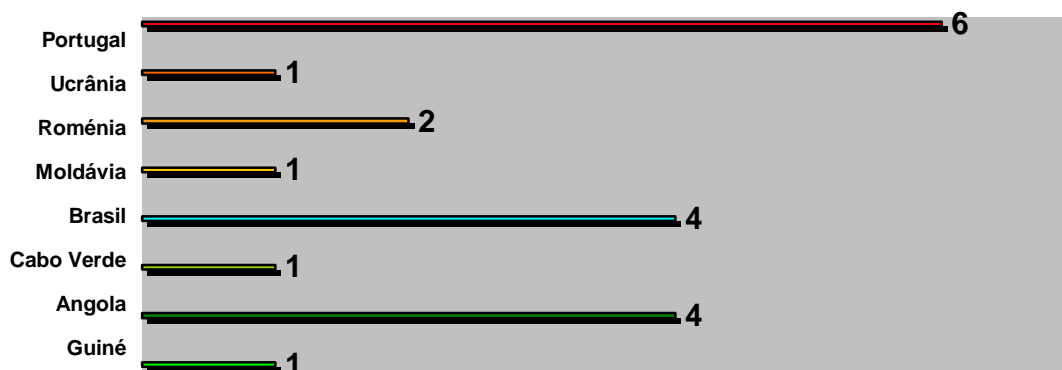


Figura 23 - Ordenamento dos companheiros das participantes segundo o país de origem

Relativamente ao país de origem, dos companheiros das participantes (progenitores do último filho), evidencia-se Portugal (figura 23), com 30% da amostra, seguido do Brasil com 20% a par com Angola. Segundo o INE (2008) o número de casamentos de portugueses com estrangeiros tem vindo a aumentar, sobressaindo o casamento de homens portugueses com mulheres estrangeiras, tal como se encontra na amostra estudada. Da análise conclui-se também que, das 6 participantes que têm companheiros

portugueses, quatro delas são brasileiras, sendo coincidente também, com os dados do INE (2008), que relatam que, no ano de 2006 os nados vivos em Portugal, filhos de pai português e mãe estrangeira, tiveram a mãe brasileira isoladamente destacada.

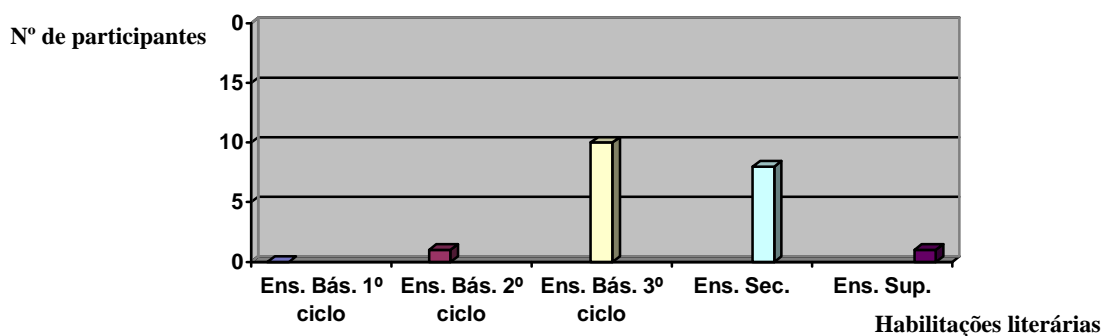


Figura 24 - Ordenamento dos companheiros das participantes segundo as habilitações literárias

Relativamente ao nível de escolaridade dos companheiros das participantes (figura 24), 50% têm o 3º ciclo do ensino básico (do 7º ano ao 9º ano de escolaridade) e 40% têm o ensino secundário. Quando se compara estes resultados com o das participantes, verifica-se que as mulheres têm mais habilitações literárias. Também aqui, o único elemento licenciado é oriundo de um país da Europa de Leste, Roménia.

Todos os companheiros das participantes trabalham, uns por conta de outrem, outros por conta própria, ou seja são economicamente activos.

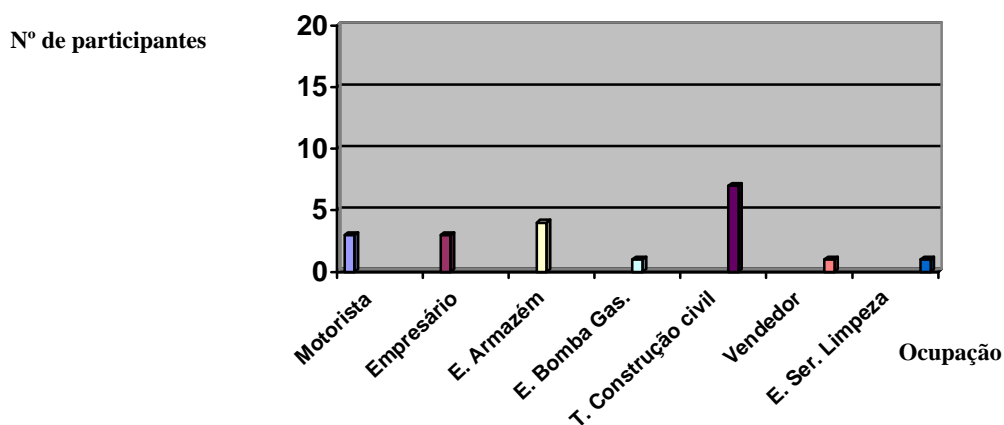
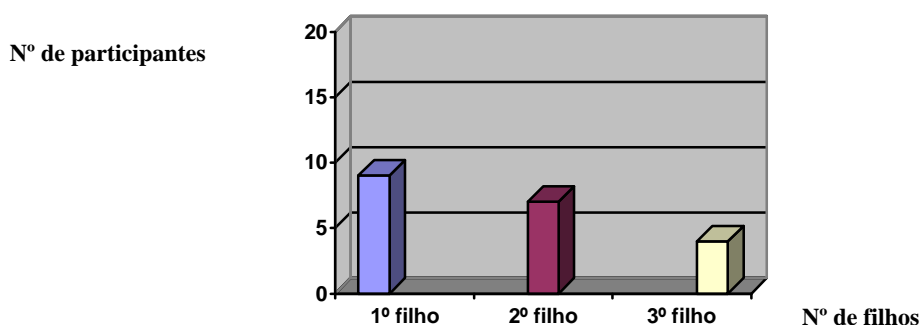


Figura 25 - Ordenamento dos companheiros das participantes segundo a ocupação

Ao observar-se a figura 25 releva-se um maior número de trabalhadores na construção civil, sendo seis dos sete elementos de nacionalidade estrangeira, designadamente, três brasileiros, um guineense, um angolano e um moldávio. Este facto é consonante com o referido por M. Conceição Ramos (2008), que coloca a construção civil, como uma das ocupações mais eleitas pela população estrangeira Palop, brasileira e de países da Europa de Leste. Rosa et al. também afirma que dos trabalhadores imigrantes legais em 2001, 40% deles trabalhavam nesta área, (2002). Da análise efectuada, verifica-se também que os indivíduos que são empresários são de nacionalidade portuguesa e são os únicos que trabalham por conta própria.

Relativamente à experiência do último parto, ocorreu em todos os sujeitos na maternidade do Hospital de Reynaldo dos Santos em Vila Franca de Xira.

São primíparas nove das entrevistadas, e as restantes tiveram de dois a três filhos.



**Figura 26 - Ordenamento das participantes segundo o nº de filhos**

Quanto ao número de filhos das participantes, 45% tem a primeira experiência de maternidade e 35% tem a segunda experiência. A idade das participantes, com só um filho passa todos os intervalos de grupos etários, com um mínimo de 22 anos e um máximo de 38 anos (quadros de 1 a 4). No entanto, é de realçar que, apenas três primíparas têm o filho com menos de 26 anos. Das onze mulheres que têm mais que um filho, seis tiveram pelo menos uma experiência de parto no país de origem. Seis destas mulheres também já tiveram outra experiência de parto em Portugal, nomeadamente quatro na maternidade do Hospital de Reynaldo dos Santos e duas em outras maternidades.

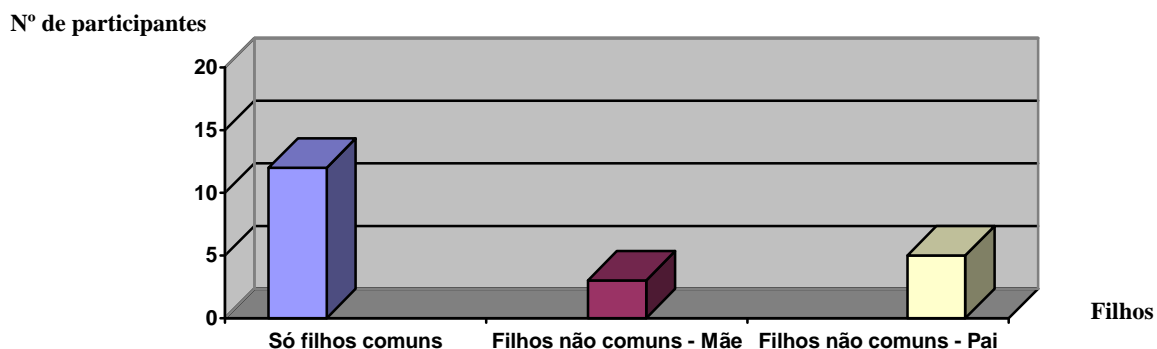


Figura 27 - Ordenamento das participantes segundo o nº de filhos comuns e não comuns e filhos apenas do companheiro

Conforme se verifica na figura 27, 60% das participantes e dos seus companheiros, têm somente filhos em comum, contudo, 25% dos actuais companheiros, têm filhos de relações anteriores, sendo composto o grupo por dois portugueses, dois angolanos e um brasileiro (quadros 1 e 2). Da amostra, 15% das participantes também têm filhos não comuns com o companheiro actual, são elas, uma romena, uma angolana e uma brasileira.

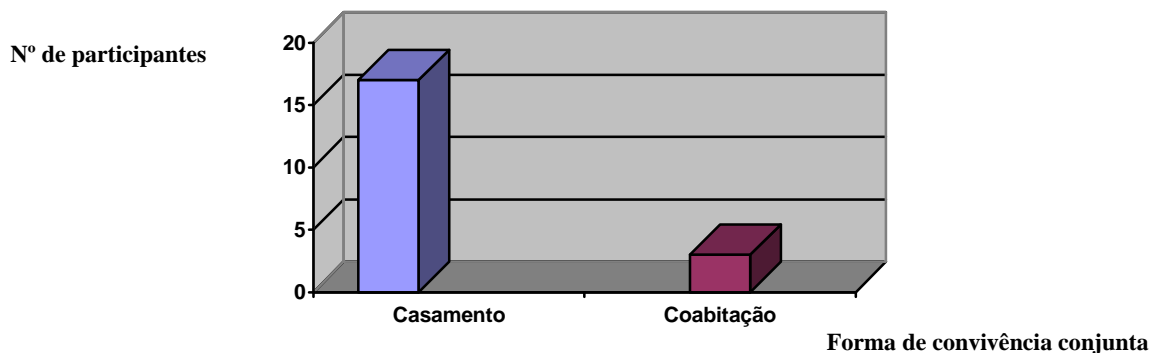


Figura 28 - Ordenamento das participantes segundo a forma de convivência conjunta

Ao observar a figura 28 sobressai que, 85% das participantes contraíram matrimónio com o companheiro, e que, apenas 15% vive em coabitação. Deste último conjunto, (do qual fazem parte três elementos), duas participantes já tiveram uma relação de convivência conjunta anterior, estando uma delas divorciada e a outra ainda casada. Este facto diverge ligeiramente do apurado pelo INE (2008) a nível nacional, em que se verifica que, tem vindo a decrescer o número de nados vivos dentro do casamento, com uma percentagem em 2006 de 68,4%, e tem vindo a aumentar o número de nados vivos fora do casamento com coabitação dos pais, auferindo uma percentagem de 25,3% no

mesmo ano. Será esta divergência pelo facto de, serem mulheres imigrantes que optam mais pelo casamento, de forma a facilitar a sua legalização no país de acolhimento?

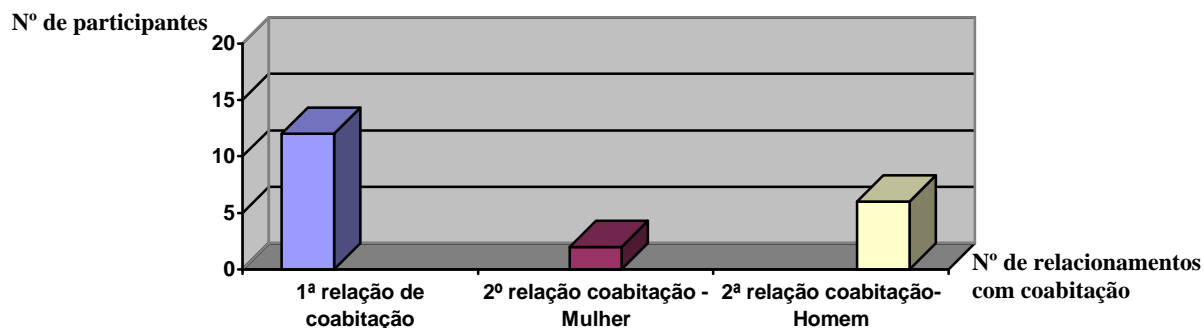


Figura 29 - Ordenamento das participantes e companheiros segundo o número de relacionamentos com coabitação

Constata-se que, 60% das participantes e companheiros experimentam a primeira relação de vida conjunta. Observa-se ainda que, 30% dos companheiros já tiveram outra experiência de coabitação e 10% das participantes também. Do grupo de homens que já viveram outra relação de coabitação, três são portugueses, um angolano, um brasileiro e um ucraniano.

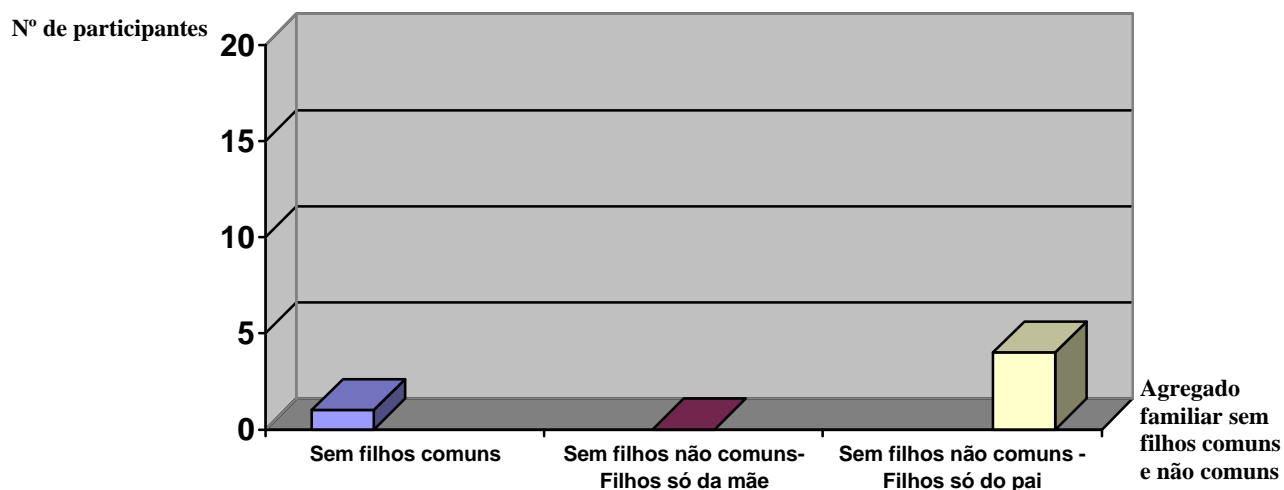
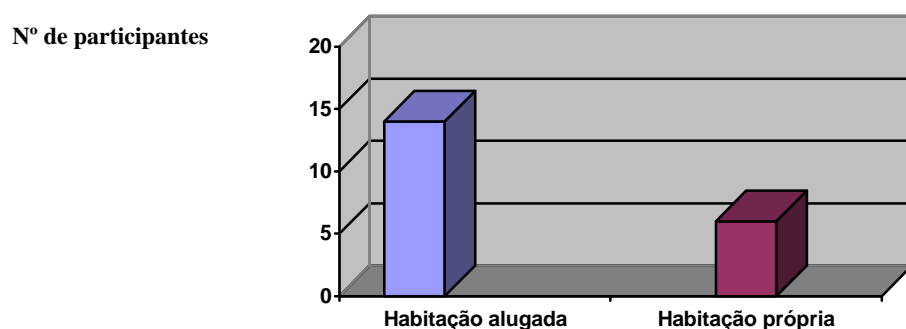


Figura 30 - Ordenamento do agregado familiar das participantes segundo filhos comuns e não comuns

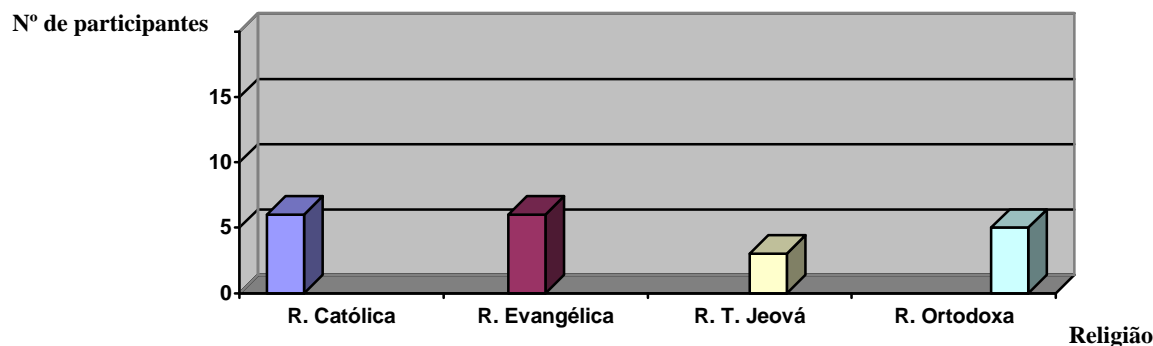
O agregado familiar de todas as participantes do estudo, é compreendido pela família nuclear (casal e filhos). Porém, não estão em alguns casos, presentes alguns filhos de

um dos progenitores ou dos dois em comum (figura 30). Unicamente não fazem parte dos agregados familiares da amostra, dois filhos comuns de uma participante brasileira. Realça-se também o facto de, em todas as situações em que as participantes têm filhos não comuns com o actual companheiro, estes filhos fazem parte do agregado familiar. O mesmo já não acontece, quando os filhos não comuns são da parte do companheiro, não pertencendo ao agregado familiar em quatro das cinco situações em que este facto acontece. Em apenas uma situação, um dos progenitores masculinos também não faz parte do agregado familiar.



**Figura 31 - Ordenamento das participantes segundo o tipo de apropriação de habitação**

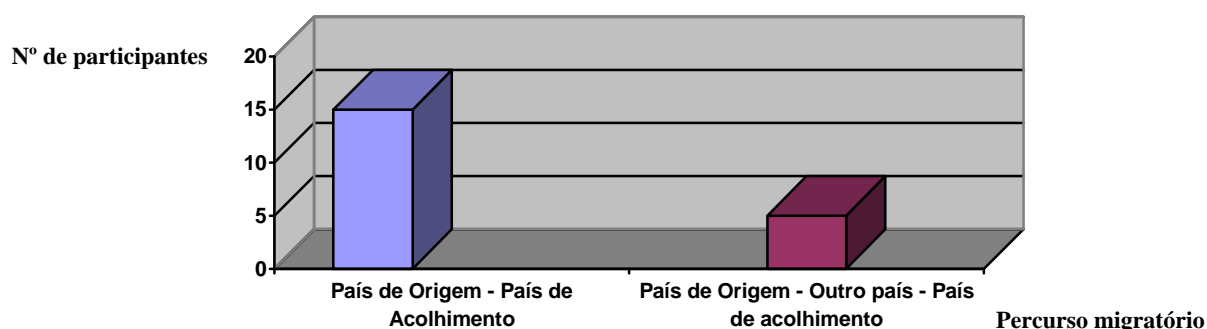
A habitação onde residem na sua maioria é alugada, tendo casa própria, apenas os elementos que têm uma situação financeira mais estável e que não pretendem voltar ao país de origem, são eles os sujeitos que casaram com homens portugueses e outro elemento que já reside em Portugal há 23 anos.



**Figura 32 - Ordenamento das participantes segundo a religião que professam**

No que diz respeito à religião que comungam, também a amostra é diversificada, elegendo seis elementos a religião católica, seis a evangélica, três a testemunha de Jeová e cinco a ortodoxa (figura 32). Salienta-se da observação cuidada dos quadros 1 a 4 que, as participantes que professam a religião ortodoxa pertencem na totalidade ao grupo da Europa de Leste. Dos quatro sujeitos angolanos do estudo, três elegem a religião testemunhas de Jeová. Dos seis elementos que seguem a religião católica, dois são guineenses, um moçambicano e os outros três brasileiros. Cinco dos seis elementos que se guiam pela religião evangélica são brasileiros e o outro angolano.

Rosa et al. revelam que, *a construção de inúmeras igrejas de outras religiões que não as católicas evidenciavam como “a imigração e/ou diferenciação étnica contribuía para uma acelerada alteração do panorama religioso tradicional, até aí exclusivamente católico”* (2002, p. 278).



**Figura 33 - Ordenamento das participantes segundo o percurso migratório**

O percurso migratório das entrevistadas de um modo geral é directo, ou seja, do país de origem para o país de acolhimento (75%), embora haja excepções (figura 33). Esses casos aplicam-se às entrevistadas que viveram uma situação de guerra, os sujeitos da Guiné, fazendo Guiné – Senegal - Portugal, ou Guiné – Dakar - Cabo Verde - Portugal. Outra situação pontual é, o caso de um sujeito angolano, no qual a sua rota de emigração é Angola – Inglaterra – Portugal, mas em virtude do seu problema de saúde, da sua incapacidade motora. Finalmente existem mais dois sujeitos em que o seu percurso migratório é Brasil – Inglaterra, ou, Brasil – Estados Unidos, e numa tentativa falhada de emigrar para estes países, é que vêm depois para Portugal.

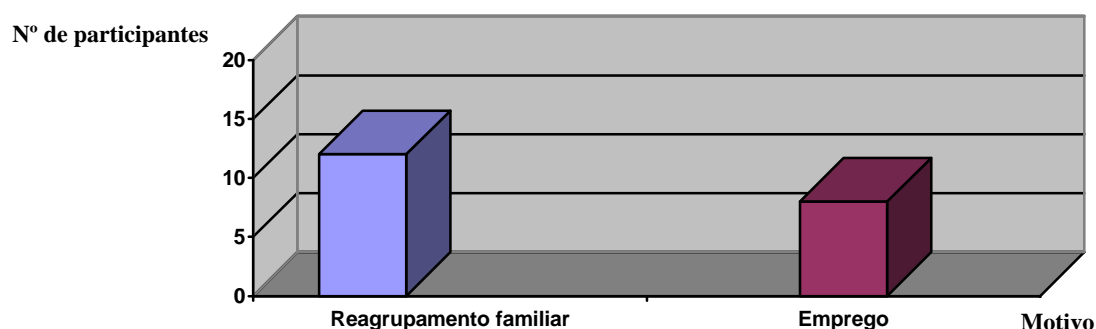


Figura 34 - Ordenamento das participantes segundo o motivo alegado de entrada em Portugal

Analisando a figura 34, apura-se que, 60% das participantes deu entrada em Portugal, por reagrupamento familiar e que as restantes 40%, foi por emprego. Estes dados estão em consonância com os dados colhidos pelo INE (2008), ao referir que, a categoria reagrupamento familiar, como motivo de entrada em Portugal, no género feminino, é representada por 55,1% no ano de 2006 e 59,3% no ano de 2001. Dos quatro sujeitos em que um dos seus progenitores também emigrou para Portugal, apenas um veio na mesma altura que a restante família, os outros três, primeiramente vieram os progenitores e, só depois foram chamados os sujeitos. O mesmo se passa na situação em que o sujeito, já tinha iniciado uma relação de namoro ou casamento com o companheiro, dos oito casos, apenas em um deles, vieram ambos ao mesmo tempo, todos os outros veio primeiro o homem.

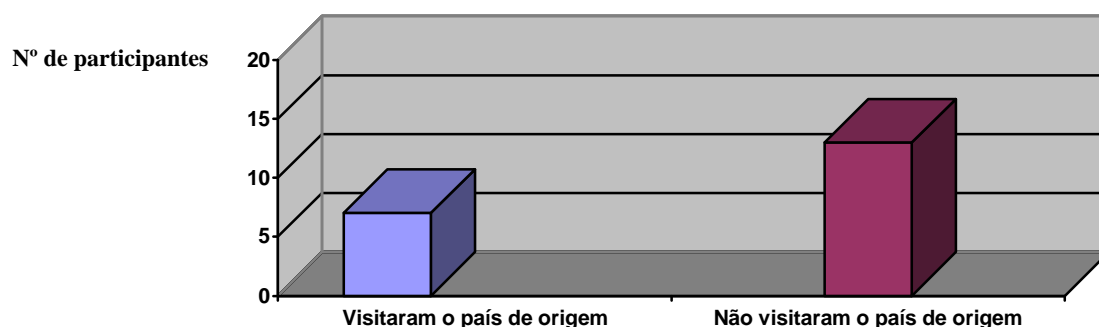


Figura 35 - Ordenamento das participantes segundo regresso ao país de origem

Relativamente ao facto de os sujeitos já terem voltado ao país de origem, depois de efectuado o processo migratório (figura 35), apura-se que, sete já regressaram ao país de origem e depois voltaram ao país de acolhimento, quatro deles foram apenas de passeio,

são eles dois sujeitos brasileiros que não pretendem voltar a morar no país de origem, constituíram família com um elemento de nacionalidade do país de acolhimento. Nesta situação está também um elemento da Europa de Leste; existindo ainda, um elemento da Roménia que foi apenas visitar familiares, mas cujo, cônjuge é da mesma nacionalidade, e têm intenção de voltar ao país natal, mas a longo prazo. Os restantes três elementos, são dois oriundos do Brasil e um da Roménia, que regressaram ao país de origem por um período, em virtude de terem lá deixado filhos, mas, depois voltaram. Dois deles, os filhos já estão em Portugal. Todos os outros sujeitos nunca mais voltaram ao seu país de origem depois de terem emigrado.

Para se ter uma noção geral do conjunto, os dados sócio-demográficos que caracterizam a amostra, podem ser visualizados nos quadros 1, 2, 3, e 4, estando representado respectivamente no quadro 1, o grupo africano, no quadro 2 e 3, o grupo brasileiro e por último no quadro 4 o grupo da Europa de Leste.



**QUADRO 1 – GRUPO AFRICANO**

	E1	E4	E5	E13	E14	E15	E9
<b>NACIONALIDADE</b>	Guineense	Guineense	Angolana	Angolana	Angolana	Angolana	Moçambicana
<b>NATURALIDADE</b>	Bissau	Bissau	Luanda	Luanda	Luanda	Luanda	Buzi
<b>IDADE</b>	32	28	29	25	40	29	39
<b>ANOS EM PORTUGAL</b>	7	6	4	2	14	1,5	23
<b>RESIDÊNCIA</b>	Benavente	Vialonga	Alverca	Samora	Povos	Alverca	Carregado
<b>HAB. LITERÁRIAS</b>	11º Ano	11º Ano	8º Ano	12º Ano	11º Ano	10º Ano	12º Ano
<b>OCUPAÇÃO</b>	Desempregada	Emp. Supermercado	Emp. Doméstica	Doméstica	Emp. Lavandaria	Doméstica (Def. Motor)	Emp. Escritório
<b>RELIGIÃO</b>	Católica	Católica	T. Jeová	T. Jeová	Evangélica	T. Jeová	Católica
<b>Nº DE IRMÃOS</b>	6	3	7	6	20	17	3
<b>NAC. COMPANHEIRO</b>	Português	Guineense	Angolano	Angolano	Angolano	Angolano	Cabo Verdeano
<b>OCUPAÇÃO COMPANHEIRO</b>	Trab. Const. Civil	Trab. Const. Civil	Embalador	Vendedor	Motorista de empilhador	Ladrilhador	Emp. Bomba gasolina
<b>HAB. LITERÁRIAS COMPANHEIRO</b>	8º Ano	12º Ano	8º Ano	8º Ano	8º Ano	9º Ano	9º Ano
<b>ÚLTIMO PARTO</b>	CES (Cesariana) 25/02/07	CES 23/02/07	PEC 24/02/07	PEC 25/04/07	PEC 25/04/07	PEC 10/06/07	PEC (parto eutócico cefálico) 10/04/07
<b>Nº DE FILHOS</b>	1 (1,5 mês – Masc)	1 (2,5 meses – Fem)	2 (2,5 meses – Fem.; 6 anos – Masc.)	1 (2 meses – Fem.)	3 (2,5 meses – Fem; 6 anos – Masc.; 8 anos – Fem)	3 (2,5 meses – Fem.; 6 anos – Masc. não é filho comum) 1 - (faleceu)	2 (1,5 mês – Masc.; 8 anos – Masc.)
<b>AGREGADO FAMILIAR</b>	4 (vive com eles uma filha do marido)	3	3 (O marido saiu de casa)	3	5	4	3
<b>DATA ENTREVISTA</b>	13/04/2007	15/05/2007	16/05/2007	29/06/07	03/07/2007	27/08/2007	23/05/2007



## QUADRO 2 – GRUPO BRASILEIRO

	E3	E7	E8	E11
<b>NACIONALIDADE</b>	Brasileira	Brasileira	Brasileira	Brasileira
<b>NATURALIDADE</b>	Espírito Santo	Minas Gerais	Minas Gerais	Minas Gerais
<b>IDADE</b>	38	24	28	22
<b>ANOS EM PORTUGAL</b>	7	2,5	4	2,5
<b>RESIDÊNCIA</b>	Alverca	Alhandra	Carregado	Carregado
<b>HAB. LITERÁRIAS</b>	12º Ano	6º Ano	12º Ano	12º ano
<b>OCUPAÇÃO</b>	Emp. Balcão	Desempregada	Desempregada	Doméstica
<b>RELIGIÃO</b>	Católica	Evangélica	Evangélica	Católica
<b>Nº DE IRMÃOS</b>	9	13	4	3
<b>NAC. COMPANHEIRO</b>	Português	Brasileiro	Português	Brasileiro
<b>OCUPAÇÃO COMPANHEIRO</b>	Empresário Bombeiro	Trab. Câmara – Recolha de lixo	Empresário de transportes	Emp armazém
<b>HAB. LITERÁRIAS COMPANHEIRO</b>	8º Ano	6º Ano	12º Ano	10º Ano
<b>ÚLTIMO PARTO</b>	CES 21/02/07	PEC 24/02/07	Ventosa 09/04/07	CES 09/04/07
<b>Nº DE FILHOS</b>	1 (1,5 mês – Masc)	2 (2,5 meses – Masc.; + um Masc. faleceu com 1 ano)	1 (1,5 meses – Fem.)	1 (1,5 mês – Fem.)
<b>AGREGADO FAMILIAR</b>	3	3	3	3
<b>DATA ENTREVISTA</b>	17/04/2007	21/05/2007	23/05/2007	24/05/07



### QUADRO 3 – GRUPO BRASILEIRO

	E17	E18	E10	E19
<b>NACIONALIDADE</b>	Brasileira	Brasileira	Brasileira	Brasileira
<b>NATURALIDADE</b>	Minas Gerais	Minas Gerais	Baía	Baía
<b>IDADE</b>	23	39	25	33
<b>ANOS EM PORTUGAL</b>	1,5	12	1 Ano 2 Meses	2
<b>RESIDÊNCIA</b>	Alenquer	Póvoa Santa Iria	Carregado	Carregado
<b>HAB. LITERÁRIAS</b>	11º Ano	9º Ano	12º Ano	12º Ano
<b>OCUPAÇÃO</b>	Desempregada	Emp. Bar	Desempregada	Doméstica
<b>RELIGIÃO</b>	Evangélica	Evangélica	Evangélica	Católica
<b>Nº DE IRMÃOS</b>	2	6	6	3
<b>NAC. COMPANHEIRO</b>	Brasileira	Português	Brasileira	Português
<b>OCUPAÇÃO COMPANHEIRO</b>	Trab. Const. Civil	Trab. Const. Civil	Trab. Const. Civil	Camionista
<b>HAB. LITERÁRIAS COMPANHEIRO</b>	12º Ano	8º Ano	9º Ano	9º Ano
<b>ÚLTIMO PARTO</b>	Ventosa / Fórceps 13/06/07	PEC 25/07/07	PEC 17/04/07	PEC 25/07/07
<b>Nº DE FILHOS</b>	1 (1,5 mês – Masc)	3 (2 meses – Masc.; 4 Anos – Fem.; 13 Anos – Fem. , esta última não é filha do actual companheiro)	3 (1,5 Mês – Masc.;; 8 anos – Fem.; 6 Anos – Masc. Os dois filhos mais velhos estão a viver no Brasil)	2 (2 meses – Masc.; 15 Meses – Masc.)
<b>AGREGADO FAMILIAR</b>	4 (vive com eles uma irmã da entrevistada)	5 (vive também a filha mais velha da entrevistada)	3	4
<b>DATA ENTREVISTA</b>	28/08/2007	26/09/2007	23/05/2007	29/09/07



### QUADRO 4 – GRUPO DA EUROPA DE LESTE

	E2	E6	E12	E16	E20
<b>NACIONALIDADE</b>	Moldava	Moldava	Romena	Romena	Ucraniana
<b>NATURALIDADE</b>	Hincest	Ungheni	Craiova	Suceava	Cramatorii
<b>IDADE</b>	24	24	34	34	26
<b>ANOS EM PORTUGAL</b>	4	5	3	5	4
<b>RESIDÊNCIA</b>	Ventosa – Alenquer	Alhandra	Alverca	Povos	Forte da Casa
<b>HAB. LITERÁRIAS</b>	12º Ano	12º Ano	12º Ano	Lic. Economia	Lic. Protésica
<b>OCUPAÇÃO</b>	Doméstica	Doméstica	Desempregada	Desempregada	Desempregada
<b>RELIGIÃO</b>	Ortodoxa	Ortodoxa	Ortodoxa	Ortodoxa	Ortodoxa
<b>Nº DE IRMÃOS</b>	3	1	2	4	1
<b>NAC. COMPANHEIRO</b>	Moldavo	Português	Romeno	Romeno	Ucraniano
<b>OCUPAÇÃO COMPANHEIRO</b>	Trab. Const. Civil	Empresário – Electrecidade Const. Civil	Motorista	Operário armazém – Motorista de empilhador	Motorista
<b>HAB. LITERÁRIAS COMPANHEIRO</b>	12º Ano	12º Ano	Lic. Contabilidade	12º Ano	12º Ano
<b>ÚLTIMO PARTO</b>	PEC 23/02/07	PEC 27/02/07	PEC 01/05/07	PEC 09/06/07	CES 27/07/07
<b>Nº DE FILHOS</b>	2 (1,5 mês – Masc.; 15 meses – Masc.)	2 (3 meses – Masc.; 22 meses – Fem.)	2 (1,5 mês – Fem.; 8 anos – Fem. não é filha do actual companheiro)	1 (2,5 meses – Masc.)	1 (2,5 meses – Fem.)
<b>AGREGADO FAMILIAR</b>	4	4	4 (Vive também a filha mais velha da entrevistada)	3	3
<b>DATA ENTREVISTA</b>	17/04/2007	25/05/2007	28/06/2007	27/08/07	02/10/2007



## **1.2 – Caracterização dos Países das Participantes**

O investigador, após o primeiro contacto com as participantes do estudo, ao ter conhecimento qual o seu país de origem, sentiu necessidade de enquadrar sumariamente, algumas características gerais dos países implicados no estudo. Neste sub capítulo expor-se-á de uma forma sucinta alguns aspectos dos seguintes países: Guiné-Bissau, Angola, Moçambique, Brasil, Moldávia, Roménia e Ucrânia. A Wikipédia e a Diciopédia 2004 (de Pinheiro et al., 2003), foram a fonte de dados subjacente ao explanado neste sub capítulo.

### **Guiné-Bissau**



**Figura 36 – Mapa da Guiné-Bissau (Fonte: Wikipédia)**

Guiné-Bissau é um país situado na costa ocidental de África. Faz fronteira a norte com o Senegal, a este e sudeste com a Guiné e a sul e a oeste com o Oceano Atlântico. Tem uma área total de 36.125 km<sup>2</sup>. A sua capital é Bissau. Este país está dividido em oito regiões e um sector autónomo. O clima é tropical (quente e húmido) e tem duas estações por ano: uma época de seca com ventos quentes e a outra a época das chuvas, sendo as temperaturas elevadas durante todo o ano. A língua oficial é o português, e, embora não seja considerada oficial, o crioulo da Guiné-Bissau também é reconhecido. Existem porém diversas línguas africanas. Foi declarada a independência deste país a 24 de Setembro de 1973. Contudo, após esta data, este país sofreu dois golpes militares, um em 1998, que depôs o presidente e colocou o país numa guerra civil (1998 e 1999), e o outro golpe militar aconteceu em 2003, colocando de novo o país em situação vulnerável.

Segundo estimativa de 2008, tem uma população de 1.472.446 habitantes. O país é etnicamente diverso sendo 99% africano e menos de 1% europeus e outros. Os africanos dividem-se em vários grupos étnicos, sendo os mais populosos, os Balanta (30%), Fula (20%), Manjaca (14%), Mandinga (13%), Papel (7%). Relativamente às religiões que professam, 50% seguem religiões tradicionais locais, 45% seguem o islamismo e 5% o cristianismo.

A taxa de natalidade em 2000, era de 5,27 crianças por mulher e a esperança de vida ao nascer era de 49,04 anos. A taxa de mortalidade infantil por 1000 nados vivos era de 110.

A maioria da população dedica-se à agricultura, produzindo principalmente arroz, batata doce, mandioca, milho, cana-de-açúcar, noz de acaju e amendoim.

Relativamente à cultura, este país é extremamente diversificado, passando esta diferença por exemplo, pelas diferenças linguísticas, danças, expressões artísticas, manifestações culturais na altura das colheitas, nos casamentos, funerais e cerimónias de iniciação. O Carnaval constitui uma das maiores manifestações culturais da Guiné-Bissau e o estilo musical mais emblemático é o gumbé.

Realça-se ainda o facto, a nível das telecomunicações, de que, o número de telemóveis aumentou em 2007 de 20.000 para 40.000 registos em 2008, representando uma taxa de penetração de cerca de 3% da população.

**Angola**



**Figura 37 – Mapa de Angola** (Fonte: Wikipédia)

Angola é um país localizado na costa ocidental de África, sendo rodeado a norte e a leste pela República Democrática do Congo, a leste pela Zâmbia, a sul pela Namíbia e a oeste pelo Oceano Atlântico. A capital de Angola é Luanda. Este país divide-se em dezoito províncias. Tem uma área total de 1.246.700 km<sup>2</sup>. O clima em Angola é tropical, variando desde o tropical húmido ao desértico quente, caracteriza-se por duas estações, a das chuvas e do Cacimbo. A língua oficial deste país é o português, todavia, existem imensos dialectos e línguas nacionais. O umbundo é a língua mais falada a seguir ao português, seguido de quimbundo. Outras línguas são por exemplo, o quicongo, o fiote, o ibinda, o chocué, nhaneca e mbunda. Angola conheceu a sua independência em 1975 e desde essa altura até 2002 que este país vivenciou uma guerra civil. Esta situação levou o país ao caos das instituições políticas e sociais, implicando condições de vida miseráveis, como por exemplo, hospitais sem medicamentos, sem equipamentos essenciais e escolas sem livros. A maior parte da rede rodoviária, caracteriza-se por estradas secundárias. O número de habitantes, segundo estimativas de 2007 é de 12.263.600. A população de Angola divide-se em várias etnias, com um maior número, os ovimbundos com 37%, os quimbundos com 25% e os bakongo com 13%. A maioria da população vive em condições de extrema pobreza. Em 2001, a taxa de natalidade era de 46%, a esperança média de vida de 38 anos e a taxa de mortalidade infantil por 1000 nados vivos era de 193.

A nível religioso prevalece o catolicismo, o protestantismo e religiões tribais.

A agricultura é a principal fonte de economia do país, sendo o café a principal cultura, seguido da cana-de-açúcar, mandioca, banana, sisal, milho, óleo de coco, batata-doce, feijão, sorgo e amendoim.

A tônica cultural está na dança, estando constantemente presente no quotidiano das pessoas. A dança é o resultado de uma matriz cultural que invoca prematuramente à interiorização de movimentos rítmicos, iniciando-se logo, na estreita interação que liga a criança aos movimentos da mulher, quando esta é transportada às costas.

### Moçambique



**Figura 38 – Mapa de Moçambique** (Fonte: Wikipédia)

O país de Moçambique está localizado na costa oriental da África Austral. Este país faz fronteira a norte com a Zâmbia, Malawi e Tanzânia, a sul e a oeste pela África do Sul, a oeste pela Suazilândia e Zimbábue, a leste é limitado pelo Canal de Moçambique e pelo Oceano Índico. A capital de Moçambique é Maputo e este país está dividido em 11 províncias. A sua área total é de 801.590 km<sup>2</sup>. O clima é tropical húmido. A língua oficial é o português, contudo parece ser apenas falada por uma pequena percentagem de moçambicanos. Segundo estimativa do Censo de 2007 a população existente perfaz 20.069.738. Em 2001 a taxa de natalidade era de 38‰, a taxa de mortalidade por 1000 nados vivos era de 139, e a expectativa média de vida era de 38 anos. Em termos de etnias o grupo mais numeroso são os macuas (47%), seguido dos tsonga (23%), malawi (12%), e shonas (11%). Existem assim várias línguas nacionais, como por exemplo, XiTsonga, XiChope, BiTonga, XiSena, XiShona entre outras. No que respeita à religião professada, as crenças tradicionais são as que dominam, seguida do catolicismo e da religião muçulmana.

A agricultura é um dos meios de subsistência, com as principais culturas de algodão, cana-de-açúcar, mandioca, milho, feijão, arroz, castanha-de-caju.

Moçambique tornou-se independente a 25 de Junho de 1975. Também este país entre 1976 e 1992, sofreu uma guerra civil.

## **Brasil**



**Figura 39 – Mapa do Brasil** (Fonte: Wikipédia)

Brasil fica situado na América do Sul. A sua capital é Brasília. Este país faz fronteira com a Argentina, Bolívia, Colômbia, Guiana, Guiana Francesa, Paraguai, Peru, Suriname, Uruguai e Venezuela. O país é delimitado ao longo de toda a sua costa pelo Oceano Atlântico. Este país é uma República federativa sendo formado por 26 estados federados e pelo Distrito Federal. Tem uma área total de 8.511.965 km<sup>2</sup>. Os climas existentes são o tropical, subtropical, equatorial e semi-árido.

A língua oficial é o português, porém o idioma falado e escrito é ligeiramente diferente do empregado em Portugal. As religiões com um maior número de praticantes, são o catolicismo e a evangélica.

O Brasil é uma sociedade composta por descendentes europeus, indígenas, africanos e asiáticos. O número de habitantes total, estimados em 2008, é de 190.987.291. A taxa de natalidade em 2001 era de 18%, a taxa de mortalidade infantil por 1000 nados vivos é de 36, e a esperança média de vida atinge os 63 anos.

A sociedade brasileira é altamente competitiva, sendo parte da população penalizada com uma baixa escolaridade, originando postos de trabalho menos valorizados e remunerados. A taxa de frequência do ensino superior é de apenas 9,8%. Existe uma elevada desigualdade económica.

Dentro das grandes cidades e no nordeste é comum a concentração de pobreza.

É o maior produtor de café, e também é grande produtor de milho, soja, cana-de-açúcar, trigo, bananas, algodão, laranjas e cacau.

É um país culturalmente diverso, no que diz respeito à culinária, uma refeição tem sempre por base, arroz, feijão e carne. Relativamente a festividades, realça-se o Carnaval e como festa religiosa o Círio de Nazaré.

## Moldávia



**Figura 40 – Mapa da Moldávia** (Fonte: Wikipédia)

A República da Moldávia é um país situado na Europa Oriental, fazendo fronteira com a Ucrânia e a Roménia. A capital da Moldávia é Chisinãu. Divide-se administrativamente em trinta e dois condados (*raioane*), três municípios, e duas regiões autónomas. Tem uma área de 33.844 km<sup>2</sup>.

Apresenta um clima continental temperado, com verões quentes e Invernos relativamente leves.

A população totaliza segundo estimativa de 2008, 4.128.047 habitantes. A taxa de natalidade em 2001 era de 13%, e a de mortalidade infantil é de 42 por cada 1000 nados vivos. A esperança média de vida é de 65 anos. A população mais significativa é constituída pelos moldávios, os ucranianos, os russos e os gaugazes (cristãos ortodoxos turcos). A língua oficial é a língua romena. A religião maioritariamente professada é a Cristã Ortodoxa.

Declarou-se independente a 27 de Agosto de 1991.

Tem uma economia essencialmente rural, produzindo fruta, produtos hortícolas, vinho e tabaco.

A nível das telecomunicações, a acessibilidade aos telemóveis está a ser mais visível por todo o país. Em 2002, os utilizadores da internet perfaziam 150.000.

## Roméia



**Figura 41 – Mapa da Roménia** (Fonte: Wikipédia)

Roméia fica situada na Europa Oriental, e é limitada pela Moldávia, Ucrânia, Hungria, Sérvia, Bulgária e Mar Negro. A capital é Bucareste. A sua superfície total é de 238.391 km<sup>2</sup>. Administrativamente a Roménia divide-se em 41 condados e um município.

O clima é temperado continental com temperaturas médias de -2°C no Inverno e 21°C no Verão.

O seu número de habitantes é de 22.463.077, segundo estimativa de 2003. A taxa de natalidade em 2001, é de 11%, a esperança média de vida é de 70 anos e a taxa de mortalidade infantil por 1000 nados vivos é de 19. A população é constituída por romenos e ainda em número significativo de húngaros e alemães. Os ciganos são uma das principais etnias, vivendo no geral à margem da sociedade romena. A língua oficial é o romeno e a religião major é a ortodoxa romena. A nível de educação é uma população com elevadas habilitações literárias e profissionais.

A Roménia foi governada a partir de 1965 por Nicolae Ceausescu, que adoptou uma política ditatorial. Em 1989, Ceausescu é derrubado e morto. Desde essa altura a Roménia iniciou um difícil processo de democratização e de desenvolvimento económico, implicando condições de vida muito precárias. Existem problemas graves na Roménia, um deles é a elevada corrupção em quase todas as esferas da sociedade.

As suas principais produções agrícolas são a beterraba açucareira, trigo, batatas e cevada.

No que diz respeito à cultura, os romenos têm o hábito de frequentar feiras principalmente artesanais.

## Ucrânia



**Figura 42 – Mapa da Ucrânia** (Fonte: Wikipédia)

A Ucrânia é um país situado na Europa Oriental, com fronteiras com a Bielorrússia, a Rússia, o Mar de Azov, o Mar Negro, a Roménia, a Moldávia, a Hungria, a Eslováquia

e a Polónia. A sua capital é Kiev. A sua área total é de 603.682 km<sup>2</sup>. O clima predominante da Ucrânia é temperado continental.

A sua população totaliza 46.490.400 habitantes, segundo estimativa de 2007. A taxa de natalidade em 2001 era de 9%, a taxa de mortalidade infantil é de 21 por 1000 nados vivos e a esperança média de vida é de 66 anos. A população é formada principalmente por ucranianos, seguido de russos, entre outros povos de países vizinhos. A língua oficial é o ucraniano, no entanto o russo é largamente falado, sendo a maioria da população bilingue. Quanto à educação é uma população com habilitações literárias elevadas, com grande número de pessoas com educação a nível superior. A religião preponderante na Ucrânia é o cristianismo ortodoxo oriental.

Foi declarada a sua independência da União Soviética a 24 de Agosto de 1991. Após esta data a Ucrânia não conseguiu criar reformas estruturais significativas, o que tornou a economia vulnerável a impactos externos, o desemprego atingiu níveis muito elevados e as remunerações eram muito baixas, levando à saída de muitos emigrantes.

Quanto à cultura faz-se alusão aos ovos típicos chamados pêsanka e à cozinha tradicional, a varenyky (batata, cogumelos, chucrute, queijo), borsh (sopa de beterraba) e o holubtsy (folha de repolho recheada com arroz e carne picada ou trigo).

### **1.3 - Apresentação Sumária das Histórias de Vida de cada Participante**

De modo a contextualizar e a favorecer a compreensão das concepções, comportamentos e vivências verbalizadas e expressas pelas entrevistadas, passaremos à descrição de pequenas histórias de vida de cada sujeito, reconstituindo os seus percursos de vida. Esteves e Azevedo preconizam que “*A reconstituição de genealogias e percursos de vida pela via oral constitui instrumento analítico valioso*” (1998, p.100). Nestas histórias, o investigador também faz alusão à sua percepção no momento da entrevista, relativamente às condições físicas do contexto, assim como ao “flash” que percebe e à avaliação que faz, do processo comunicacional, atendendo ao comportamento verbal e não verbal da comunicação. Ramos (2008, p. 106) indicando Littlejohn (1989), Cosnier et al. (1984), Ekman et al. (1972), Marc et al. (1996) advoga

que, “*Na comunicação existe uma multiplicidade de canais, o verbal e não verbal associando-se para produzir uma comunicação total e dar sentido às mensagens que são transmitidas através da palavra, do discurso e às mensagens não verbais, transmitidas através dos gestos, das mímicas e das posturas*”

Os nomes próprios que irão aparecer nas histórias são fictícios, mas as participantes são identificadas, pela ordem numérica dada à entrevista. A pessoa significativa que se faz menção nas histórias de vida, refere-se à pessoa que é a principal referência e a que proporciona maior ajuda para a entrevistada, na consecução do papel materno.

### **E1 Justina**

A **Justina** nasceu na Guiné, em Bissau, tem 32 anos, teve seis irmãos, um já faleceu, tem dois irmãos que já vivem em Portugal, há muitos anos. A Justina é a mais nova dos irmãos. Os seus pais já faleceram. Ainda na Guiné, após a mãe falecer vai viver para casa de uma tia no interior, durante uns meses. Após esta estadia temporária transfere-se para junto de um dos irmãos, mantendo-se na Guiné. Entretanto, inicia-se a guerra na Guiné, e a Justina com 22 anos de idade muda-se para o Senegal para casa de um outro irmão e fica lá a viver cerca de dois anos. Em 2000, com 25 anos, procurando melhores condições de vida e a convite dos irmãos emigra para Portugal, ficando a viver no Carregado em casa da irmã. Mantém-se a estudar suportando os irmãos as despesas, faz o 11º ano. Sem motivação para continuar os estudos, decide ir trabalhar como operária fabril. Através de amigos comuns conhece o actual marido - Manuel, de nacionalidade portuguesa, de profissão pedreiro. Manuel tem duas filhas de um relacionamento anterior, uma com 18 anos, já casada e outra com 11 anos, estando a mais nova à guarda do pai. Justina namora durante um ano com Manuel, tendo contraído matrimónio há pouco mais de um ano, muda-se então desta vez para Benavente. Engravidada, nascendo Miguel, de parto de cesariana. Ficam a viver assim os três, juntamente com a filha de Manuel de onze anos. A gravidez não foi planeada, mas foi desejada.

No dia da entrevista, recebe o investigador no apartamento onde vive em Benavente, na sala que se apresenta bem cuidada e mobilada.

Justina tem boa aparência física, veste-se com roupas ocidentais. Justina é simpática e cordial, inicialmente está um pouco tímida, mas vai-se “soltando” ao longo da entrevista, contudo o seu tom de voz é baixo e pouco efusivo. Miguel está ao seu colo, mostra-o com orgulho. Antes da entrevista muda-lhe a fralda (no fraldário que tem na sala) e faz perguntas ao entrevistador em relação aos cuidados com o bebé. Durante a entrevista Justina amamenta Miguel.

Na sala a ouvir a entrevista também está a sua enteada de 18 anos com a filha de 9 meses. As pessoas significativas para Justina são os seus irmãos que vivem em Portugal, especialmente a sua irmã. Com a família do marido não está muito à vontade, sente discriminação, verbalizando-o em sussurro e em mensagem não verbal, quando a enteada se ausenta da sala.

Estabelece uma boa relação com o investigador. Durante a entrevista vai buscar alimentos típicos do seu país de origem para mostrar ao entrevistador e dar-lhe a provar. A comunicação foi fácil, percebendo Justina bem o português.

### **E2 Alexa**

**Alexa** tem 24 anos, é moldávia, nasceu em Hincest. Tem três irmãos, dois, que são homens e são mais velhos, e uma irmã mais nova um ano. Os pais são vivos. Viveu sempre em Hincest até vir para Portugal. De escolaridade, tem o 9º ano, ingressou a vida laboral na Moldávia, trabalhando como empregada de mini mercado. Iniciando uma relação de namoro com o actual marido, ainda na Moldávia, vem atrás de Alexandre para Portugal. Alexandre, moldávio, natural de Hincest, trabalhando em Moscovo, vem à procura de amealhar dinheiro durante um a dois anos, para usufruir de melhores condições de vida na sua terra natal. Alexandre emigra em 2000, por intermédio de familiares (tios) que já residem em Portugal, juntando-se a ele, Alexa em 2002. Alexandre trabalha na construção civil, tem como habilitações literárias o 8º ano. Alexa reside inicialmente em Sesimbra com Alexandre, no parque de campismo, transitando depois para Almada. Nessa altura trabalha num restaurante como ajudante de cozinha Casam-se aqui e baptizam na igreja ortodoxa de Lisboa, o seu primeiro filho Marius que nasceu há 15 meses no Hospital Garcia da Orta de parto eutócico. Após ser mãe Alexa deixa de trabalhar, e tem mais um filho, Guilherme de parto eutócico no Hospital de Reynaldo dos Santos, 2 meses antes da realização da entrevista. Actualmente vivem em Alenquer, por motivo de residir mais perto dos familiares e do trabalho de Alexandre. A gravidez de Guilherme não foi planeada mas foi desejada.

A entrevista passa-se na sua casa, numa pequena sala, cuidada, mas modesta. A sua aparência física é cuidada, vestida com roupas simples, ocidentais. Simpática, possui um tom de voz elevado. Os seus dois filhos estão na sala, o de 18 meses deambula pela sala, o de 2 meses dorme na cadeirinha. A meio da entrevista e para o sossegar, Alexa dá a Marius um pudim instantâneo que ele vai comendo sozinho. Quando Guilherme chora pega-lhe ao colo. As demonstrações de afecto de Alexa em relação aos filhos durante a entrevista são predominantemente cinestésicas. Aparenta desembaraço ao cuidar dos seus filhos, demonstra confiança. A pessoa significativa é a sua tia, que vive também em Portugal.

Antes do início da entrevista, Alexa começa logo por falar, de uma superstição da sua terra em relação à criança recém-nascida, quando é vista por uma mulher menstruada. A investigadora percebe a mensagem como uma preocupação de Alexa e tranquiliza-a, informando-a que não está menstruada.

A comunicação é perceptível, Alexa percebe bem o português, e expressa-se com facilidade, com alguns erros na conjugação das frases.

### **E3 Ivone**

**Ivone** tem 38 anos, brasileira, natural de Nova Venécia em Espírito Santo. Tem oito irmãos, todos mais velhos e vivendo no Brasil. Sua mãe vive também no Brasil, seu pai faleceu recentemente quando ela estava no terceiro mês de gravidez. Antes de vir para Portugal, vivia em Vila Velha há onze anos com uma das suas irmãs. No Brasil trabalhava numa empresa,

tendo um bom cargo de chefia, todavia, após um período de afastamento por motivo de doença profissional, quando retorna ao trabalho, as circunstâncias são outras, e fica num cargo inferior a ganhar o salário mínimo. Este facto é impulsionador para a sua decisão de emigrar. Pretende emigrar para os Estados Unidos onde tem familiares, mas sem sucesso nas três vezes que tentou, então, decide emigrar para Portugal onde a entrada é facilitada e, em 2000 concretiza a sua decisão. Aqui, fica a viver em Lisboa, mudando diversas vezes de domicílio e de emprego. Tem um relacionamento inicial com um homem de idoneidade duvidosa, passando por um período conturbado na sua vida. Num baile, conhece Francisco, português, empresário e bombeiro, de 43 anos, divorciado, com dois filhos já adultos. Principiam uma relação que culmina em casamento em 2005. Assim, Ivone vai viver para Alverca, nascendo desta união Frederico de 2 meses, de cesariana no Hospital de Reynaldo dos Santos, tendo sido uma gravidez planeada.

A entrevista decorre numa sala de dimensões reduzidas na humilde casa de Ivone.

Ivone é amistosa, muito expressiva, fala com muita facilidade e rapidez, distanciando-se frequentemente do objectivo da entrevista. Após a entrevista oferece bolo ao investigador, que diz ter feito propositadamente, mostra-lhe fotografias do seu casamento, da sua família, das suas viagens.

No início da entrevista o seu filho está a dormir no quarto dos pais, quando acorda, Ivone vai buscá-lo e mostra-o orgulhosa. Fala muito com ele, depois, coloca-o na cadeirinha, prepara-lhe o leite artificial, de seguida pega-o ao colo e dá-lhe o biberão. Demonstra segurança nos cuidados prestados ao filho. A pessoa significativa é a sua irmã que vive no Brasil.

No final da entrevista junto à porta, fala com a vizinha de uma forma cordial e apresenta o investigador à mesma.

A comunicação é muito fluente.

#### **E4 Raquel**

**Raquel** de 28 anos, é natural de Bissau, Guineense. Tem quatro irmãos. Filhos de ambos os pais, tem um mais velho, uma gémea, e outro mais novo com 22 anos, acresce ainda uma irmã de oito anos, filha apenas do progenitor masculino, fruto do relacionamento actual do pai, que está separado da sua mãe. Viveu sempre em Bissau até altura que despoletou a guerra, tendo fugido com a sua família para Dakar, onde esteve três meses, transferindo-se a família para Cabo Verde onde permanece quatro anos. A mãe com laços parentescos em Portugal emigra para o mesmo, e traz consigo dois filhos. Raquel e o irmão mais velho ainda permanecem em Cabo Verde por mais um tempo, juntando-se à mãe e aos irmãos em 2001 na localidade de Vialonga. Aqui, os irmãos mantêm-se a estudar, mas, sendo os recursos económicos da família reduzidos, terminam a escolaridade e iniciam a vida laboral. Queda-se, pelo décimo primeiro ano de escolaridade e vai trabalhar como operadora de caixa num supermercado. Tem uma sobrinha de dois anos filha da irmã. Já em Portugal, conhece o seu actual marido - Francelino, pai da sua única filha Leonor de dois meses. Francelino é guineense, reside em Portugal há seis anos, tem dois irmãos que vivem na Guiné, trabalha na construção civil e tem o décimo segundo ano de escolaridade. Leonor nasceu de cesariana no Hospital de Reynaldo dos Santos. A gravidez foi planeada.

A entrevista decorre na casa de Raquel, numa sala espaçosa, cuidada e bem mobilada.

Raquel veste-se de uma forma simples mas cuidada. Cortês, mas no início reservada, o seu tom de voz é moderado. No transcorrer da entrevista vai buscar alimentos típicos do seu país natal para mostrar ao investigador.

A pessoa significativa é a sua mãe que a ajuda nos cuidados à filha.

Raquel convida o investigador a ir ver a sua filha que dorme no quarto dos pais. Leonor está deitada no berço, muito bem vestida, com uma fita no cabelo. Quando acorda Raquel pega Leonor ao colo, com gestos aconchegantes e aí fica até ao fim da entrevista.

A comunicação é fácil, Raquel percebe bem as perguntas e responde com prontidão.

### **E5 Eugénia**

**Eugénia** tem 29 anos nasceu em Angola na cidade de Luanda. Tem os pais e sete irmãos a viver em Angola. Manteve-se sempre a viver em Luanda até ao momento em que emigrou para Portugal, para se unir ao marido – António, em 2003, na cidade de Alverca. António também angolano, vem para Portugal em 2001, na procura de melhorar a sua situação de vida. Sem família a residir em Portugal, escolhem Portugal, por informações favoráveis de conhecidos. Eugénia fez o 8º ano de escolaridade assim como o marido. Casaram em Luanda em 1999 e aí tiveram um filho que tem actualmente seis anos – Nuno. A profissão que Eugénia exercia em Luanda, era de ajudante de costura, aqui é empregada doméstica; António é electricista, trabalha na construção civil, mas actualmente é embalador numa distribuidora, devido aos seus empregos serem temporários. Há dois meses, (da altura em que foi realizada a entrevista) nasce Liliana de parto eutócico, segunda filha do casal. Eugénia encontra-se actualmente num período muito frágil da sua vida, em virtude de António ter abandonado a casa, cinco dias depois de nascer Liliana.

No dia da entrevista, o investigador toca à campainha de casa de Eugénia, e não obtém resposta. O investigador está prestes a desistir, quando a porta se abre. Aparece uma mulher com o cabelo desgrenhado, de aspecto desleixado e de quem estava a dormir.

A entrevista decorre na sala/cozinha de dimensões diminutas, pouco cuidada, sem vidro na janela, muito modesta e aparentando condições económicas muito baixas.

Eugénia de cabeça baixa, sem olhar o investigador, com olhar vazio, vai respondendo às perguntas, inicialmente com mais dificuldade, com respostas mais curtas, verbalizando apenas no final da entrevista a separação do marido.

A gravidez não foi planeada nem desejada.

Fala muito de Deus, do culto de testemunhas de Jeová. A pessoa significativa é uma irmã de fé, que a ajuda.

Durante a entrevista vai buscar a filha que chora, mas pega nela ao colo sem grande apego, vê-se que não está bem emocionalmente.

A comunicação não foi fácil, mas foi possível.

## **E6 Vilma**

**Vilma** é moldávia, tem 24 anos, nasceu na cidade de Ungheni. Tem um irmão mais velho a viver na Moldávia, licenciado, casado, com dois filhos, a quem ajudou a cuidar dos filhos. Estudou até ao décimo segundo ano e sempre teve uma vida favorecida financeiramente, até ao momento em que o padrasto a quem chama pai (o pai faleceu quando ainda era pequena) é preso temporariamente, vítima de invejas, onde a sua vida é totalmente investigada. Perante as circunstâncias, a empresa de construção do padrasto fica fragilizada, acabando por falir. Esta situação leva o padrasto a emigrar para Israel e posteriormente para Portugal. Engenheiro civil, com estatuto significativo no seu país, vê-se só em Portugal e a laborar em trabalhos que considera inferiores. Vivendo com um grupo de pessoas com hábitos alcoólicos significativos, o álcool é uma saída, levando a mãe de Vilma a se lhe juntar em 1999. Vilma fica sozinha na Moldávia e vai trabalhar, como empregada de bar. Os pais não gostando desse trabalho e querendo lhe dar uma lição de vida, chamam-na para junto deles em 2002 e fica a viver no Sobral durante dois anos. Após alguns problemas relacionais, com o grupo onde vivem, resolvem mudar-se para Arruda dos Vinhos. Em Portugal Vilma encontra a revolta e a dureza da vida, trabalhando de sol a sol, como operária fabril, como empregada de limpeza e num restaurante. Em situação desesperante, está decidida a voltar, eis que conhece Simão, e a sua vida é acalentada. Simão é português, recentemente divorciado, e tem uma empresa de electricidade de obras. Iniciam um namoro que os leva a casar no civil em 2005. Vilma vai viver para Alhandra. Desta relação nasce Aline que tem agora 22 meses e Carlos de dois meses de idade, que nasceu de parto eutócico assim como a filha. A gravidez de Carlos foi planeada.

Presentemente Vilma não trabalha, e tem uma vida economicamente estável, pretende ingressar num curso de esteticista para poder montar o seu próprio gabinete de estética.

No dia da entrevista Vilma recebe o investigador na sua casa, na sala de estar. A casa está bem cuidada e bem mobilada, que a participante faz questão de mostrar ao entrevistador. Sente-se o cheiro a incenso na casa, Vilma, refere que é para afastar os maus espíritos e aponta para o andar de cima, onde mora a sogra. Vilma está muito bem vestida e maquilhada.

Inicialmente está receosa, com medo de não ser capaz de corresponder ao pretendido, mas no desenrolar da entrevista o discurso é cada vez mais solto, falando para além do pretendido, contando intimidades, parecendo haver uma necessidade sedenta de falar com alguém, de desabafar com uma amiga que não tem.

O filho dorme numa cadeirinha na cozinha, quando acorda vai buscá-lo juntamente com o investigador e pega-o ao colo, associando palavras de carinho. Durante a entrevista dá-lhe o biberão e muda-lhe a fralda. Denota-se segurança nos cuidados ao bebé. A pessoa significativa é o seu marido.

Vilma percebe muito bem o português e fala correctamente, tendo sido fácil a comunicação.

## **E7 Maricélia**

**Maricélia** de nacionalidade brasileira nasceu no estado de Minas Gerais, onde viveu até vir para Portugal. Tem 24 anos tem o sexto ano de escolaridade. Teve 13 irmãos de ambos os pais, faleceram quatro. Os pais vivem no Brasil. Maricélia casou no Brasil com Ivan, tendo tido um filho há cerca de quatro anos, o qual veio a falecer aos quinze meses, consequência de doença prolongada, desde que nasceu. Ivan veio para Portugal através de informações de amigos em 2004, de forma a angariar um fundo monetário que lhe permitisse melhorar de vida no Brasil, nomeadamente construir uma casa. Maricélia vem para junto do marido seis meses depois, após falecer o seu filho, sentindo uma grande revolta pela sua morte. Ivan provém de uma família muito pobre, lidando com o trabalho desde os sete anos de idade, os seus estudos foram mínimos. Ivan tem sete irmãos, dois deles vivem nos Estados Unidos da América, em Portugal não têm familiares, somente no primeiro ano esteve em Portugal um irmão de Maricélia. Em Portugal, Maricélia engravida de Cláudio tendo este agora três meses. A gravidez não foi planeada, mas foi desejada.

Ivan já teve alguns empregos, hoje em dia separa lixo, Maricélia antes de engravidar trabalhou nas limpezas e num café, hoje em dia cuida do filho, estando num dilema, colocar o filho num infantário e ir trabalhar, voltar para o Brasil e deixar o marido em Portugal?

Maricélia acolhe o investigador na sala de sua casa, uma casa modesta mas cuidada. A participante tem um ar cuidado, modesto. Tem um fâcies dócil e afável.

Durante a entrevista, o seu filho está ao seu colo, demonstrando actos de ternura e carinho, tanto verbais como não verbais, para com ele.

A meio da entrevista um amigo brasileiro da entrevistada vem visitá-la e fica assistindo até ao final.

Fala muito em Deus.

Demonstra confiança nos cuidados ao bebé. A pessoa significativa é a sua mãe.

A comunicação foi fácil, fala com desenvoltura, num tom de voz moderado.

## **E8 Rita**

**E8 – Rita** é brasileira, tem 28 anos e nasceu em Minas Gerais. Viveu em São Paulo com os seus pais até emigrar para Portugal. Os pais tiveram cinco filhos, sendo ela a segunda filha. Já tem sobrinhos de todos os irmãos. Estudou no Brasil até ao décimo segundo ano, durante um tempo como trabalhadora estudante. No Brasil era promotora de vendas. Pretendendo melhorar de vida vem para Portugal com uma amiga em 2003, viver para Lisboa com o intuito de permanecer no país um ano. Consegue arranjar emprego num café onde se deteve nove meses. Num café em Lisboa conhece Leandro, o seu actual marido. Leandro tem 23 anos é português, trabalha por conta própria, tem uma empresa de mudanças. Leandro tem um irmão mais novo e a sua mãe está novamente grávida. Rita não tem familiares em Portugal. Em 2004 constitui matrimónio com Leandro e vem viver para o Carregado e desde essa altura Rita não trabalha mais. Inicialmente vivem em casa dos pais de Leandro, mas adquirem casa própria na mesma

localidade onde vivem actualmente. O casal tem o seu primeiro filho – Sandra com um mês e meio de vida. A gravidez foi planeada.

A entrevista passa-se na sala do apartamento de Rita, muito bem cuidada e mobilada.

Rita é muito simpática e cordial, com aspecto muito composto. Durante a entrevista estão presentes o seu marido, a filha que permanece ao seu colo e a sua mãe. Rita evidencia tranquilidade e felicidade. Durante a entrevista Rita manifesta muitos actos de ternura e verbalizações de carinho com a sua filha.

Fala de Deus e da importância na sua vida e na sua felicidade.

Demonstra insegurança nos cuidados à filha, apelando sempre à interpolação da mãe nas respostas relacionadas com a maternidade. A pessoa significativa é a mãe.

A comunicação foi fácil, no entanto, com muito discurso da mãe da entrevistada solicitado por Rita, tornando mais rica a entrevista.

## **E9 Jeruza**

**Jeruza** tem 39 anos, é natural de Buzi, em Moçambique. Até aos quinze anos viveu com a sua família na Beira. Jeruza tem dois irmãos mais velhos. Em 1984 devido às condições difíceis em que se vivia no país, emigram para Portugal, onde já tinham família a residir. Vêm coabitar com os tios de Jeruza em Alenquer e aqui começam tudo de novo. Jeruza estudou até ao 9º ano em Moçambique e aqui em Portugal continuou até ao décimo segundo. A família com dificuldades económicas na altura, impossibilitou Jeruza de continuar a estudar. Adquire entretanto, nacionalidade portuguesa. Há doze anos casa com João, cabo-verdiano que vive em Portugal desde os quatro anos. Têm um filho de oito anos – Rui e agora têm Hugo com um mês e meio. Esta última gravidez foi planeada. Jeruza trabalha como empregada de escritório e João, numa gasolinera. Após casarem, vivem inicialmente em Povos e mudam-se depois para o Carregado. A mãe de Jeruza, com cerca de setenta anos vive com um irmão nas Paredes. O seu pai já faleceu. O outro irmão vive em Alhandra. Os pais de João já faleceram.

A entrevista passa-se na sala de estar bem cuidada e mobilada do apartamento de Jeruza.

Jeruza é simpática, serena, pouco expressiva.

Demonstra segurança nos cuidados ao filho. Hugo durante a entrevista dorme no seu quarto.

O marido é a pessoa significativa, o qual chega a casa durante a entrevista participando nela também. O marido é simpático e mais comunicativo.

A comunicação é fácil em termos de perceptividade, no entanto em termos de conteúdo é pouco rica, sendo as respostas curtas, parecendo haver poucas referências do seu país de origem.

### **E10 Rosa**

**Rosa** tem 25 anos é brasileira, natural da Baía. Tem seis irmãos. Os pais vivem na Baía. Antes de casar, no Brasil, viveu seis anos em São Paulo, indo viver depois disso em 1998, para a Baía. O marido é brasileiro – Gustavo. Rosa estudou até ao décimo segundo ano e Gustavo até ao 4º ano, o cônjuge é pedreiro. A situação económica da família no Brasil, era difícil, e com a finalidade de “melhores ventos financeiros” emigra primeiramente Gustavo para Portugal em 2004 e depois Rita. Ficam a morar no Algarve, Gustavo trabalha nas obras e Rita num café. Deixam no Brasil, dois filhos. Não suportando a distância, regressam ao Brasil após um ano,. Mas emprego não existe e decidem regressar a Portugal em 2006, deixando mais uma vez os filhos de oito e seis anos à tutela dos avós. Gustavo com mais facilidade em conseguir emprego na construção civil, no centro, vem para o Carregado, onde já estão dois irmãos. Rita trabalha numa loja do chinês, sendo despedida logo que descobrem que está grávida de Ivo que tem agora um mês e meio. Esta gravidez não foi planeada, nem desejada.

Há quatro dias uma irmã de Rita emigra também para Portugal e vem viver para o Carregado. A pessoa significativa é a sua mãe.

A entrevista decorre na sala da sua humilde casa. Esta sala tem um computador por onde Rita comunica com os filhos que estão no Brasil.

Rita é amável, está cuidada, e veste roupas modestas.

O seu tom de voz é baixo.

Ivo dorme na cadeirinha. Rita demonstra segurança nos cuidados ao filho, mas pouca expressividade no que respeita a esta maternidade.

A comunicação foi clara, respondendo facilmente.

### **E11 Fabricia**

**Fabricia** nasceu no Brasil em Minas Gerais. Tem três irmãos e os pais, que ainda são vivos. Um irmão vive em Portugal há cinco anos, tendo sido o elo de ligação para a escolha migratória de Fabricia. Estudou até ao segundo ano da segunda série (décimo segundo ano). Procurando conseguir granjear alguma poupança que lhe permitisse melhorar de vida no Brasil, vem para Portugal em 2004, morar em casa do irmão no Carregado. Trabalhou numa empresa no Carregado, porém a certa altura vai morar para Lisboa e deixa o emprego no Carregado. Esteve desempregada um mês e meio e permaneceu em Lisboa três meses, regressando depois para o Carregado, indo viver maritalmente com Ricardo, amigo do irmão. Desta relação nasce Andreia, presentemente com um mês e meio de vida. A gravidez foi planeada.

Ricardo está emigrado há sete anos, trabalha num armazém e Fabricia até ao nascimento de Andreia trabalhou como ama de uma criança. Ricardo tem um filho de oito anos no Brasil de uma relação anterior.

A pessoa significativa é a sua avó materna. Demonstra segurança no papel materno.

A entrevista sucedeu na sala de estar da casa de Fabricia. Uma sala espaçosa, cuidada, onde se vê na varanda a bandeira do Brasil. O canal programado na televisão é a TV Globo.

A Fabricia é simpática, mas não calorosa, tranquila, com um tom de voz moderado.

Andreia está ao colo da mãe, a qual demonstra afecto pela filha através do toque.

A comunicação foi fácil respondendo sem hesitações.

## **E12 Marina**

**Marina** é romena, tem trinta e quatro anos. Natural de Craiova, viveu em Filiasi enquanto esteve casada. Foi casada na Roménia com o pai da primeira filha de oito anos, tendo este a deixado e começado uma nova relação com outra mulher na Grécia. Marina tem quatro irmãos, os quais estão todos emigrados em Portugal. Os pais ainda são novos, vivem na Roménia. Estudou até ao décimo segundo ano, não lhe tendo sido possível estudar mais, devido às dificuldades financeiras em que vivia a família. Trabalhou na Roménia como empregada de comércio, passando por imensas dificuldades monetárias. Em Maio de 2004, decidiu emigrar para Portugal, e vir morar para Alverca para junto do irmão, tendo começado a trabalhar num restaurante. Conheceu entretantes Micael, romeno, de 32 anos, a viver em Portugal junto com seu irmão mais novo. Micael tirou o curso de contabilidade, todavia em Portugal trabalha na construção civil. Iniciaram uma relação, assentando viver juntos em Dezembro 2004. Marina regressou à Roménia em 2005, para ir buscar a filha mais velha que ficou entregue aos avós maternos. Em Maio de 2007 nasce Bianca, fruto desta união. Foi uma gravidez planeada.

No dia da entrevista Marina com Bianca ao colo, espera o investigador na rua, com receio que este se perca. A entrevista passa-se na pequena sala/quarto da humilde casa de Marina. Na TV está sintonizado um canal romeno.

Marina é muito simpática e expressiva, aparenta felicidade por ser mãe.

Durante a entrevista apela aos conhecimentos do investigador na área dos cuidados ao recém-nascido. Demonstra insegurança em alguns aspectos da maternidade. A pessoa significativa é a sua mãe. Visionam-se actos de ternura ao bebé que está ao colo, acompanhados de muitas falas ternurentas.

No decorrer da entrevista denota-se confiança no investigador e a verbalização de sentimentos de vergonha em relação ao seu país.

No final da entrevista ofereceu ao investigador, uma lembrança simbólica do seu país de origem.

Por vezes foi necessário reformular a pergunta para ser percebida por Marina. O seu discurso é feito com algumas hesitações e procura de palavras para se conseguir exprimir em português.

### **E13 Fernanda**

**Fernanda** de vinte e cinco anos, angolana, é natural de Luanda. Seus pais tiveram seis filhos, ela é a segunda filha, tal como o seu irmão gémeo. Já tem um sobrinho, filho de uma irmã. Viveu em Luanda com uns tios que não tinham filhos. Fez o 12º ano e dava aulas de Geografia. Em Luanda conheceu Nélio, angolano, natural de Bengo, irmão de muitos, tantos que ele nem conhece, filhos de ambos os pais e muitos só da parte do pai com outras mulheres. Nélio estudou até ao 8º ano, tem uma filha de doze anos, de uma relação anterior. Com namoro assente com Fernanda, em 2001 Nélio decide emigrar para Portugal, procurando um futuro mais promissor, estabelecendo residência em Samora Correia. Com emprego fixo, laborando como vendedor numa empresa de materiais de construção civil, volta em 2005 a Luanda, onde casa com Fernanda, e aí, regressam os dois para Portugal. Fernanda em Portugal nunca trabalhou. Em Abril de 2007 nasce Francisca, filha de Fernanda e Nélio. Foi uma gravidez planeada.

A casa de Fernanda é o contexto físico onde a entrevista ocorre, na sala de estar mais especificamente. É uma sala cuidada, onde se vê fotografias do casal.

Fernanda é cordial, mas comedida, com um tom de voz moderado. Inicialmente mais reservada, passando a mais expansiva no decorrer da entrevista.

Aparenta segurança nos cuidados à filha que tem ao seu colo durante a entrevista. Observam-se comportamentos afectuosos incidindo mais no toque, na proximidade com a filha. A pessoa significativa é o marido.

Durante a entrevista recebe a visita de uma amiga também de origem africana, mas que vai embora.

Fernanda compreende facilmente a comunicação veiculada pelo investigador respondendo com rapidez.

### **E14 Lisete**

**Lisete** é angolana, nasceu em Luanda, tem quarenta anos. Teve oito irmãos de mãe e pai, dois já faleceram, contudo da parte do pai tem imensos irmãos, a sua maioria não os conhece. Com vida estabilizada em Luanda, vivia com uma irmã, tinha um emprego estável, “os seus negócios” e estudava no 11º ano. Desde de 1988 que iniciou relação com Luís, um angolano que tem agora 44 anos. Luís na mesma altura relaciona-se com outra mulher de quem tem duas filhas, mas com quem nunca assumiu uma relação. Luís pensa em emigrar, e emigra cinco anos para a Checoslováquia, e depois para Portugal, onde vive o seu pai que é português. Luís continua sempre o namoro com Lisete, por meio de cartas, de visitas de Luís a Angola e de Lisete à Checoslováquia e a Portugal. Em 1993, numa das visitas de Lisete a Portugal esta decide ficar com Luís, e ficam a viver na zona de Vila Franca de Xira. Lisete arranja emprego numa lavandaria e Luís sem emprego certo, ora vai trabalhando na construção civil, ora no que aparece. Lisete já em Portugal tem três filhos, Cláudia de oito anos, Nuno de seis anos e Mara de dois meses. Esta gravidez foi planeada.

A entrevista acontece na cozinha da humilde casa de Lisete. O seu filho Nuno está em casa durante a entrevista e é a ele que Lisete solicita pequenos recados na prestação de cuidados à

filha mais nova. Lisete amamenta Mara durante a entrevista, aparenta confiança no papel materno. Não se visualizam demonstrações verbais de carinho para com a filha mas cinestésicos sim. A pessoa significativa é o seu marido.

Fala de Deus e da importância na sua vida.

Lisete é cortês, risonha, com aspecto cuidado, mas simples no vestuário e penteado.

A comunicação por vezes foi difícil em virtude de Lisete falar muito, perdendo-se muitas vezes em aspectos não pretendidos para a investigação.

### **E15 Dália**

**Dália** tem vinte e nove anos, é angolana, natural de Luanda. Tem sete irmãos, filhos da mãe e pai, e mais dez irmãos, fruto de duas outras relações que o pai tem. Aos onze anos Dália sofre um atropelamento por um camião, ficando sem as duas pernas. Dália com doze anos, junto com seu pai vai para um hospital para a Jugoslávia onde lhe fazem umas próteses. O pai ao fim de seis meses regressa a Angola e Dália fica dois anos, sozinha num hospital na Jugoslávia. Em 1992 Dália retorna a Angola, tem agora quinze anos. Aí, continua os estudos e faz o 10º ano. Inicia um namoro com Felisberto, casa e tem dois filhos, Ariana a mais velha e André o mais novo. Só que Ariana tem uma vida curta, e aos oito meses de vida morre vítima de uma doença aguda. Dália está com vinte e dois anos, precisa mudar as suas próteses e emigra em 2002, para Inglaterra para o fazer, onde tem familiares. Pretende ir com o seu marido e filho, mas não consegue, indo apenas Dália e André (o seu filho). Em Inglaterra fica quatro anos e a relação com Felisberto esfria em virtude da distância e da separação. Felisberto começa outra relação. No início de 2006, Dália pretende voltar para Angola, porém, no regresso faz uma paragem em Portugal, onde fica por uns tempos numa pensão em Lisboa com o seu filho André, de seis anos. Visita uma tia em Alverca e conhece Alberto um amigo angolano do seu primo, por quem se apaixonou. Alberto tem vinte e oito anos, fez o 9º ano de escolaridade, vive em Portugal desde 2002, e trabalha como ladrilhador. Alberto tem sete irmãos filhos de ambos os pais, e mais três ou quatro irmãos, filhos só do pai. Um dos seus irmãos, vive em Portugal, é casado tem um filho e vive em Alverca. Dália e Alberto juntam-se e coabitam, ficando a viver em Alverca, e o bilhete de regresso a Angola fica somente para recordação. A esta família reúne-se Filomena, uma menina de dois meses fruto desta união. Esta gravidez foi planeada.

A entrevista é realizada na casa de Dália, mais especificamente, numa sala de estar, humilde, de dimensões reduzidas, que comunica com a porta de entrada, a qual tinha uma cortina de tiras e permaneceu aberta para a rua durante toda a entrevista.

Dália é muito simpática, e efusiva. Fala num tom de voz elevado, mas amigável. Veste-se de uma forma cuidada mas modesta.

Demonstra segurança nos cuidados aos filhos. A pessoa significativa é o seu marido. É afectuosa para com os seus filhos, mais de uma forma não verbal.

Filomena está sentada na cadeira durante parte da entrevista e é também amamentada durante o encontro. O filho André também assiste à entrevista. Filomena está muito bem cuidada, tendo sido muito bem penteada, com um penteado tipicamente africano. A entrevista é interrompida a meio, por uma vizinha portuguesa que espreita através da porta, para a casa de Dália, permanecendo um pouco, indo depois embora. Denota-se solidariedade entre os vizinhos.

A comunicação foi fácil, respondendo facilmente às questões colocadas.

### **E16 Elena**

**Elena** é romena natural do condado de Suceava. Tem trinta e quatro anos e quatro irmãos, duas raparigas e dois rapazes. Licenciou-se em Economia. Há onze anos casou com Daniel, um romeno de vinte e um anos na altura. Daniel tem quatro irmãos. Os pais de Elena e de Daniel vivem na Roménia.

Arranjar emprego na Roménia era difícil, ainda mais para quem não tem uma licenciatura, como Daniel. Em 2000 Daniel decide emigrar para Portugal por um período de um ano, com o objectivo de orientar a sua vida, ficando Elena sozinha na Roménia. Daniel não conseguindo durante um ano atingir os objectivos económicos a que se tinha proposto, decide ficar mais tempo em Portugal, reunindo-se então a ele, Elena em 2002. Em Portugal Daniel é operário fabril e Elena trabalhava numa empresa de limpezas. Elena tem duas irmãs que já tiveram emigradas em Portugal e que agora estão em Itália. Daniel tem um irmão que vive também em Portugal e dois irmãos emigrados em Itália. Em 2006 Elena engravida pela quarta vez e tem o seu primeiro filho Círus, que tem presentemente dois meses. A gravidez foi planeada. Neste momento Elena está desempregada.

Elena recebe o entrevistador na sala de estar da sua modesta casa. Nesta sala está um computador, conectado à Internet, por onde Elena comunica com as suas amigas romenas e familiares.

Elena é cordial, tranquila, fala em tom de voz moderado.

Durante a entrevista o marido de Elena aparece e fica a acompanhar a mulher, intervindo muito pouco. Círus também está na sala, sentado na cadeirinha. Observa-se demonstrações não verbais de carinho para com o bebé por parte da mãe.

Aparenta confiança no papel materno desempenhado. A pessoa significativa é o seu marido e a sua afilhada que vive na Roménia e que tem uma filha também.

Elena percebe e fala bem português facilitando a comunicação.

Após a entrevista Elena demonstra interesse na investigação, telefonando à investigadora a fornecer informações que lhe parecem também pertinentes.

### **E17 Katleen**

**Katleen** tem vinte e três anos, é brasileira natural de Minas Gerais. Os pais vivem no Brasil, e tem uma irmã e um irmão. No Brasil casou com Jesualdo, um brasileiro. Jesualdo tem três irmãos. Os dois têm o 12º ano. Com poucos recursos económicos no Brasil, o casal decide tentar a emigração para Inglaterra afim de amealhar dinheiro para voltar para o seu país. Mas a emigração para Inglaterra sai-lhes gorada, e a opção é Portugal, onde têm também familiares de

Jesualdo a viver. Em Portugal estão desde 2006 a morar em Alenquer. Jesualdo trabalha na construção civil, Katleen, não trabalha. A família cresce e o casal já tem um descendente, Guilherme de dois meses. A gravidez foi planeada.

Muito simpática e cordial, Katleen recebe o investigador na sala de estar da sua casa, tendo preparado um pequeno lanche para o encontro. A sala está cuidada, mas é modesta e despida de mobília.

Katleen tem um aspecto bem cuidado.

Guilherme está no berço, observa-se demonstrações de carinho verbais de Katleen para o seu filho. Demonstra ainda alguma insegurança e fragilidade nos cuidados ao seu filho. A pessoa significativa é a sua irmã que vive em Portugal.

Fala muito em Deus.

Tem grande desejo de voltar ao seu país, expressa muita saudade da família.

É expressiva, comunica com facilidade, num tom de voz moderado.

### **E18 Cristina**

**Cristina** tem trinta e nove anos, nasceu no Brasil em Minas Gerais. Os pais tiveram sete filhos, Cristina é a mais nova, o pai já faleceu, e a mãe tem noventa anos. Cristina com 21 anos foi viver para São Paulo, é mãe solteira de Cleonice que tem agora treze anos. Com dificuldades em se manter com uma vida financeira estável, em 2000 recorre à emigração para Portugal por intermédio de um sobrinho que aqui vive. Em Portugal conhece Albano, e encetam um namoro. Contudo Cristina volta ao Brasil, onde deixou a sua filha com a mãe. Albano tem trinta e três anos, é português, e a sua profissão é pedreiro. O namoro entre Cristina e Albano continua mesmo à distância, e Cristina decide voltar, deixando novamente Cleonice, agora à responsabilidade de um irmão. Até 2003 Cristina vive em casa do sobrinho. O casal junta-se e têm dois filhos Rute de quatro anos e Firmino de dois meses. Esta última gravidez não foi planeada, nem desejada, tendo tentado interrompê-la inicialmente, verbalizando na entrevista sentimentos de culpa em relação a esses actos. Cleonice vem para junto da mãe em 2004. Cristina trabalhou em restaurantes e há dois anos que trabalha num bar.

A entrevista passa-se na sala de estar da casa de Cristina. É uma sala cuidada, bem mobilada.

Cristina é cortês, mas pouco expansiva. Fala com amargura da sua família.

Firmino está ao seu colo, no encontro, observam-se poucos actos de carinho, na relação com o bebé.

Aparenta segurança nos cuidados ao Firmino. A pessoa significativa é o seu marido.

A comunicação é feita com facilidade.

### **E19 Carolina**

**Carolina** é de nacionalidade brasileira, nasceu na Baía, e tem trinta e três anos. Tem três irmãos, já casados e com filhos. Aos dezasseis anos deixou os pais no interior e foi viver com os tios para poder estudar e trabalhar. Estudou até ao 11º ano e trabalhava como secretária num hotel. Gilberto, um português, de profissão camionista, de trinta e sete anos, numa viagem que faz ao Brasil, conhece Carolina e convida-a para vir com ele para Portugal. Em 2005 Carolina vem para Castelo Branco com Gilberto e ficam aí a morar durante cinco meses. Carolina não gosta de Castelo Branco e o marido procura uma localidade onde haja muitos brasileiros, e assim vêm residir para o Carregado. O casal tem dois filhos Adérito de quinze meses e Bernardo de dois meses. Esta última gravidez não foi planeada, mas foi desejada. Em Portugal, Carolina nunca trabalhou, apesar de inicialmente vir com intenção de trabalhar.

A entrevista passa-se na ampla sala de estar, bem mobilada e decorada da casa de Carolina.

Carolina é simpática. Na entrevista estão presentes também, o seu filho de 15 meses, muito irrequieto, e o bebé Bernardo que se encontra na cadeirinha. Demonstra actos de afecto cinestésicos e verbais, com os seus filhos.

Parece segura nos cuidados a prestar aos filhos. A pessoa significativa é o seu marido e a sua mãe.

A comunicação faz-se com facilidade.

### **E20 Kamilla**

**Kamilla** tem vinte e seis anos, é ucraniana, natural de Cramatorii. É licenciada em protésica. Vivia com os pais e com a sua irmã na Ucrânia. A família passava por dificuldades económicas e a mãe de Kamilla decide emigrar para Portugal. A mãe de Kamilla conhece um rapaz ucraniano Belmiro de quem dá o contacto à filha. Belmiro e Kamilla correspondem-se por carta e por telefone. Kamilla não consegue emprego na Ucrânia e a mãe chama-a para Portugal, aliciando-a com a facilidade de conseguir emprego. Kamilla emigra em 2003, e vai viver com a mãe para Arruda dos Vinhos, mudando-se as duas, posteriormente para Lisboa. Em Portugal, Kamilla começa por trabalhar num hospital, como auxiliar de acção médica, depois numa engomadaria e por último numa tipografia. A irmã de Kamilla frequentava um curso de Direito, não o chega a acabar porque também vem viver para Portugal, ficando apenas o seu pai, na Ucrânia. Kamilla principia um namoro com Belmiro. Belmiro tem trinta anos, veio há seis anos para Portugal para melhorar de vida, era casado e a sua mulher tinha ficado na Ucrânia. Como não conseguiu angariar dinheiro para comprar uma casa na Ucrânia, no período previsto, Belmiro foi ficando, ficando e o casamento não resistiu, acabando por se divorciar. Belmiro é motorista em Portugal. Há três anos Kamilla e Belmiro juntam-se e vão viver para a Póvoa de Santa Iria e depois para o Forte da Casa, onde têm uma filha Susana de dois meses. A gravidez não foi planeada, mas desejada. Neste momento Kamilla está desempregada.

A entrevista decorre na pequena sala de estar da casa de Kamilla. É uma sala aparentemente modesta.

Susana é amável.

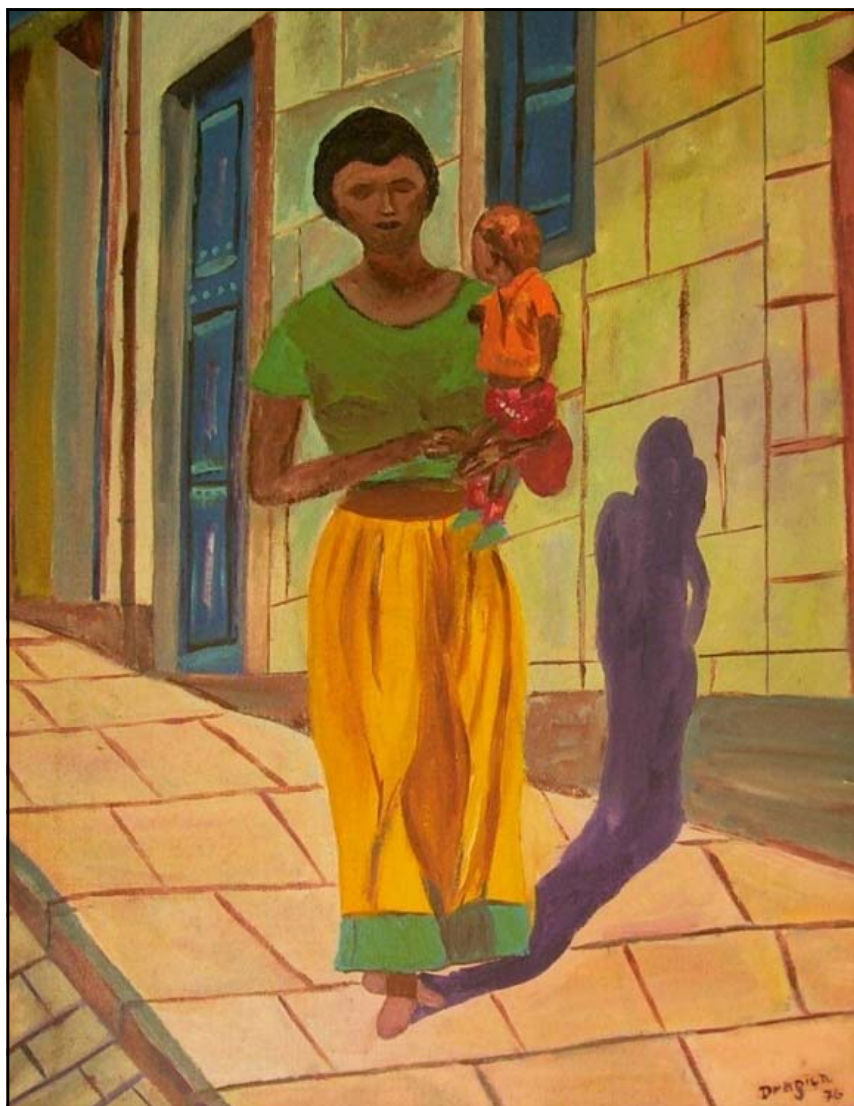
Revela interesse na apreensão de conhecimentos que enriqueçam a consecução do papel materno, procurando informação em várias fontes, reflectindo depois na resposta ou atitude que lhe parece mais adequada. Aparenta segurança nos cuidados a prestar à criança. A pessoa significativa é o seu marido.

A pequena Susana está ao colo de sua mãe, mamando durante a entrevista. Observa-se comportamento afectuoso do tipo verbal, por parte da mãe para com a criança.

O marido entra em casa durante a entrevista, é simpático, mas não fica a assistir à entrevista.

A comunicação por vezes é difícil, havendo necessidade de reformular as questões para Kamilla as perceber. As respostas também têm muitas hesitações com a procura de palavras para a construção das frases, recorrendo duas vezes ao dicionário.

## 2 – ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS



**Figura 43 - Maternidade (Pintura de Dragila)**

Neste sub capítulo o investigador debruçar-se-á sobre a análise dos dados qualitativos, tendo por base a técnica de análise de conteúdo com a construção de categorias e subcategorias que serão apresentadas.

## **2.1 - Motivos da Migração**

A tomada de decisão de emigrar para os sujeitos do estudo foi determinada, pela análise entre os aspectos negativos vivenciados no seu país de origem e as expectativas formuladas referentes ao país de acolhimento. O sentido futuro a dar ao percurso migratório das entrevistadas, também se baseia no balanço entre os elementos contraproducentes e/ou atractivos do país de origem e os elementos contraproducentes e/ou atractivos do país de acolhimento.

Seguidamente passaremos à descrição e análise dos aspectos supracitados.

### **2.1.1 – Factores repulsivos do país de origem**

Verifica-se que um número significativo de mulheres encetou a emigração por estar numa posição económica periclitante no país de origem. Conclui-se que nos três grupos de sujeitos, brasileiros, africanos e europeus de leste, os factores desencadeantes da emigração se alicerçam num emprego precário, auferindo remunerações mínimas incapazes de fazer face às despesas, ou mesmo, na dificuldade em conseguir esse emprego. Estes factos levam a situações económicas desesperantes, que os impele para a emigração. Estes factores repulsivos são visíveis nas seguintes citações:

- “(...) *Eu tomava conta como gerente, (...) Fazia tudo numa loja para ele, tinha um cargo de responsabilidade total. (...) eu passei por uma crise. (...) tive problemas muito graves que perdi a visão. (...) Nesse período passaram uma das funcionárias para o meu lugar (...) e a opção quando eu voltei foi ficar com o antigo cargo. Fiquei um pouco desgraçada por estar a trabalhar, recebia salário mínimo, para quem estava habituada com um salário adequado, então resolvi ir embora.*” (E3)

- “(...) *fui trabalhar para um bar café (...) e os meus pais não gostaram e chamaram-me para vir cá trabalhar, lá é só mesmo perder tempo porque não dá para nada, na altura era muito complicado era mesmo só as coisas mínimas (...)*” (E6)

- “*Eu fui vendedora, (...) estava a receber quase setenta euros por mês e não dava pra mim, (...) não dava pra nada, se não for a minha mãe que ajudava pra mim, (...)*” (E12)

- “ (...) *lá não tem condições pra se casar e montar uma casa, então é bem mais difícil lá.*” (E17)

- “(...) fiz empréstimo na empresa, eu ia construir a minha casa... e depois o meu ordenado não dava para pagar o empréstimo, aquilo foi me dando o stress, quando eu recebia meu ordenado eu só tirava o extracto e aquilo me deu o stress, eu não aguentava mais sabe, aí eu pedi para sair da empresa, porque estava em dívida, (...)” (E18)

- “É assim eu ganhava um salário, (...) e com aquele dinheiro eu tinha de pagar meus estudos, e pronto o resto das coisas, eram mais os meus tios mas eu também ajudava. (...) Não era fácil.” (E19)

- “Não, não trabalhar, porquê... a “nossa” empresa disse, olha desculpa lá, mas nós temos trabalhadores muitos e não precisa e eu muito nova, eu não tenho prática nada e lá esse trabalho, trabalho que precisava muita prática, prática na mão, e lá trabalha toda a gente, já muitos velhos, quarenta anos, pronto.” (E20)

Em vários casos, como já atrás foi descrito, estas circunstâncias delicadas são vividas pelo companheiro ou progenitor, emigrando a participante por arrasto, por reunificação familiar, como se exemplifica nas citações seguintes:

- “ (...) ele lá tinha mais dificuldade em arranjar emprego e essas coisas.” (E5)

- “Sim, estava muito difícil, porque a gente mora no interior e é muito, muito pedreiro, e ele é pedreiro não é, é muito pedreiro para uma cidade tão pequena. (...) São muitas dificuldades.” (E11)

Para além das razões, de emigrar passarem por condições de vida difíceis, ligadas a baixas remunerações e desemprego, como verificámos nas citações acima descritas, cinco participantes também alegaram o descontentamento devido a uma elevada corrupção a nível laboral, nomeadamente E6, E11, E12, E13, E16. Destacam-se as citações seguintes:

- (...) É assim, o nosso problema aliás de todos os que saíram de lá, agora lá, é como no Brasil, há pobres e ricos, porque a classe média mal sentiu, fugiu toda. O meu pai na altura era classe média alta, pode-se dizer na altura éramos ricos, (...) aquilo com as invejas e com coisas, conseguiram dar cabo (...)” (E6)

- “Aí o pessoal começa a explorar, trabalha, trabalha, e acaba enrolando para pagar.” (E11)

- “Lá angolano fica assim meio difícil, como é que eu digo, um país assim de muita corrupção, a pessoa pode estudar, mas pra encontrar um emprego tem que ter alguém assim influente, como você diz padrinho, né, se não tiver fica assim difícil.” (E13)

- *“Porque lá vivem mal, eu sou licenciada lá. (...) arranjavam trabalho, só que lá o trabalho que arranjam é com gorjetas, se não dá não..., é só à base das cunhas e... o meu marido também... ele não é licenciado.”* (E16)

Averigua-se também que, no grupo africano os dois sujeitos oriundos da Guiné e o sujeito de Moçambique, reclamam a emigração devido à instabilidade política vivida no país, nomeadamente a guerra, ora vejamos:

- *“Depois até que começou a guerra. (...) Fui para o Senegal, fiquei lá 2 anos e depois é que vim para cá.”* (E1)

- *“Viemos, olha porque, pronto é assim, nós fugimos da guerra, havia lá guerra, fugimos, (...).”* (E4)

- *“Talvez a situação do próprio país, pronto, ...pronto aquelas condições que já eram..., já não eram tão boas.”* (E9)

Por outro lado, algumas entrevistadas saíram do seu país por estarem sós e pretenderem reunir-se aos seus maridos ou companheiros.

- *“(...) lá estava sozinha, meu marido estava cá, sofri muito lá, sofri porque tinha saudades.”* (E16)

Um dos sujeitos da amostra expõe como factor desencadeante da emigração, para além dos poucos recursos económicos, também uma situação de luto vivida na altura:

- *“É assim eu quando sai do Brasil foi mais assim por revolta, porque o problema do meu filho foi por erro do médico, eu já não estava bem na minha cidade, e então assim ainda pensei em denunciar mas aí foi a minha mãe que fez com que não fizesse nada, e depende também do atendimento lá, porque eu não quis fazer nada mas também não quis continuar lá. Aí foi onde eu resolvi vir para cá.”* (E7)

Resultante da análise efectuada, poderemos assim concluir e enumerar, como factores repulsivos do país de origem: condições de vida precárias, por salários baixos face ao poder de compra, desemprego. Para além disso, também foram citados a corrupção, e factores intra pessoais (processo de luto e saudade). Estes factores encontrados (salvo os intra pessoais), estão concordantes com a situação global dos países das participantes, que foram descritos anteriormente. Lopes (2005), na sua investigação sobre mulheres imigrantes também enumerou estes aspectos como razões que impeliram o processo migratório.

### **2.1.2 – Factores atractivos do país de acolhimento**

Constata-se que Portugal é visto no início do processo de emigração, como um país onde poderá ser fácil adquirir emprego e conseguir fazer uma poupança, de modo a melhorar as suas condições económicas, como retrata as seguintes citações:

- *“Quando ele veio para cá ele falou que era para dar uma vida melhor para o nosso filho (...)”* (E7)

- *“(...) eu vim pra cá com o intuito de trabalhar e melhorar de vida e ficar cá cerca de um ano, (...)”* (E8)

- *“Talvez a procura de uma vida melhor, neste caso para os pais.”* (E9)

- *“Ah, condições, melhores condições de vida. Já, por isso é que muita gente às vezes emigra, vêm procurar melhores condições.”* (E13)

- *“Para trabalhar, porque...precisava...de estudar a minha irmã, precisa de dinheiro e ela veio trabalhar para cá e depois eu não trabalhava lá, e ela disse que aqui tem trabalho e pronto.”* (E20)

Outro factor evocado pelas participantes, já atrás mencionado, foi a reunificação familiar, doze mulheres entraram em Portugal reclamando esse motivo. As participantes vêem Portugal como o local onde se podem reunir ao companheiro/marido ou pais, são testemunhos desse facto, as seguintes citações:

- *“Ele veio primeiro e depois eu vim. Eu de principio não quis vir, mas depois curiosidade... (...) Para mim foi para estar perto dele, foi assim no princípio, porque trabalhar, não trabalhei assim tanto. (...) Ele veio... é assim... veio... (...) Ele veio para trabalhar...”* (E2)

- *“Porque no fundo a gente veio para aqui na tentativa de melhorar as condições de vida. Procurar trabalho, estudar... (...) O meu marido veio primeiro que eu. Aí um ano, ano e meio, depois vim eu. É assim eu vim mais por ele. (...) eu falei com as pessoas, foi-se adquirindo algumas informações, e as pessoas falavam da probabilidade de as pessoas melhorarem aqui as condições de vida, e então pronto, mudei logo para aqui”* (E5)

- *“Porque calhou, era mais fácil para os homens para vir cá trabalhar, (...) o meu pai veio cá primeiro, depois teve um problemazinho a minha mãe teve que vir atrás dele. (...) e a partir daí foi muito complicado para eles e chamaram-me.”* (E6)

- *“Por causa dele. Já namorávamos. (...) e depois ele veio para cá... (...) ele veio pra cá e fez cá quatro anos, depois foi pra Angola, nos casámos e viemos.”* (E13)

- “(...) ele veio primeiro. Eu vim por causa dele. Eu não quis vir para cá, vinha só de férias, só que depois sei lá acabei por ficar, (...)” (E14)

Em três casos, a decisão definitiva de emigrar para Portugal partiu, somente depois de uma visita ao país, em virtude de iniciarem um relacionamento:

- “Eu vim para aqui, vim aqui de escala, com passagem e tudo, porque eu estava de regresso para Angola, já tinha a viagem (...) Eu vinha cá visitar minha tia, às vezes... (...) Com o tempo já não ia mais para a tia, ia já para casa dele, porque o meu primo vivia com eles, ia para casa do primo não era, (...) e depois o amigo do primo foi ficando.” (E15)

- “(...) aí o meu sobrinho tinha vindo pra cá, foi em 99 que eles vieram e eu pensei em vir, mas eu vim conhecer só de conhecer, enfim vir pra ficar jamais nunca imaginei, mas depois conheci o meu marido...” (E18)

- “Olha foi assim, nesse hotel onde eu trabalhava, onde eu conheci o meu marido, ele tinha ido ao Brasil pela primeira vez, e ele estava hospedado nesse hotel, aí que eu o conheci, ele me fez um convite para vir para aqui, e eu pensei, não tinha muita vontade nem prioridade também, mas pronto aceitei o convite. Quando cheguei aqui achei que era melhor, e pronto começámos a nossa vida.” (E19)

É referido por alguns sujeitos também, um certo facilitismo na entrada para Portugal, como a razão de escolha deste país:

- “(...) Espanha pagam muito mais, mas precisas de papéis, aqui ficas melhor assim sem papéis, agora nós temos, mas antes quando entrámos, podias trabalhar sem papéis, nunca disseram a nós alguma coisa por isso. E eu, ninguém me disseram nada, e por isso ficaram cá.” (E12)

A facilidade em entrar no país de acolhimento, também é retratada, quando duas entrevistadas referem que, Portugal não era a sua primeira opção para emigrar, escolhendo-o apenas depois de tentativas de emigrar mal sucedidas para Inglaterra e Estados Unidos:

- “Vim por opção de não poder ir para os Estados Unidos. Tentei isso 3 vezes. (...) então como não consegui e aqui não precisava de visto, vim para cá.” (E3)

- “(...) nós éramos para ir para Inglaterra, aí primeiro passámos por Portugal, ficámos aqui uma semana e depois fomos para Inglaterra, chegámos lá não conseguimos entrar, aí voltámos para cá. Inglaterra é melhor, o que eu tinha nos meus planos, é que a gente estava lá cinco anos e volta, (...) bem rápido eu conseguia construir uma casa para mim, bem rápido, aí não consegui entrar decidi vir para cá.” (E17)

São assim, factores atractivos do país de acolhimento relatados pelas participantes: turismo, emprego, reagrupamento familiar, melhoria das condições financeiras, facilidade de entrada em Portugal.

### **2.1.3 - Rede de acolhimento**

Na maioria dos casos existe sempre uma rede de acolhimento em Portugal, para os receber na sua chegada, familiares, amigos. Muitas vezes o companheiro ou os pais são os primeiros a emigrar, mas também nestas circunstâncias existe sempre elementos de contacto, como se visualiza nas seguintes citações:

- *“O meu irmão que já cá está há muitos anos e a minha irmã também. A minha irmã já está cá há 18 anos.”* (E1)

- *“Ela estava casada lá, ela veio ter com o marido, ela veio com os filhos. É minha prima e tio do meu marido, são casados. Vivem no Carregado, têm uma menina e um menino, eles são de lá.”* (E2)

- *“(…) já tínhamos amigos, a gente já tinha cá amigos que nos receberam, (…) eles ficaram três meses desempregados e graças a eles, ele conseguiu ficar aqui.”* (E7)

- *“Sim, já tinha, tenho uns tios em Alenquer, por acaso até foi para onde nós fomos morar e na altura que viemos não tínhamos nada, não é, e depois para eles foi começar mesmo de novo (…)”* (E9)

- *“(…) então ele foi vindo para cá, que ele tem dois irmãos aqui.”* (E11)

- *“O meu irmão chegou cá primeiro, (…) e... tive mais um irmão que voltou agora para Roménia, também estava a morar aqui na Alverca. Quando eu cheguei, cheguei primeira vez na casa dele.”* (E12)

- *“Amigos, tinha muitos amigos cá.”* (E13)

- *“Foi o meu marido que escolheu porque aí tinha amigos que podiam ajudá-lo. Porque vir para um país estrangeiro sem conhecer ninguém é mais difícil, sem conhecer a língua. A gente conhecia aqui uns amigos e veio para cá.”* (E16)

- *“Foi, os tios de J. moram aqui.”* (E17)

Só uma entrevistada é que não evocou nenhum elo de contacto ao país de acolhimento, e isto prende-se por não ter sido a sua primeira escolha, porque no país que elegeu como primeiro, tinha familiares para lhe dar apoio:

- *“Minha opção era ir para os Estados Unidos porque eu já tinha parentes lá e pronto era mais fácil para mim estar lá do que então vir para aqui. (...) tinha alguém para me dar apoio, (...)”* (E3)

## **2.2 – Planeamento da fase final do percurso migratório**

Quando se inicia um percurso migratório, criam-se expectativas, criam-se objectivos, fazem-se planos do terminus do percurso migratório principiado. São meramente planos, que poderão ser modificáveis, pois irão sofrer a influência de diversos factores. Descrever-se-á de seguida, o resultado do confronto entre as expectativas das participantes do estudo, criadas em relação ao país de acolhimento e a realidade vivida, bem como, os planos traçados para o futuro, relativamente ao sentido a dar ao percurso migratório.

### **2.2.1 - Confronto entre a realidade e as expectativas inicialmente formuladas**

Verifica-se que muitas vezes a realidade vivenciada no país de acolhimento não vai ao encontro das expectativas formuladas, e dos objectivos propostos inicialmente. Muitas das entrevistadas, ou, os seus cônjuges, ou companheiros pensaram em permanecer no país de acolhimento durante um período de tempo, porém, esse período verificou-se insuficiente para angariarem o que pretendiam. A razão para tal facto, prende-se com, ordenados reduzidos em relação ao poder de compra. As citações seguidamente descritas são espelho destas afirmações:

- *“E pronto... ele veio para ser um ano ou dois.... mas foi ficando...”* (E2)

- *“(...) eles estão aqui há uns anos e não têm um tostão. Agora querem ir para lá (...)”* (E6)

- “(...) mas agora conseguir o que ele quer, está muito difícil porque ele ganha pouco, e passa muito tempo lá, então está um pouco complicado, vamos ver.” (E7)

- “(...) ele decidiu vir para cá, para ficar um ano e volta, para fazer um dinheiro e voltar, e como aqui também não se faz dinheiro assim muito fácil como a gente pensa e ficou ai mais tempo e eu decidi vir ao pé dele, passaram cinco anos e ainda não pensamos voltar.” (E16)

- “O J. não quer ir embora agora, o meu pai até ofereceu ajuda só que ele não quer.(...) Mas está um pouco difícil aqui porque não dá pra gente mandar quase nada, nada de nada.” (E17)

- “(...) ele tinha esposa, e ele quer comprar ah...casa e ele disse pra sua mulher, olha eu vá ganhar dinheiro, compro casa e pronto volto pra trás e depois, ele ficar... já... porque quando ele veio pra cá, lá casa custa muito barata, muito, muito, um mil, dois mil, posso comprar uma casa não há problema nenhum e depois anos, anos, passa, passa e agora as casas está muito, muito cara quase como Portugal, e...ele disse, olha eu trabalho todos os dias ah...24 horas por dia, e, e eu não ganho muito dinheiro (...)” (E20)

As entrevistadas focam ainda, como razão para as expectativas goradas, existir desonestidade por parte do patronato, visível nas seguintes citações:

- “ (...) aqui em Portugal nem todos os patrões pagam aos emigrantes tudo direito, aí ele tem medo de sair deste porque pode ir para outro e ter um patrão que não paga bem.” (E7)

- “ (...) no Algarve, eu fui trabalhar num café, só que lá no café estava tudo muito bem para mim, mas para ele é que começou a ser, faziam para ele, lá era o patrão que estava começando a enrolar, a pagar, (...)” (E11)

Em um caso, as expectativas não foram alcançadas, não por factores extra familiares, mas sim por uma crise familiar, o abandono da família pelo companheiro:

- “ (...) neste momento eu estou sozinha (...) o meu marido foi-se embora cinco dias depois do parto. Não, o pior é isso. Eu não tenho ninguém para ajudar com as despesas.” (E5)

Estas circunstâncias descritas, implicam alargamento dos prazos pré determinados para ficar no país de acolhimento.

Estas situações de descontentamento, verificam-se quando à uma pretensão de regresso ao país de acolhimento a curto prazo, nos outros casos, não foi referido.

## 2.2.2 - Intenção de regressar ao país de origem

Na sua maioria as entrevistadas têm intenção de voltar ao seu país, contudo muitas pretendem-no fazer apenas de visita:

- *“Gostava muito, muito de ir lá, só visitar”* (E4)

Alguns sujeitos vivem no dilema de haver necessidade de um dia voltar, mas por outro lado reconhecerem melhores condições de vida no país de acolhimento, como reflectem as citações seguintes:

- *“Queria voltar, não vou ficar aqui sempre, por causa o meu marido tem pais, (...) quando vai ser velhos e tem que cuidar deles e não vamos ficar aqui sempre. Que vamos fazer? Vamos ficar agora quando podemos trabalhar, cinco ou seis anos tem que sair. (...) Eu posso dizer que gosto mais daqui do que como é na minha terra mas... é assim tenho que voltar lá, não posso ficar sempre. Mas aqui tenho segurança aqui na rua, lá na minha terra tinha medo (...) Olha, aqui não tenho medo.”* (E12)

- *“Sim gostava de voltar assim de um lado, e de outro não, porque lá ainda... ainda vai passar muito tempo a gente fica com mentalidade daqui. Por enquanto vamos ficar mais uns tempos por aí.”* (E16)

- *“Aí nós ...queremos ir pra Ucrânia, só ... (hesitação). Ah... (hesitação), queria, agora já não, porque (...) nós pensamos que é melhor estar cá, aqui mais calma, e calma pra nossa filha porque lá todos, nós olhamos televisão e eh pá, na escola bate-se criança, meninos e meninas e outra bate e ahah...e nós falámos, porque casas agora custa lá como cá é igual, é melhor vida de cá.”* (E20)

Para muitas participantes, querer voltar para o seu país de origem é objectivo dado como certo, no entanto querem-no fazer só após conseguirem amealhar aquilo a que se propuseram:

- *“Gostava de voltar, vamos ver.”* (E2)

- *“Sim eu vou-te falar. Eu estou numa vida cruel, porque é assim eu não só quero como preciso de trabalhar, mas aí também gostava muito de ir para o Brasil, que eu estou muito preocupada com a minha mãe. (...) Aí tenho estado num dilema, não sei se eu volto para o Brasil, mas se eu voltar para o Brasil o meu marido vai gostar menos de estar aqui e também quer voltar, ou se eu fico aqui e espero seis meses para começar a trabalhar, estou em dúvida. (...) Eu acho que também quer ir, mas ele falou que só vai depois de conseguir o que ele quer, (...)”* (E7)

- *“A ideia é voltar, é voltar (risos) não quero ficar não. (...) É porque ele quer voltar com alguma coisa pra falar que não foi lá à toa.”* (E17)

### **2.2.3 - Intenção de permanecer no país de acolhimento**

O facto dos sujeitos contraírem matrimónio com homens portugueses, também influencia a sua decisão de não voltar ao país de origem e permanecer no país de acolhimento. Verifica-se que, só nesta situação é que as mulheres brasileiras e de países da Europa de Leste tomam esta decisão:

- “(...) *na altura olha conheci o meu príncipe, foi mesmo quando queriam-me mandar embora que eu já não aguentava, conheci o S.*” (E6)

- “(...) *entretanto conheci o meu esposo que é português e acabei por casar e fiquei por aqui e já não vou mais para o Brasil, só para passear (risos).*” (E8)

- “(...) *conheci o meu marido, e gostava muito dele, e pronto até hoje estamos a namorar e eu fui para minha terra e voltei, (...), mas... não quis mais ficar aqui e fui definitivo embora, mas como eu gostava muito dele e a gente namorava, eu voltei por causa dele, e pronto agora não volto mais. Agora é mais complicado voltar.*” (E18)

Denota-se também que, os sujeitos que residem há mais tempo em Portugal, nomeadamente há 14 anos e 23 anos, não perspectivam voltar ao país de origem, ou pelo menos não o planeiam a curto prazo, como é exemplo, a seguinte citação:

- “(...) *só que ele depois queria criar estruturas, cá também já tinha outro plano de vida e não sei quê, resolvemos ficar cá por um tempo, até ver, né. Agora até ver, quer dizer ele deixou passar as oportunidades que teve lá e cada dia que passa o custo de vida, o nível de vida lá sobe cada vez mais e enfim, agora se calhar só com a ajuda das pessoas, mas eu já perdi tudo, as pessoas amigas que me pudessem ajudar (...)*” (E14)

Por outro lado, as entrevistadas africanas, ao ponderarem as condições de vida dos dois países, inclinam-se para permanecer em Portugal, apesar de terem um sentimento saudosista em relação ao seu país e muitas delas quererem voltar a visitá-lo.

- “*Gostava imenso de ir a Angola. Mas é assim, há certas coisas que nos prendem mais um bocadinho aqui. Eu por exemplo, às vezes penso em voltar já para Angola, mas também fico a pensar nas condições da saúde, da higiene, essas coisas, e principalmente porque tenho os miúdos, a educação...*” (E5)

- “*Eu pretendo ir para lá, só que não há possibilidade, eu não trabalho, só meu marido e depois cuidar deles. Mas eu agora gosto de cá estar, em relação a Angola dá para se virar, gostava de ir para a Angola mas está sempre na mesma, é por causa das condições de vida lá e principalmente pra mim por causa da minha limitação, se eu tivesse em Angola na mesma tinha que estar sempre a lutar para vir para Europa, para trocar de próteses e tudo isso, não adianta. Vou lá dar uma voltinha, visitar os meus*”

*familiares que eu estou com muitas saudades, as minhas irmãs, eu sou a única que estou cá, que estou fora.” (E15)*

### **2.3 – Adaptação ao país de acolhimento**

Neste sub capítulo aborda-se as dificuldades iniciais vividas pelas participantes à chegada ao país de acolhimento, e quais os factores protectores que foram facilitadores da sua adaptação.

#### **2.3.1 – Confronto com elementos adversos/ Vulnerabilidade**

Todos os indivíduos imigrantes da amostra, na chegada ao país de acolhimento, vinham com fracos recursos económicos, o que os tornava de imediato mais vulneráveis, acrescendo a esse facto um desenraizamento cultural e social repentino e o confronto com uma cultura desconhecida. Todo este conjunto multifactorial implicou momentos muito difíceis na vida destes sujeitos e/ou dos seus familiares, levando algumas vezes a doenças psicossomáticas ou a comportamentos desviantes, como se verifica nas seguintes citações:

- *“Foi o álcool, ele não bebia e aqui começou a beber com o grupo que veio de lá, (...)” (E6)*

- *“(...) na altura entrei um bocadinho em depressão, (...)” (E6)*

- *“(...) às vezes quando estou num dia assim mal, (...)” (E16)*

- *“(...) então eu estava já a ficar depressiva já, (...)” (E17)*

Seguidamente, descreveremos certos aspectos que as participantes do estudo consideraram adversos.

### 2.3.1.1 – Língua

Inicialmente, os aspectos linguísticos foram referidos pelos três grupos como barreiras à comunicação, mesmo as entrevistadas em que a sua língua mãe é o português. Referem-se não só à compreensão da língua como ao sotaque, ao volume da voz, e às expressões linguísticas. Veja-se as seguintes citações:

- *“Eu falava muito mal português, um bocado. Foi difícil.”* (E1)

- *“(...) na minha terra, há letra que aqui não há. (...) A língua foi difícil. A língua quando ouvia o meu marido falar eu ficava calada, eu estava sempre a ver..., quando ele falava, não percebia nada e depois comecei a aprender.”* (E2)

- *“Olha a primeira impressão dos portugueses foi que raio, não percebia nada, falam muito mais alto que a gente lá, eu já aprendi também a falar (...) No princípio os portugueses tinham dificuldade em me ouvir, falava baixo para a gente era normal, não percebia nada, não era capaz de dizer nem mãe, nem pão, nem vassoura, o que é que precisava para trabalhar, era vassoura, era detergente, balde de água, não conseguia dizer, (...) era gestos (...)”* (E6)

- *“(...) no início eu não entendia nada, mas hoje entendo bem. Eu lembro que eu fui para um trabalho com um senhor lá em Vila Franca e aí ele começou a fazer-me perguntas, e eu disse logo que a chance para dar certo era mínima, porque eu acho que ele pensou que eu era surda, porque ele falava e eu perguntava, e às vezes ele tinha de falar três vezes para eu entender, (...). Tem pessoas que falam assim de uma forma mais nítida e tem outros que falam assim um pouco mais embalado, e aí, é onde a gente não entende muito bem, mas de início muitas coisas assim era um grande desafio. Por exemplo quando eu vim trabalhar para este café aqui, foi um dos desafios grandes porque também aqui vocês fazem muita confusão. Por exemplo no Brasil você chega lá, aí você quer um copo de café com leite e aí você fala que quer um copo de café com leite e não tem outro nome, agora aqui, o garoto vai café mais leite, a meia de leite vai café mais leite, o galão também, então podia usar um nome só mas não, cada um tem um nome diferente e então muitas vezes a gente não entende.”* (E7)

- *“Eu tive um pouco de dificuldade no começo, as pessoas falavam e eu quê? Anh? Não entendia às vezes, mas depois com o tempo é questão de hábito também, acostumei, achava um pouco difícil às vezes mas dava pra entender.”* (E8)

- *“No começo eu achei um pouquinho de dificuldade porque eu achava que falavam muito rápido não é, eu achava muito rápido, aí não percebia direito. Quando o patrão falava eu estava sempre pedindo para repetir, mas depois agente acostumamo-nos. Depois começa a ver TV, e pronto.”* (E10)

- *“Ah, foi mesmo difícil, por causa que eu trabalhei num restaurante, não sabia nada pra falar, só sabia trabalhar, pra descascar batatas, coisas que acontece no restaurante, foi difícil pra eu me ensinar o português, ...”* (E12)

- “Foi tão difícil, porque algumas coisas no Brasil a gente fala diferente, igual ao adesivo que vocês falam, lá não é adesivo é esparadrapo (...) Aqui há muita coisa que a gente vai falar e a gente não entende. Fiche no Brasil é legal. O primeiro mês que eu vim para cá tinha dia, que eu dizia vocês falam enrolado demais, o quê vocês falam português ou francês? Eu falo português do Brasil. Se falar depressa a gente não entende. A minha irmã diz hum hum, e eu pergunto - Você entendeu? - Não entendi nada. Lá no hospital quando as enfermeiras vinham ter comigo ela perguntava o que é que ela falou, tive que falar tudo de novo, as pessoas falavam com ela e ela entendia outra coisa.” (E17)

- “(...) eh pá, é difícil só língua. Ah, eu primeiro sempre não gostava muito de falar esta tá bem, não gosto desta palavra porque não percebo ... (hesitação) percebo pouco, e senhora com a coisa, disse pra mim, eu primeira mim trabalho na hospital e ela explicar que eu precisava fazer, e ela disse, tá bem, aí eu percebi pouco, e eu tá bem, o que é preciso fazer, não sei nada (risos), e ela sempre tá bem, ai que tá bem, tá bem, não sei! (risos). Só língua, pra mim tá muito difícil a língua. Hum, hum, no primeiro tempo.” (E20)

### 2.3.1.2 – Clima

Algumas entrevistadas do Brasil e Angola designaram o clima como um factor adverso à sua adaptação a Portugal. Citaram-no como uma diferença abismal entre o seu país e o país de acolhimento.

- “ É muito diferente, o clima, é mais o clima, o clima (...) e ainda não me adaptei até agora, apesar de dois anos. Por exemplo aqui, aqui é frio demais e é quente demais também, o clima de cá é muito exagerado, em Angola o frio, o Inverno é assim suave, é um frio assim suave, se tu botares uma mangas por cá, uma só, estás à vontade, já aqui não, quando está Inverno tem que ser roupas, tem que estar bem agasalhado, é muito diferente de Angola e o Verão também aqui é muito quente e é seco, já em Angola não, é quente mas tem aquele vento assim, bom mesmo, a pessoa vai à rua consegue estar à vontade e areja muito bem, já aqui não, é quente e é seco, é muito diferente, o clima daqui é estranho (risos). É estranho, muito diferente, ainda nem me adaptei até agora.” (E13)

- “O clima, porque o frio Jesus, (risos) este Inverno até chorei de tanto frio que estava sentindo, eu fui para igreja e estava frio demais e eu estava com bastante roupa só que estava frio demais e eu disse, eu quero ir embora, não estou aguentando aqui, foi em Dezembro. O Verão o ano passado demorou a chegar, o frio assim começou em Novembro, (...) aí esfriou demais, houve um dia até nevou, um dia que caiu uns flocos de neve. Nossa, eu dizia: - Eu quero ir embora não quero ficar aqui não!” (E17)

- “(...) e também o que me deixou um pouco confusa foi o fuso horário, e pronto mais o frio, (...)” (E19)

### 2.3.1.3 – Alimentação

A diferença na alimentação também é referida como uma contrariedade no processo de adaptação ao país de acolhimento.

- *“Ah! Uma coisa que estranhei bastante aqui foi a alimentação, o feijão não consegui acostumar de jeito nenhum, feijão o gosto é bem diferente.”* (E17)

- *“(…) e a comida também. A comida, isso foi difícil para me acostumar.”* (E19)

### 2.3.1.4 – Isolamento

Um grande número de sujeitos indicou o isolamento vivido no país de acolhimento como uma dificuldade sentida. Este isolamento é, não só referido, pela falta de amigos no início e a ausência da família, como também, é citado pelas entrevistadas angolanas, que o próprio ambiente é demasiado silencioso, reportando-se à forma de estar e de se relacionar dos portugueses, considerando-os um povo isolado, pouco interativo uns com os outros.

- *“Foi, foi estranho, o deixarmos o ... pronto tudo o que tínhamos lá ... e... e virmos para cá, não conhecia ninguém, em termos de colegas de escola, pronto tudo isso foi complicado, a adaptação é sempre complicado.”* (E9)

- *“Fiquei aqui um bom tempo, pelo menos uns cinco, seis meses sem conhecer ninguém, também quase não saía né.”* (E11)

- *“Aqui cada um na sua casa, sem barulho sem nada, em Angola, há muita confusão (risos), em Angola tem muita confusão e os vizinhos são assim muito próximos, vizinho é praticamente família, é tudo assim muito ligado, a pessoa às vezes não tem assim alguma coisa corre logo pra vizinha, já aqui não, se tiver como não, cada um está na sua casa. Em Angola as ruas são muito cheias, muito barulho mesmo, assim criança a brincar por aí, pular, mais velhos a passar, há muita confusão. Já aqui podem viver no mesmo prédio, às vezes nem bem se conhecem. E lá não, de ponta pra ponta conhecem-se todos. Às vezes a pessoa sente a falta disso, daquele barulho, embora que às vezes aborrece, mas às vezes que faz bem também.”* (E13)

- *“(…) aí eu estava grávida e grávida choram na mesma, e eu queria ir embora mesmo, nada do que estava fazendo que eu gostasse aqui não. Chorava, quero ver minha mãe, quero ver meu pai, J. dizia que eu estava agarrada no umbigo da minha mãe. Lá a gente lá no Brasil pode contar com todo o mundo, que é que eu te falei, eu não tenho nenhum familiar meu, fico aqui sozinha e chorava... Nem um meu, aí eu falava eu*

*quero ir embora, você tem familiares e eu não, Inglaterra é diferente tinha minhas primas, aqui não. A tia do J. mora aqui em baixo, ainda não morava aqui então sentia-me muito sozinha, ficava a maior parte do tempo sozinha (...)*” (E17)

- *“Não tinha amigos (...) Porque o contacto que eu tinha era mais assim com brasileiros mas também não era todos, mas era um bocado também complicado Não, daquela época não ficaram amigos. Eu morei na Ericeira e também nunca mais voltei lá, ficaram as lembranças, mas eu nunca mais quis lá voltar.”* (E18)

Sujeitos brasileiros também apontam a forma de ser e de estar dos portugueses como um aspecto estranho e dificultador na sua adaptação:

- *“(...) depois a cultura também é diferente, a maneira de ser das pessoas é diferente e eu até saber lidar com isso foi um pouco difícil. E sentia muitas saudades da minha terra, é tudo muito estranho, mas aí com o tempo a gente vai habituando né. Hoje em dia acho tudo normal (risos).”* (E8)

#### 2.3.1.5 – Saudade

A saudade dos entes queridos é referida por muitas entrevistadas como um sentimento que leva a uma situação difícil, particularmente as oriundas do Brasil e de Angola. A saudade de filhos que deixaram no seu país, é outra situação específica referenciada por duas participantes da amostra. A família é muitas vezes a âncora onde o indivíduo encontra segurança. Num processo migratório, *“A família separa-se da vida comunitária tradicional, reduz-se a uma família nuclear, a qual deverá assegurar sozinha as responsabilidades partilhadas até aqui pela família alargada ou mesmo pela comunidade. A perda dos laços comunitários e familiares significa a perda da protecção física e psicológica. O indivíduo tal como o grupo familiar têm de fazer face sozinhos ao choque cultural e ambiental, aos esforços de adaptação ao país de acolhimento, ao novo meio, ao trabalho de luto relativo ao país de origem.”* (Ramos, p. 56, 2008). Este sentimento de saudade de familiares e amigos, é relevado nas citações seguintes expressas pelas participantes:

- *“(...) vir para cá foi muito difícil porque eu sou muito apegada à minha família e principalmente à minha mãe, e ainda até hoje está a ser muito difícil.”* (E7)

- “Foi, sofri um pouquinho, não foi nada fácil, acho que todo o mundo que emigra não é fácil né, e eu sofri um pouco. (...) Mais, é a saudade da família em primeiro lugar, quem é assim muito ligado à família, eu que nunca morei fora de casa, sempre morei em casa com mãe e com pai. (...)” (E8)

- “É, difícil demais para mim. Sim, estão com a minha mãe os dois, é porque é a preocupação. Da outra vez deixei lá, e agora outra vez. Até é muito complicado vir com crianças e é, é muito custo. É dinheiro demais para a gente os trazer para cá.” (E10)

- “(...) mais difícil mesmo era a saudade da família, dos amigos e só.” (E11)

- “Ah, foi, foi, um ano e três meses, passava, fogo nem quero lembrar, estava a chorar sempre, estava a telefonar, estava a mandar dinheiro para ela pra comprar a minha mãe coisas para ela, mas mesmo assim... e lá na Roménia não sei, há dois... quanto (hesitação), dois milhões... há vinte e três milhões de pessoas lá na Roménia, toda a gente, mas há dois milhões de pessoas que saíram lá e deixaram filhos, (...)” (E12)

- “Olha, em primeiro lugar senti muitas saudades da minha família, (...)” (E19)

#### 2.3.1.6 – Trabalhos esforçados ou de menor diferenciação

Algumas das entrevistadas indicaram como contrariedade inicial, o trabalho que executavam em Portugal. Constata-se que os elementos que o referiram, ou tinham qualificação superior ao trabalho executado, ou tinham tido empregos no país de origem que consideravam superiores ao nível de status do efectuado em Portugal.

- “Foi difícil, eu olhei para mim e disse mas eu não sei fazer nada cá, o que é que eu vou fazer? Trabalhos aqui que eu não sei fazer e não sabia. Esse trabalho não me agrada nada, aliás eu não quis ficar cá, vir passear tudo bem, eu não quis ficar cá, depois porque eu não sabia, é isso, eu não conhecia os trabalhos.” (E14)

- “Às vezes, (...) sinto que estou a trabalhar nas limpezas que é mais em baixo e lá tinha um emprego bom sendo licenciada, e às vezes sinto saudades de trabalhar assim numa coisa que eu gostava, mas de resto não, (...)” (E16)

Outra situação verificada por um dos elementos que o menciona, passa pelo nível de vida elevado que o mesmo viveu durante a sua infância e adolescência, no seu país de origem, não se achando minimamente preparada para fazer certos trabalhos esforçados:

- *“Na altura eu queria ir para o pé do meu irmão, aquilo era um trabalho muito duro, com dezanove anos, nunca trabalhei lá, era uma menina mimada e no fim quando vim para cá levei um choque. Fartei-me de chorar meio ano, sábado e domingo o meu pai mandava-me para a vinha para apanhar uvas, foi mesmo por à chuva e pôr ao sol, vieste para cá trabalhar, trabalha. Foi mesmo duro, (...) era horrível (...) eu também era para me pitar daqui que eu já não aguentava mais, sinceramente eu já não aguentava mais ver as pessoas de cá, estava tão revoltada, porque é que eu tinha que vir cá, fazia-me montes de perguntas, porque é que sou eu que tenho que passar por isto, (...) já tinha um dinheirito assim de lado, queria ir mesmo embora.” (E6)*

### 2.3.1.7 – Relações interpessoais de risco

É indicado por um dos sujeitos o envolvimento íntimo com uma pessoa pouco idónea. Este facto é contextualizado, no único sujeito que tem uma rede de acolhimento deficiente em Portugal:

- *“(...) nunca tinha namorado com um português, e no rapaz que tive antes dele, eu passei muito mal porque ele era traficante. (...) A minha vida era do trabalho para casa, de casa para a igreja, eu estava sempre a chorar. As minhas amigas ligavam para mim e eu sempre a chorar, e elas me perguntavam porque é que eu não saía, e eu não me abria com ninguém, porque ele me disse que se eu contasse a alguém ele não sabia o que me fazia. Então eu não falava com ninguém, não podia desabafar com ninguém (...).” (E3)*

Também é feita alusão à deslealdade por parte de colegas de trabalho, até mesmo com pares da mesma nacionalidade, assim como a redes de acolhimento deficientes e com comportamentos inadequados, como relatam as seguintes citações:

- *“Porque aqui na altura quando ele veio também foi uma altura má, moravam no Sobral, havia máfia lá, andavam sempre a tirar dinheiro, a minha mãe chegou a ser assaltada em casa antes de eu vir, e pronto eles na altura não podiam abrir a boca e pronto foi um desabafo, não sei se foi bem um desabafo porque eu na altura não tive cá, mas havia lá uma mulher que fazia só conflitos para depois o marido dela andar a apanhar dinheiro, e na altura entraram em casa deles foi uns meses antes de eu chegar, e pediram na altura quinhentos euros de cada cabeça, lá naquela zona havia muitas mortes e a minha mãe com medo pagou, e no dia que eles foram assaltados ela mandou-me a mim o dinheiro, o ordenado todo deles para pagar o avião, o visto e aquilo tudo. Tiveram que ir pedir dinheiro emprestado ao patrão, inventaram uma mentira para não...pronto não podiam abrir a boca e depois eu quando cheguei, cheguei em Abril ou Maio e com sorte lá conseguiram apanhá-los todos.” (E6)*

- “(...) quando eu cheguei aqui eu me surpreendi muito, porque por exemplo, aqui nos trabalhos os colega brasileiros não ajudam tanto a gente como os portugueses, então aqui os brasileiros às vezes são muito falsos, e aqueles que às vezes tratam a gente melhor são os piores, (...) e então aí eu aprendi muito a lidar com os meus próprios colegas mesmo os brasileiros, porque eles gostam muito de furar nos outros e de se dar bem é raramente.” (E7)

Em outra vertente é anunciado por sujeitos de origem brasileira a desonestidade por vezes do patronato, ao não pagar aos funcionários, como já foi descrito anteriormente (pág. 151).

### 2.3.1.8 – Burocracia

A dificuldade na aquisição de documentos é sentida por alguns elementos, nomeadamente pelo sujeito que tinha inicialmente uma rede de acolhimento muito reduzida ou inexistente. Por outro lado, em dois casos temos a referência, à dificuldade de obtenção de documentos na embaixada do seu país, bem como na entrada em Portugal.

- “(...) aqui era difícil com os papéis, mas depois foi tudo bem... casámos.” (E2)

- “Quando nós chegámos aqui, era o lema do contribuinte para se tirar, e não se conseguia tirar o contribuinte (...). Ligava e tal, chegava nos anúncios até o destino, e eles: Ah, tem contribuinte? Não tem. Ah, então se não tem contribuinte não podemos dar o emprego, (...) ia nas finanças, não tinha contrato, não se tira contribuinte, é um, joga pelo outro pronto. (...) conheci um brasileiro que me levou até este, e pediu, trinta contos para mim, porque tinha me indicado este, e depois mais cinquenta porque assinei para tirar o contribuinte (...) Meu contribuinte ficou caro, (...), mas consegui”. (E3)

- “Chegada aqui muito difícil antes (...), precisava pagar muito dinheiro na nossa fronteira para poder sair, por causa que eu podia sair, mas precisava de ficar cá só três meses, (...). E se ficas mais de três meses, eu a primeira vez quando fui, levei multa, por causa, eu cheguei cá sem a minha menina, (...) depois ficar aqui a trabalhar um ano e três meses (...) fui lá pra levar menina pra cá, e agora podemos passar aqui sem problemas, nem precisa mais passaporte, só bilhete de identidade.” (E12)

### 2.3.1.9 – Dificuldade em conseguir emprego/ Dificuldades económicas

Alguns entrevistados citam como contratempo inicial não conseguirem trabalho de imediato, levando à escassez das suas economias.

- *“Mas eu passei um pouco, um bocado mal pedaço aqui, (...) Foi muito mau, um mau pedaço aqui, muito, muito, muito. (...) fiquei vinte e dois dias sem arranjar o primeiro trabalho. (...) Olha quando chegou os vinte e dois dias que eu não tinha arranjado o meu trabalho e vi o meu dinheiro diminuindo, diminuindo e nada de conseguir trabalho, eu comecei a entrar em desespero (...).” (E3)*

- *“(...) e como ele ficou muito tempo desempregado também não conseguia acartar com as despesas aqui, e no Brasil também porque não estava trabalhando (...).” (E7)*

Na época em que foram entrevistados os sujeitos, alguns também referiram a dificuldade sentida na altura, em conseguir emprego.

- *“(...) pra mim que... está difícil porque eu queria ir trabalhar como ama pra ficar com o G., aí é difícil arranjar criança em Alenquer, é mais difícil. Minha irmã mesmo está procurando trabalho aqui na Alenquer é mais difícil.” (E17)*

Existe outro sujeito que, faz alusão também a ausência de dinheiro, contudo, este tem uma rede de acolhimento formal que lhe dá alimentação e alojamento. O mesmo, tem laços de parentesco em Portugal, porém no início, a presença do sujeito em terras portuguesas era desconhecida pelos mesmos.

- *“(...) é assim foi um bocadinho difícil porque eu estava acostumada e depois na pensão davam as refeições todas, davam tudo, e também não tinha dinheiro nem um dinheirinho também não,... por isso foi muito difícil. Às vezes a comida que davam lá, às vezes não era do agrado, tinhas que conformar essa coisa toda.” (E15)*

### 2.3.1.10 – Alojamento conjunto com pessoas desconhecidas/ Confronto cultural

Três sujeitos brasileiros referiram um certo “mal-estar” na partilha do domicílio com pessoas desconhecidas.

- *“(...) depois cheguei nessa outra casa e tinha ucranianos, romenos, uma grande bagunça, e aí fui mudando até me adaptar, até me adaptar a morar numa casa sozinha, e já estava a trabalhar, pronto ganhava, ganhava muito melhor, aluguei uma casa sozinha, e fui morar sozinha.” (E3)*

- “Foi, foi muito difícil porque eles moravam num apartamento pequeno. Eram mais ou menos nove pessoas num apartamento que só tinha um quarto, e eram muitas camas pela casa fora, (...)” (E7)

- “(...) nós rapidamente fomos morar sozinhos porque a maioria dos brasileiros que vêm para cá morar, moram junto todos (...) Nós fomos morar sozinhos, então foi bem fácil, porque morar com os outros se estamos um dia tristes todo o mundo tem que aguentar os defeitos do outro que a gente nem conhece, então tem que confiar na pessoa que a gente nunca viu na vida (...)” (E17)

#### 2.3.1.11 – Emprego precário

É citado por muitos dos sujeitos a precariedade dos empregos que eles adquiriam ou os seus companheiros, sendo a sua maioria trabalhos temporários.

- “Depois, o pai dele teve uma trombose e ele já não o via há 5 anos, teve que ir para lá. Ele como trabalhava um trabalho temporário, quando foi para lá perdeu o trabalho e pronto.” (E2)

- “(...) aí depois, o meu patrão descobriu que eu estava grávida e me mandou embora. Aí depois disso, eu não consegui mais (...)” (E7)

- “Eu descobri que estava grávida e comecei a passar muito mal, porque tive uma gravidez complicada não é, e aí fui mandada embora. Fiquei até hoje sem trabalhar.” (E10)

#### 2.3.1.12 – Comportamentos discriminativos

Muito embora não sendo denotada por muitas entrevistadas qualquer discriminação, alguns elementos dos três grupos – Palops, Brasileiros e da Europa de Leste, sentiram por vezes comportamentos discriminativos, por parte da população do país de acolhimento.

- “Mas ainda não fui, ele já foi comigo.... E com ele ainda nunca convidaram para ir a nenhuma festa. (...) a filha dele, ela agora vem mais por causa do M., mas dantes não, (...) - Ah... (expressão não verbal de que os sogros portugueses não a aceitam,)” (E1)

- “(...) estava ela a dizer: Olha vocês são emigrantes, chegam aqui e têm mais direito do que a gente.” (E3)

- “(...) e as raparigas então. Ih! Mal me viram aqui, continuam ainda a olhar assim... consegue-se ver nos olhos, aquela coisa (...)” (E6)

- “(silêncio) Assim..., muito não, muito não, aquela coisa assim mínima. Os portugueses não sei se é normal isso ou não, (risos), não sei se é próprio dos portugueses mas eu vejo que são assim meio tímidos, não estão assim muito à vontade com os africanos, algo assim de diferente, principalmente nos empregos, eu nunca trabalhei desde que estou cá, mas amigas às vezes reclamam muito, que os patrões portugueses são muito, são maus mesmo, racistas, Só que ainda nunca trabalhei, não vivi essa realidade.” (E13)

- “(...) se calhar que às vezes, os portugueses também sua maneira não se dá com estrangeiros.” (E16)

- “Foi a convivência assim com essa sociedade sabe, porque é bem diferente de lá. Pronto a gente veio para cá, e há poucos brasileiros, dantes a gente entrava num café, agora já não, mas a gente entrava num café e as pessoas iam logo para um canto. Sentia, e era sempre. Por exemplo quando eu fui trabalhar, o patrão estava sempre a humilhar, está a ver, em frente às outras pessoas e não gostei. Eu trabalhei muito tempo na Ericeira, e até hoje eu não gosto de lembrar da humilhação que levei, só não me falava assim na cara, mas o resto de humilhação assim verbal era sempre, mas agora não, agora estou...” (E18)

- “(...) lá em Castelo Branco, pronto as pessoas de lá eram pessoas de aldeias. (...) a gente morava no primeiro andar, debaixo de um restaurante. A senhora não sei se foi discriminação ou não, mas ela estava precisando de uma pessoa para trabalhar, e depois que ela me viu, não sei porquê de repente já não estava precisando mais. (...) quando eu andava com o meu marido na rua e assim, tinha pessoas assim já bem de idade, que ficavam assim numa maneira me olhando.” (E19)

Para além, da importância de perceber qual o nível de integração e a forma de adaptação da população imigrante, não é de somenos interesse investigar a sociedade de acolhimento para comportamentos xenófobos, discriminativos e preconceituosos, os quais podem conduzir a problemas de saúde mental e física, como nos alerta Ramos (2008) citando Burke (1984). O racismo em Portugal a nível de atitude parece que assume formas não tradicionais de racismo, os portugueses “*não integram identitariamente a ideia de poderem ser vistos genericamente como racistas, considerando o racismo um fenómeno excepcional de alguns outros e não seu*” (Rosa et al., 2002, p. 287). Esta noção também é confirmada por Garcia-Marques (1999), ao afirmar que, apesar do resultado das sondagens aparentar um decréscimo de atitudes e crenças claramente racistas por parte dos portugueses, têm vindo paralelamente a serem identificadas formas de racismo mais subtis, as pessoas preferem camuflar as suas

genuínas atitudes e crenças face a outras etnias e raças. Também se advoga que, em virtude da constância expressa de valores sócio democráticos, estes levam paradoxalmente à coexistência de valores opostos, de racismo e de discriminação, ao invés do seu desaparecimento (ibidem, 1999).

### **2.3.2– Factores de protecção**

A resiliência dos sujeitos entrevistados ancora-se no equilíbrio entre os factores de risco vivenciados, ou seja situações de stress, de ansiedade, e os factores de protecção que os escudam, quer sejam factores internos, íntisecos à própria pessoa, como externos, que interagem com a pessoa.

#### 2.3.2.1 – Factores de protecção internos

Observaram-se situações com as entrevistadas, que denotam factores de protecção internos, como seja a capacidade de resolução de problemas por situações adversas experienciadas anteriormente, onde utilizaram estratégias de coping, trazendo-lhes ensinamento e experiência para situações futuras. É exemplo disso, a seguinte citação:

- “(...) vim de África pronto para Europa, tive uma adaptação mesmo bem porque a vida é difícil lá.” (E4)

A fé, é um elemento preponderante, como factor protector interno de um grande número de sujeitos da amostra:

- “Ai com Deus fica um pouco difícil mas sem Deus nossa senhora! É bem pior.” (E17)

O espírito aventureiro e independente que muitas entrevistadas demonstraram, vindas sozinhas “à luta”, para um país desconhecido, é por si só, um factor protector. De entre os factores internos observa-se também o espírito comunicativo, extrovertido de algumas entrevistadas, a facilidade em travar conhecimentos, observando-se esta qualidade mais nos elementos brasileiros.

- “(...) fui para o outro para ver se arranjava alguém diferente para eu dançar, para arranjar um namorado (...).” (E3)

- “Mais amizades, pronto e depois eu via uma pessoa na paragem do autocarro, via que era brasileiro, chegava perto, falava, para fazer contacto pronto, foi assim olha até hoje. Graças a Deus tenho muitos amigos.” (E3)

Uma boa auto-estima, também é notada em alguns elementos, ao sentirem-se amadas, ao sentirem-se bonitas:

- “Pronto agora vai a barriguinha ao sítio para pôr uma mini-saia, usar saias, vestidos curtos que ele adora.” (E6)

As competências cognitivas da pessoa, também são um factor de protecção interno:

- “(...) aprendi ali no parque de campismo, onde há mais gente. Trabalhei lá 2 meses e depois fomos para Almada, trabalhava sempre com portugueses, fui obrigada mesmo a aprender. Mas foi fácil, (...)” (E2)

- “A língua não foi muito difícil, porque lá como passa na televisão muita telenovela mexicana e fala espanhol, eu já sabia um pouco de espanhol e como um pouco é parecido, bem não muito, mas...” (E16)

#### 2.3.2.2 - Factores de protecção externos

Existem também factores de protecção externos à pessoa, que são fulcrais na sua resiliência. Estes factores passam pelo suporte social informal, onde se incluem a família, os amigos, os vizinhos, os grupos religiosos, que proporcionam apoio aos sujeitos do estudo. Não é referido por nenhuma entrevistada a participação em nenhuma associação comunitária que não seja de ordem religiosa. Apenas um elemento guineense faz referência a uma associação de elementos guineenses, da qual sua mãe faz parte. O outro pólo de apoio das participantes da amostra inscreve-se no suporte social formal, onde se compreendem os técnicos e os serviços, tais como, as instituições de saúde, as instituições bancárias, instituições educativas, assistência social, etc..

### 2.3.2.2.1 – Amigos/Vizinhos

Na globalidade, todas as entrevistadas têm pelo menos um amigo ou conhecido com quem privam ou procuram apoio emocional. No entanto, é citado por muitas entrevistadas a desilusão que tiveram com algumas amizades, referindo-se então mais, a pessoas conhecidas e restringindo a muito poucos, a palavra amigo. Realça-se o testemunho de E6, que em virtude de referir não ter amigos por já ter sofrido várias decepções, durante a entrevista, fala de assuntos de grande intimidade com o investigador, parecendo haver necessidade de ter alguém a quem comunicar as suas ideias, os seus problemas, alguém que a escute.

- *“Eu falo muito não é, mas olha como não tenho amigas, falo com estranhos, falo para as paredes, muitas vezes falo sozinha. (...) tinha duas, uma da Ucrânia, uma da Moldávia, o meu S. abriu-me os olhos, tu és parva, (...)”* (E6)

- *“(…), já tínhamos amigos, a gente já tinha cá amigos que nos receberam (...). São mais brasileiros. Eu estou meia fechada aqui dos portugueses, e então a maioria dos amigos são brasileiros. Amiga, amiga portuguesa eu não tenho, eu diria que tenho colega, colega de igreja. Tem outras pessoas também bacanas mas a ponto de chamar de amigos não. Sim amigos brasileiros sim, poucos, porque amigos é uma coisa muito restrita, e é assim, eu já me decepcionei muito aqui (...)”* (E7)

Em três declarações das participantes na investigação, afirmam ter um número restrito de amigos, devido às suas formas de estar e de ser, introvertidas. Afere-se também que, os homens são apontados como mais comunicativos e com maior facilidade em fazer amizades, sendo muitas vezes os amigos do seu marido, os seus também.

- *“A maioria dos amigos é brasileiro. Às vezes, os amigos do meu esposo vêm muito aqui em casa pra jogar às cartas, vêm quase todos os fins-de-semana, raro o fim-de-semana que não vêm, mas eu não, os meus amigos são os amigos dele, dou-me com as pessoas que ele conhece.”* (E11)

- *“Ele é uma pessoa muito comunicativa com todos, fala com todos, aqui no café é conhecido eu já não. Não, eu não falo com qualquer pessoa, quer dizer não desfaço as pessoas, quem se aproximar a mim eu... (...) mas não sou assim de muita simpatia, quer dizer eu não tomo a iniciativa (...) relaciono-me bem com uma senhora daqui, onde está a minha filhota agora, prontos (...)”* (E14)

- *“É mais angolanos porque eu também não sou muito de amizades, eu fico mais em casa, só quando vou a reuniões ou assim, (...) mas agora que já foi anunciado lá que eu estou de castigo, agora já não tenho mais ido, mas tenho muitos irmãos, irmãos que sempre me apoiaram, e tenho também essa vizinha que tem um filho de quatro meses,*

*ela é... o marido é angolano e tem dois filhos, ela vive aqui, dou-me bem com ela (...)  
Tenho uma vizinha aqui que quando eu estava hospitalizada, quando eu fui dar à luz,  
também me apoiou muito, uma portuguesa, tudo muito bem, as minhas vizinhas aqui  
também são muita porreiras.” (E15)*

*- “(...) é porque eu fui criada lá e então a minha família não é muito de deixar ter  
muita amizade, e então eu sou mais de estar assim no meu canto, mas tenho algumas  
amizades, mas eu não sou muito de conviver assim com amigos, com um grupo de  
amigos, não. (...)” (E18)*

Outro ponto a focar, é o facto de se encontrar de um modo geral, salvo algumas excepções, uma tendência nos três grupos para terem amigos da mesma nacionalidade, e quando se referem a amigos portugueses, são-no mais conhecidos, não privando na generalidade com estes, e por vezes considerarem-nos amigos, porque em algum momento, estes tiveram uma atitude solidária.

*- “Na fábrica conheci uma ou duas raparigas foram simpáticas comigo, são  
portuguesas, apoiaram-me muito durante esse tempo.” (E1)*

*- “Foi um bocado, sempre custa um bocado, mas comecei aqui também a fazer amigos.  
Temos casais moldávios de onde morávamos em Almada. Lá não morávamos sozinhos,  
fomos viver para quartos, (...) E agora só tenho mesmo uma amiga da terra que  
também mora lá em Almada, lá não havia mais da minha terra, (...) Tenho uma amiga  
portuguesa que me ajudou muito quando tive o M. lá em Almada, ela era a cozinheira,  
foi quando nos casámos foi ela a testemunha, ela e o patrão.” (E2)*

*- “(...) Fui morar numa pensão de um senhor que tem muito intimidade comigo, que  
hoje me considera como filha dele (...).” (E3)*

*- “Brasileiros. Tenho, tenho. Por exemplo no Algarve eu tenho bastantes. É, lá é que eu  
tenho mais, porque fiquei mais tempo lá. Aqui quando eu cheguei, eu quase não saí de  
casa por causa da gravidez, por isso aqui quase não fiz nenhuns amigos, não. Mas  
tenho.” (E10)*

*- “(...) muitos do meu sítio da Roménia, Filiasi muitos estão cá agora e por isso eu  
estava a conhecer antes, estava a conhecer e também conhecer cá muitos. Não foi  
difícil de arranjar. Também temos amigos portugueses, também temos da outra  
nacionalidade, da Moldávia, por causa que Moldávia fala mesmo língua como nós na  
Roménia e também estava, temos, sim e temos portuguesas, também onde trabalhei com  
restaurante, fiquei amiga com minha patroa, mais com minha cozinheira chefe, (...) e  
também estava a falar com ela sempre, quando fui lá na Roménia pra buscar a minha  
filha ela estava a telefonar pra mim (...)” (E12)*

*- “Muitos, de Luanda, muitos, muitos. São mais angolanos, portuguesas é poucos,  
poucos mesmo. É angolanos, tem outros, africanos, da Guiné, São Tomé.” (E13)*

- “(...) somos um grupo de amigos. - Romanos, portugueses não. Não sei, nunca tentámos assim, (...)” (E16)

- “Com portugueses tenho poucos, mas alguns, tenho alguns vizinhos aqui do prédio e aqui do lado, e pronto.” (E19)

- “Ah..., por exemplo meu marido tem mais amigos portugueses com ele, porque ele também muito conhecer gente porque trabalha motorista ele fala com... Seis anos, e ele muito, muito espaço de Portugal e ele muito conhece gente e sempre com muitos portugueses, ele tem mais amigos portugueses eu não, ah...só poucos, dois, três. Não, na nossa casa portugueses não. Ucrrianos sim. Sim, sim, quando nasceu menina nós fizemos festa de casa e ...é assim, um amigo é brasileiro, porque uma ucraniana mora com um brasileiro, (...)” (E20)

Todavia, é de realçar no caso do sujeito da amostra, que se encontra há mais tempo a residir em Portugal (há 23 anos), os amigos que refere, serem todos portugueses, justificando para tal, o facto de terem vindo muito jovens para Portugal.

- “Sim a maior parte dos amigos são portugueses, porque depois acaba-se por perder muita coisa de lá, como viemos pequeninos não é e pronto começamos a ter outras amizades (risos)” (E9)

Ainda há a acrescentar que, muitas amizades das entrevistadas, estão relacionadas com a sua escolha religiosa, ao frequentarem a igreja.

- “Tenho, a maioria é da igreja, lá na igreja a maioria é brasileiro, portugueses são poucos, só uma senhora que mora aqui em baixo portuguesa, tem a médica ela gosta bastante de nós. E amigos que também tenho, é lá em Cascais, amigos do Brasil também.” (E17)

#### 2.3.2.2.2 – Familiares

Sem dúvida que, os familiares são um grande suporte na vida diária de todas as entrevistadas, ajudando nas tarefas quotidianas, como suporte emocional e psicológico, e como elo de contacto com a sociedade portuguesa e com a utilização de serviços e muitas vezes até, como recurso económico, em suma, colaborando numa boa adaptação ao país de acolhimento.

- “A minha irmã vive no Carregado, onde eu vivia e o meu irmão está na Amadora (...) não tinha dificuldades económicas, porque os meus irmãos pagavam os estudos, (...)” (E1)

- “Tenho cá uma prima, só. Mora em Lisboa. Damo-nos muito bem, às vezes eu vou pra lá, às vezes ela vem pra cá.” (E13)

- “Vive cá o irmão do meu marido, que é casado. Damo-nos muito bem, antes de ontem teve cá a buscar o miúdo para ir à praia, talvez amanhã vão mais.” (E15)

- “(...) quando vim cá o meu marido já sabia falar, ajudou um pouco e pronto.” (E16)

- “A A. ela veio antes de ter o G. foi em Abril, veio pra ajudar a olhar pelo G., (...). A minha irmã mora comigo (...).” (E17)

- “Foi bastante, dá segurança a gente não conhecia nada, então é, sempre dá uma força para a gente em tudo, dão maior força pra gente em tudo.” (E17)

O investigador apercebe-se que, alguns entrevistados procuram apoio mesmo nos familiares que estão distantes, através dos meios de comunicação que utilizam frequentemente, o telefone e o computador.

- “(...) todas as semanas eu ligo duas vezes, uma no início e outra no fim da semana (...)” (E3)

- “Olha eu estou chorando por duas coisas, primeiro não arranjei trabalho ainda, depois achava já que vocês, ninguém ia ligar. E ela virou-se e disse assim: Não se preocupa não, o que precisar vai buscar, se precisar de dinheiro arranja alguma maneira de eu enviar dinheiro para a tua conta, não vais desistir não. Se você ficar aí você vai conseguir, vai lutar e vai vencer e vai ficar aí.” (E3)

Apenas uma entrevistada se referiu à família de sangue, de uma forma depreciativa, no entanto adoptou buscar apoio na família do marido.

- “(...) eu tive muito tempo com a minha família, e na minha família é assim, cada um por si, ninguém quer saber de ninguém. Mesmo lá no Brasil. (...) E aqui tenho contacto com a família do meu marido que é a família que eu tenho. (...) É e a tia dele, a prima dele são pessoas que pronto que frequento a casa deles, frequento muito.” (E18)

### 2.3.2.2.3– Grupos religiosos

A religião na vida das entrevistadas é fundamental. É aqui que muitas encontram força, para fazer face às adversidades da vida. É um suporte social capital.

Constata-se que, das oito mulheres entrevistadas provenientes do Brasil, seis têm como crença religiosa a religião evangélica, todas frequentam assiduamente a igreja evangélica, à excepção de um elemento que refere não ter tempo, actualmente.

- “(...) eu vou mais assim na sexta, na quarta e no domingo, (...) ele vai mais no domingo, porque ele chega aqui muito tarde. (...) É assim lá é muito bom porque é o facto de nós podermos ter a revelação, então é assim, e muitas vezes a gente passa muita mensagem, é coisas que Deus quer falar com você, é coisas que vão acontecendo na sua vida, lá é muito bom.” (E7)

- “Vou durante a semana também, inclusive vou amanhã. Amanhã tenho que ir lá. Geralmente eu gosto de ir mais à 4ª e ao Domingo, tem todos os dois mas...” (E10)

As duas restantes participantes brasileiras, seguem a igreja católica, assim como, os dois elementos guineenses e o moçambicano, mas, não vão regularmente à igreja, apesar de dois elementos referirem que o faziam antes de nascerem os filhos.

No que respeita às entrevistadas angolanas, as suas crenças religiosas convergem para a religião reino das testemunhas de Jeová, com apenas um elemento da igreja evangélica.

- “Foi, foi fácil. Foi muito fácil nos adaptarmos porque é assim, como testemunha de Jeová, normalmente quando a gente sai de um país para outro, encontramos sempre irmãos que fazem parte da mesma religião e tentam sempre ajudar na adaptação, naquilo que precisamos. Eles ajudam-nos muito.” (E5)

- “Não, não é fácil mas tem que ser, tem que se levar a vida para a frente. Já estive pior com a depressão, tive que sair de casa, e fui a casa de uma irmã que também já tem filhos, e pronto para eu descansar um bocadinho, lá ficava com a menina.” (E5)

- “(...) mudei-me, estou, pronto é o mesmo pastor, mas fui para o Porto Alto, sempre com esta amiga, esta nova que eu tento sempre ir ao Centro Cristão e prontos fui, é mesmo, prontos é do género da igreja de Assembleia de Deus. (...) o meu marido também (...) então estamos no mesmo barco e remamos na maré alta e eu desde que tive a M. eu comecei a frequentar grupos familiares, só tenho ido à igreja mesmo a reuniões às sextas-feiras à noite e temos aos domingos de manhã.” (E14)

- “(...) nós somos testemunhas de Jeová (...). Sim de vez em quando frequento, aqui mesmo na minha rua, ainda ontem, há aqui um salão do reino, (...)” (E15)

Todos os elementos da Europa de Leste identificam-se com a igreja ortodoxa, contudo não a frequentam assiduamente, embora todas as entrevistadas já tenham ido à igreja, após o nascimento dos filhos.

Verifica-se ainda que três sujeitos no seu país de origem, frequentavam a igreja católica, e aqui no país de acolhimento converteram-se a outras igrejas, nomeadamente à igreja evangélica e ao reino de testemunhas de Jeová.

- “(...) olha vamos tentar na igreja evangélica, diz que é muito bom, que não sei o quê, aí fomos, e muita coisa mudou em nossas vidas e continuamos lá até hoje. A gente se sente bem lá, estamos lá. Sim vamos sempre em cultos e tudo.” (E8)

- “Mas cá tenho frequentado testemunha de Jeová” (E13)

## **2.4 - Representações e Características Culturais do País de Origem**

Cada país tem as suas características culturais. Neste sub capítulo, abordaremos alguns aspectos da cultura do país de cada entrevistada, descritos e vistos segundo a opinião, percepção e vivência de cada uma delas. Isto permitir-nos-á situar e contextualizar, percebendo assim, de uma forma mais ampla e profunda a aculturação das participantes no país de acolhimento, no que diz respeito ao cerne da nossa questão, o processo da maternidade.

### **2.4.1– Sentimentos em relação ao país de origem**

Na globalidade, os sujeitos do estudo, vivem numa ambivalência de sentimentos em relação ao país de origem e país de acolhimento. Reconhecendo algumas situações nefastas no seu país, não deixam de sentir um certo saudosismo e patriotismo. Contudo, a entrevistada E9 de Moçambique, não verbalizou sentimentos nem negativos nem positivos, transcorridos vinte e três anos, parece haver pouca afinidade com o seu país natal, poucas referências. A entrevistada moçambicana, encontra as suas referências, mais em Portugal, do que no seu país de origem, provavelmente, devido ao facto de ter vindo muito jovem para o país de acolhimento. Demarcando inicialmente, a sua dupla

nacionalidade, também portuguesa, quando se refere ao povo do seu país de origem, não se considera como parte dele, dizendo:

*“Eles faziam (...)” (E9)*

São exemplo da saudade sentida pelas participantes guineenses e angolanas em relação ao seu país de origem, os seguintes testemunhos:

*- “Tenho, tenho muitas saudades do meu país, mesmo, muitas, muitas. Tenho lá avós, tenho lá tias, primos.” (E4)*

*- “Sim, gosto, gosto. Eu gosto mais de lá.” (E5)*

*- “Ah, muitas, (risos) nem imagina quanto. (risos) Muitas, muitas, muitas saudades mesmo. Aqui em Portugal sinto muita falta da família. Depois então quando tive a bebé senti muita falta, muita mesmo. Porque lá tem muita gente pra ajudar a cuidar, aqui tem que se fazer praticamente sozinha, depois é a primeira bebé, ainda tenho pouca experiência, precisava mesmo muito da família.” (E13)*

*- “Muitas saudades de Angola, às vezes quando entro numa tristeza, é só chorar, chorar, choro muito, é chato, o meu filho nem conhece ninguém, ninguém, nem um parente.” (E15)*

Relativamente ao seu país de origem, as participantes, conferem-lhe virtudes, mas também lhe vêem defeitos. São exemplos disso, a identificação pelos três grupos de condições de vida sofríveis, com imensas dificuldades económicas e a par disso a insegurança, e a violência em que se vive.

*- “(...) a casa tem que estar toda trancada com medo, muita violência, assaltam casas lá, fica toda trancada e é muito quente e lá também há muita falta de electricidade e não dá pra ligar a ventoinha, a energia falha muito, às vezes tem, às vezes não (...)” (E5)*

*- “As condições lá são difíceis, e as coisas são muito caras (...) em Portugal é melhor do que no Brasil, porque no Brasil as pessoas ganham pouco e as coisas são muito caras. (...) agora aqui não. Um dia de trabalho aqui dá para você comprar assim do grosso, e dá para você comprar assim quase para a semana inteira, então nisso daí as coisas aqui são muito melhores. Eu acho que se pudesse ajudar a minha família, eu os traria para viverem aqui, porque também é mais tranquilo, tem menos violência, então nisso daqui Portugal é melhor. Se eu pudesse unir as duas qualidades numa só, aí é que ficaria bom.” (E7)*

- “(...) porque causa não há trabalho, não há dinheiro, quem há dinheiro (hesitação), quem não há dinheiro tem que roubar o outro, não sei, e estava a matar na rua. Agora é muito..., agora vi na televisão, drogas na escola, prostituição, assim muitas coisas assim na escola que há, antes não havia assim. Eu estava na escola há quinze anos pra trás mas não era assim, agora as crianças, os alunos não têm vergonha de professores, estão a falar mal com eles.” (E12)

- “(...) agora também há muita violência né, não dá pra andar aí fora de horas,(...)” (E13)

- “A gente lá ainda está ah... com aquela doutrina comunista e a vida é muito mais cara lá e os ordenados são mais baixos que aqui.” (E16)

- “(...) lá na Ucrânia está muito ladrões, muito... e quando tu tens a sua business e todos olhar, olhar assim, oh este homem, esta família tem muito dinheiro, só assim” (E20)

Apenas uma entrevistada da Moldávia, reconhece um ponto de viragem no seu país, com condições de vida a melhorar:

- “As pessoas são pobres mas nunca se vê... Há pessoas que já não dá para esconder... Olhe como eu tenho os meus irmãos, eles estão em empregos bons, agora já subiram o ordenado, (...) Eu aqui nem ganhava tanto como eles ganham lá, agora. (...) Até o ano de 1989 éramos todos unidos – União Soviética, depois isso interrompeu, foi a Independência. A moeda caiu, os meus pais como tinham dinheiro no banco, perderam tudo, (...) como os nossos pais que tinham quatro filhos ficou difícil. E com os empregos, os ordenados já não davam assim, os mesmos ordenados e os preços começaram a subir, a subir, a subir e pronto. Mas agora já estou a ver que começou a rodar.” (E2)

Considerando outra perspectiva, muitas participantes dos países de Leste mencionam também, um momento de mudança nos seus países com a entrada de produtos do ocidente.

- “Não, agora já começam porque é assim, vão coisas, quando dão ajuda, ajudam da América e vão coisas para lá e já agora há de tudo lá.” (E2)

- “(...) que agora começa-se a levar daqui do Ocidente toda a coisa (...)” (E16)

Os sujeitos angolanos, identificam corrupção no seu país, assim como os sujeitos romenos, no entanto com uma conotação ligeiramente diferente. Em Angola a corrupção que se lhe reconhece, é ao nível das oportunidades, as pessoas não são avaliadas pelo que valem, mas pelos conhecimentos influentes que têm, como se demonstra na citação referida na página 145, por E13. Na Roménia a corrupção também

passa por este aspecto, mas, é designada pelas duas entrevistadas com muito mais ênfase, associado a sentimentos de desânimo e até de vergonha. A corrupção é a ordem do dia, o suborno está em todos as vertentes, na Medicina, na Educação, etc. e é requerido tanto pelo funcionário com o cargo hierarquicamente mais baixo até ao mais elevado.

- *“Qualquer lugar de trabalho tem que se pagar, muito, muito dinheiro (...) Tenho mais uma amiga aqui, (...) estava lá professora mas mesmo para um lugar de trabalho, (...) tem que pagar pra dar um exame, pra dar uma... olha há um posto de trabalho e pra este posto de trabalho há muitas pessoas e tens que dar um exame pra ver quem pode...e mesmo assim tens que pagar e mesmo assim ela pagou, pagou, trabalhou aqui três anos, foi lá pagou e mesmo assim não entrou e dinheiro ficou lá, não sei que é isso. Esta coisa não é só na Medicina é em tudo, é corrupção grande mesmo e não passa. Eu tenho medo pra voltar lá pra arranjar um posto de trabalho (...) a saúde mas mesmo assim, não é pagar assim, mesmo que tu tens e... pagas segurança social e não sei quê, assim, um contrato de trabalho pagas, mas não podes “nascer” como eu “nasci” aqui, eu tinha que dar muito dinheiro aos profissionais em envelope assim para cuidar de mim, mas por fora (...) Sempre, mesmo quando entras na porta, a senhora que está na porta, ou o senhor que está na porta tem que dar pra entrar lá, tem que dar tudo, tudo, tudo! E foi assim três anos, quatro anos pra trás eu já disse à minha mãe, (...) – Olha mãe como nasceu A. agora há 13 anos pra trás você lembra como foi mesmo à meia noite e não ajudaram nada e estava a dar dinheiro na mesma à médica, não sei porquê esta corrupção, por essas coisas não estava a deixar a Roménia pra entrar na União Europeia. Agora deixaram, entraram sim, mas tentaram muito tempo, mesmo agora estavam a dizer que não estavam bem com essas coisas. A União Europeia não gostam que a Roménia, e esta corrupção mesmo assim não passa, continuam assim mesmo e sempre estava a dar na televisão, sempre estava a haver coisas.” (E12)*

Por outro lado os sujeitos angolanos identificam o seu povo como caloroso, comunicativo, assim como o povo brasileiro.

- *“(...)...ah... temos relações, relacionamo-nos muito bem com qualquer vizinho, está a perceber, as portas ficam abertas, enfim as pessoas têm aquele à vontade, não sei, não sei, agora não sei se continua assim mas sempre foi assim, não digo todas as casas mas as portas ficam à vontade (...) há um calor humano muito, muito forte.” (E14)*

- *“Eu acho que as pessoas de lá são pessoas muito comunicativas, muito amigáveis, pessoas que gostam de rir e conversar, e botar os problemas para fora, então é assim.” (E19)*

Dos países do Leste Europeu, destaca-se a Ucrânia relativamente aos outros países, considerando-se um povo divertido, em virtude de uma ingestão considerável de álcool por parte das pessoas.

- “(...) *muito diferentes porquê?, Porque cá em Portugal portugueses não bebem, e nós, a gente bebe muito e essa é a diferença. (...) não sabem festejar como nós.*” (E20)

Machado et al. reverbera esta afirmação ao referir que os imigrantes destes países têm hábitos alcoólicos superiores aos dos outros europeus (2006).

Em termos de progresso, os sujeitos africanos identificam o seu país com diferenças abissais relativamente a Portugal. Relativamente ao Brasil e países do Leste da Europa, o progresso existe, mas não está disponível a todas as pessoas, somente às classes mais favorecidas.

- “*No Brasil é assim, aqueles salarizados que ganham pouco, ou pessoas que trabalham (...) que lá no Brasil, (hesitação), aqui, a gente vê muita coisa, vê-se pelos carrinhos que saem, todo o pessoal ganha isso, lá não, lá é muito difícil de apanhar as coisas, então é... mais difícil e lá um pai de família que ganha 400 reais, dá 200 por um carrinho, não, não tem como, não consegue, e lá há muita gente pobre ainda, não consegue, e aqui não, (...) eu casada lá morando de aluguel, depois com 150 euros, aqui dá pra comprar a comida, no Brasil não dá não, lá o máximo que se pode comprar com 150 reais é o arroz, o feijão, açúcar, o grosso mesmo, aqui não, a gente compra iogurte compra fruta, doces, a gente compra, lá não, fica bem difícil, (...)*” (E17)

- “*(...) não há nada de condições, há condições pronto, mas tem que as pagar qualquer coisa, é muito, (...)*” (E12)

- “*(...) por dia, um dia de trabalho, dá mais ou menos para você comprar cinco quilos de arroz, então é muito pouquinho, (...) lá não tem assim ambulância que vai buscar pra casa não (...) tem poucas ruas assim esfaltadas, é areia (...)*” (E13)

#### **2.4.2 – Língua**

O português é a língua mãe dos sujeitos do estudo, salvo, o grupo dos países do Leste da Europa. Nos países africanos estudados, fala-se português mas com algumas variações, coexistindo com outros dialectos. Identificam assim o crioulo, na Guiné e Moçambique e em Angola o quimbundo, o ombundo e o fioti entre outras.

- “*Falamos português (...) Os que têm mais possibilidade andam na escola do estado e já o português é muito diferente. É português, mas é muito difícil, há muitas diferenças, dos que andavam na escola portuguesa mesmo.*” (E1)

- “Várias, dependendo da província, várias línguas, Luanda, a maior parte das pessoas falam português. (...) Já nas outras províncias há o quimbundo, o ombundo, essas línguas. Eu não sei nada. A minha mãe fala um bocadinho do quimbundo, que é outra língua. A minha avó também fala.” (E5)

- “(...) porque a língua foi sempre o português, mesmo lá. Mas os meus pais falavam crioulo. Eu não, não sei.” (E9)

- “(...) em Angola há muitas línguas, depende da província, tem quimbundo, tem ombundo, tem fioti, tem mais outras, não conheço todas. Eu falava português e quimbundo mas não falava assim muito bem, lá na capital, as pessoas não usam muito, usam mais o português. (...) Mas há províncias que as pessoas não sabem falar português ou se falam, falam muito mal, não falam assim bem.” (E13)

- “Falamos português, temos várias línguas, mas nunca nenhuma ainda é oficializada. Eu nasci numa cidade em que se falava o quimbundo, quimbundo é uma língua nacional, como é que se diz, para cada cidade havia... nós lá temos dezassete cidades e há muitas línguas lá. Por exemplo eu em Luanda já falo o quimbundo, o meu marido é da parte sul, eu sou mais para o Norte e então ele já fala outra, a dele já é ombundo. Eu nem quimbundo sei.” (E14)

### 2.4.3 – Alimentação

No que diz respeito à alimentação existem diferenças em relação ao país de acolhimento, contudo, dentro do grupo de países africanos e dentro do grupo de países do Leste da Europa, identificam-se semelhanças, nos produtos alimentares que utilizam.

Assim, o grupo africano, utiliza na sua alimentação o óleo de palma ou óleo de dendén, o amendoim ou gigumba, a mandioca, a farinha de milho. A Guiné fala-nos também do quiabo e baguiche, assim como de outros frutos e raízes como a calabacera, o veludo e a tambarina. Em Angola utilizam também, muito a batata-doce e têm outros frutos, como o loengo.

- “Óleo de palma, manteiga de amendoim, e coisa ... muamba, também. (...) Este é calabaceira, o outro é veludo, pode fazer gelado, pode fazer sumo e pode comer assim com açúcar e ..... (...) é tambarina e às vezes pode pôr num copo com sal e piri-piri ou mete açúcar e come.” (E1)

- “É diferente, por causa de óleo de palma, chabeu e ... (...) tem uma coisa vermelha lá dentro. Óleo de palma e caldo de mancar. E quiabo também e baguiche. É uma palha, juntamos com quiabo e fazemos coiso... uma papa.” (E4)

- “(...) nós lá em Angola comemos funji, é uma espécie de, eu não sei se lhe chamam puré, mas é uma massa que se faz ou com farinha de milho ou com farinha de mandioca. E usamos muito, muitas ervas também, muitas folhas para preparar. Usamos muito óleo de denden. (...) Não sei, aqui chamam outra coisa, mas nós lá chamamos de ginguba.” (E5)

- “É muito diferente, muito mesmo, há muita coisa de lá que cá não tem. O funji é a base de Angola (risos), aqui não há, conhece a farinha de fubá, tem o funji de milho, o funji de bombó, que é a farinha feita de milho, e tem o de bombó, farinha de bombó que é... conhece mandioca? É a mandioca, aquilo como é que fazem, tipo metem assim na água muitos dias, depois fica mole, muitos dias na água, depois metem a secar, quando seca já deixa de ser mandioca passa a ser bombó e depois moem aquilo, fica um pó que é o fubá, fubá de bombó. E faz-se o funji,... é assim, parece papa mas é mais dura. Hum, hum, mais consistente, é só assim água, água a ferver, bombó, deixa a água a ferver depois põe a fubá, com um pau, temos um pau próprio, vai mexendo, depois bate até ficar fininha, bem lisinha e tá. Come-se com molho, assim podes fazer um molho de tomate e com peixe frito ou grelhado ou molho mesmo assim de carne, de frango, é muito bom, muito, muito bom. Conhece óleo de palma? É óleo de denden, feijão de palma com farinha de milho mas é um outro tipo de farinha não tenho cá em casa, come-se com feijão de óleo de palma, com batata-doce servida, salada e feijão. Comemos carne também. De vaca, porco... Peixe também, há muito peixe lá em Angola, muito peixe e muita carne, com o funji, mas também comemos carne grelhada com arroz, estufada também com arroz, massa. Há muita fruta cá que lá não tem, por exemplo, pêsego, morango. Tem uma fruta assim pequenina que nós chamamos loengo que cá não aparece, a manga de cá também é diferente, a de Angola é mais saborosa (risos). Há vários tipos de manga lá e muito boas, muito diferentes mesmo. Qual fruta que mais há lá, a manga..., há um tipo de maçã que cá não aparece, mas maçãs assim pequeninas, ainda há muitas mas não me lembro de outras.” (E13)

- “No sul lá por exemplo usam a farinha de milho e nós é uma espécie de papa e nós no norte já usamos a farinha de mandioca. Olha nós temos a muamba, (...) o tal funji, a tal papa, eu até faço com isso galinha de amendoim, com molho de amendoim (...).” (E14)

- “É, é muito diferente, sim, é o bonfum, não sei se já ouviu falar de bonfum de milho, com molho pode ser de peixe ou de carne ou então às vezes um peixinho assim grelhado com mandioca ou então batata, mas é batata doce, aqui não aparece. (...) o óleo de palma, de denden, (...) o funji (...).” (E15)

Ainda em relação ao grupo africano, as dissemelhanças que encontra o sujeito de nacionalidade moçambicana, convergem para uma alimentação com especificidades hindus, em virtude da sua mãe ser indiana, empregando muitas especiarias, tais como, o caril.

- “Tipo aquelas especiarias que metemos nas carnes, é mais ou menos isso e... (...) caril, ah... coisas assim, porque a minha mãe é indiana.” (E9)

Relativamente ao Brasil, a tónica recai no feijão cariquinho, distinto do português. Outros alimentos empregues são a couve, a abóbora japonesa, inhame, o gilão, o quiabo, e frutos, como a manga, o giló, que são diferentes dos que existem em Portugal. Em cada refeição são sempre confeccionados muitos pratos, implicando um maior gasto de tempo na sua preparação. O feijão, o arroz e a carne são geralmente a base de uma refeição. No estado de Minas a gastronomia é mais à base de carne, utilizando-se pouco o peixe. O consumo de peixe é reservado para épocas sagradas, nomeadamente a semana santa.

- *“Lá usamos muito o feijão no dia-a-dia, (...) não faz um prato só, como aqui. Vai uma visita na minha casa, normalmente você faz um prato sozinho e acompanha com salada ou isso assim, nós não, fazemos muitos pratos, é o arroz porque tem de ser, é o feijão, (...)”* (E3)

- *“(...) o feijão por exemplo. É assim a culinária do Brasil às vezes eu acho que é mais colorida do que a daqui. Uma das coisas que muda muito de lá para aqui é também a área da pastelaria, porque aqui na maioria dos cafés que você vai você vê mais doces, e no Brasil não. No Brasil você encontra a mesma variedade tanto de doces como de salgados.”* (E7)

- *“Na comida, eu acho que a comida daqui é mais saudável, porque lá é muita mistura que a gente tem, aqui por exemplo, até mesmo para fazer eu acho mais prático, por exemplo é só um prato, agora a gente lá não, tem que ser arroz, feijão e mais um monte de coisa, (...)”* (E8)

- *“Feijão, arroz, carne, que no Brasil a gente come muito. Feijão, arroz e carne sempre tem que ser.”* (E10)

- *“Há algumas coisas que a gente lá tem o hábito de comer que aqui a gente não encontra com muita facilidade, aqui vocês não têm, mandioca, inhame, ah,.. deixa ver gilão, quiabo, pronto, legumes, verdura, a couve que é um pouco diferente da nossa, a nossa lá é mais fininha e menos folha, é diferente, é só. (...) Aqui é muito diferente lá mesmo da região onde eu moro, é que vocês comem aqui muito peixe, e lá em Minas Gerais não se come muito peixe não, comer peixe é mesmo na semana santa mesmo, e mais é carne normalmente.”* (E11)

- *“(...) o feijão carioca é pequenininho assim, cariquinho que a gente tem no Brasil pequenininho, (...) as verduras do Brasil também são diferentes daqui, igual a abóbora japonesa é uma abóbora com a casca verde dura (...) então assim nota-se muito diferente, às vezes dá vontade de comer verdura de lá e o quiabo mesmo, (...) a manga, os frutos tropicais mesmo, a papaia que eu gosto demais e que comia todos dias de manhã aqui não sabe a mesma coisa não, então eles devem colocar muito produto para chegar aqui, não tem aquele gosto, o sabor da manga (...), giló ele é maduro um pouco mas é gostoso mas eu não acho aqui, a couve lá é macia a daqui já é mais rija (...) o*

*porco daqui e o do Brasil criado no campo mesmo, o sabor da carne também é bem diferente.” (E17)*

Nos países do Leste Europeu as pessoas comem mais o que criam e plantam, é tudo biológico. Segundo uma entrevistada da Moldávia, o frango é a carne mais utilizada, reservando-se o porco que se cria, para as épocas festivas, Natal e Páscoa. A carne de vitela e o peixe de água salgada são muito caros, o peixe de água doce é o mais acessível à maioria das pessoas. Os frutos que existem são as maçãs, as pêras, os pêssegos, as ameixas, as uvas, todos os outros frutos são importados e de elevado custo. No que concerne à confecção dos alimentos, as sopas nunca são trituradas, ficando os legumes todos inteiros. A Ucrânia aponta um prato típico – borsh.

*- “Lá é outra comida não é a mesma que cá, as sopas cá quase todas fazem-se com, misturam-se as verduras tudo com a varinha mágica, lá não põem-se tudo cortado com a faca, batatas, cenouras tudo isso vai inteiro, sempre leva carne, se não leva carne põem-se beterraba e feijão, aquela sopa tem carne, (...) É mais frangos porque as pessoas criam, carne de porco, não se pode criar todos os dias um porco. Lá é assim, a carne come-se mais no Natal, cria-se o porco, cria-se para cortar no Natal, é assim cortam no Natal e depois outro na Páscoa para ter carne esses dias. Come peixe, o peixe é outro peixe, peixe é de água doce. É carpa, há mais, há mais... Fruta (...) de lá pêssegos, maçãs, uvas, peras, tudo que aguenta o frio. Aqui há mais fruta do que lá, come-se pouco, (...) fruta de fora sempre é mais cara. (...) frutas lá são mais, melhores que de cá, (...) lá é tudo natural não põem químicos e a fruta é mesmo fruta. É as frutas que temos lá no quintal nas árvores, (...) E cá é doce, a fruta toda que como cá é doce, lá não, tem aquele... Pois é melhor. (...) Mesmo os legumes, porque lá tudo é biológico como agora começam a fazer, mas lá foi sempre assim, é sempre assim. Só põem água para crescer a fruta, cresce naturalmente, (...).” (E2)*

*- “(...) aqui muito mais saudável, lá na Roménia há coisas de comida que faz com muita banha de porco, muita gordura, aqui muito mais saudável. (...), lá na Roménia, peixe de lá (...) muito dinheiro. Mais carne sim, carne de porco e carne de frango e vitela, mas vitela e peixe muito dinheiro e não temos. Legumes também comerem lá feijão verde e batatas. Lá na Roménia não há citrinos, não há laranjas, não há limões, há importados mas são muito caros, lá só maçãs (...) mas lá na minha terra sopa não se faz como aqui, grossa não, tudo legumes inteiros mas é mais líquida e eu faço assim, (...)” (E12)*

*- “(...) aqui come-se muita carne, não há refeição que é carne que é peixe, lá come-se menos se calhar porque é mais caro, (...) temos os nossos pratos específicos né como vocês também aqui. É mais aquelas coisas enroladas na couve, não sei se alguma vez viu, sim é uma mistura que se faz com arroz e carne picada e embrulha-se na couve, ou na folha de uvas e são cozidas e é um prato específico de lá, (...)” (E16)*

- “Ah...salada russo, depois, não sei..., borsh. É água, batata, depois cenoura, cebola. Cenoura e cebola na frigideira para fritar e depois pouco tomate e ponho na panela e depois corto pequeno, pequeno couve, couve e ponho na panela e pronto. (risos) (...) ah...mais carne, porque o marido não gosta peixe. (...) igual peixe daqui na nossa terra é muito caro, nós não podemos comprar este peixe e nós comprar (...) peixe no rio (...).” (E20)

#### 2.4.4 – Vestuário

O vestuário é uma vertente cultural, onde não foram encontradas muitas diferenças entre o país de origem do grupo e o de acolhimento. No entanto, há a relevar que, nos países africanos, além de utilizarem roupa ocidentalizada, vestem também roupa africana (figura 44), roupa muçulmana, tendo a ver com a zona onde habitam, e com a idade da pessoa.

- “Vestem também assim. Mas vestem também o bobô.” (E1)

- “Ah as roupas muçulmanas, sim a minha mãe tem e a minha irmã também. Vestiam-se assim lá de vez em quando.” (E4)

- “No centro de Angola, em Luanda, não é muito diferente daqui. Uma pessoa ou outra veste diferente consoante a origem. Mas a maior parte veste normalmente. Já nas outras províncias há pessoas que se prendem a um tipo de vestimenta, que tem mais a ver com a província em que vive. Uma província de Angola, vivem praticamente despidas, com umas missangas, e cobrem só aqui a parte dos órgãos genitais aqui. Já os outros usam aqueles panos na cabeça...” (E5)

- “Chamam mesmo roupa africana, os jovens normalmente vestem assim mesmo, jeans, calça assim normal, as mais velhas usam mais os panos ou roupas feitas de panos, tem as blusas chamamos quimone, as jovens também usam mas é mais as mais velhas, em Luanda, mas há províncias que é praticamente obrigatório usar-se esse tipo de roupa tanto os jovens como as mais velhas, por exemplo em Cabinda usam muito, muito mesmo, Cabinda é uma província lá de Angola, usa-se muito, é obrigatório, nas escolas só vais com esse tipo de roupa, mas em Luanda não, é diferente as coisas estão mais avançadas.” (E13)



**Figura 44 – Guiné. Vestuário africano** (Autor: Carlos Galveias)

Nos países africanos, os penteados efectuados são distintos do país de acolhimento, fazem muito os entrancados, embora nas cidades já se veja muito, os cabelos desfrisados.

No que diz respeito a Moçambique, o sujeito do estudo, refere que se vestem de igual modo a Portugal.

Como outra disparidade, destaca-se o depoimento de uma entrevistada da Roménia, relatando que, nas aldeias, ainda é comum, as mulheres não vestirem calças e usarem lenço para entrar na igreja (figura 45).

- “(...) a gente assim mais velha veste a mesma roupa que vestia quando eu saí de lá há cinco anos atrás, a mesma roupa, são um pouco atrasados nisso. No campo usam lenço, lá uma mulher depois de casar tem que usar lenço porque..., mas agora já também... não é assim tanto, antigamente era mais... se andava depois de casada sem lenço era como se fosse um pecado, agora já são um pouco mais..., mas há, há regiões que mantém a tradição e na igreja, na igreja não se entra sem lenço. (...) Calças, sim os mais novos, as mulheres mais velhas não usam, no campo nem pensar, (risos) acho que é uma vergonha está ali toda a gente da aldeia ver uma mulher de calças, usam saias.” (E16)



Figura 45 - Utilização de véu ou lenço na igreja ortodoxa (Fonte: www.ecclesia.com)

#### 2.4.5 – Festividades

Cada país tem as suas festividades, contudo, todos os países do grupo em estudo, comemoram o Natal, a Passagem de Ano e a Páscoa, mas, todos, com um sentir desigual e com certas especificidades. Em comparação com o país de acolhimento, as entrevistadas conotam as festas nos seus países, como mais sentidas e mais animadas.

- “(...) são muito diferentes, muito. É mais, lá é como da religião, é mais animado, é... por exemplo no Natal a gente reúne a família, primeiro a minha família é muito grande é muita gente, então todo o mundo se reúne em casa da minha avó e nós fazemos a ceia, mas tem um churrasco que é grelhar carne e tem sempre muita bebida, é sempre muito animado, todo o mundo dança, canta, é muito diferente.” (E11)

- “Também festejamos a passagem de ano, apesar daqui não é muito considerado de grande importância, lá é mais... festejam mais que o Natal às vezes. É muito...quase toda a gente se reúne nos restaurantes...nas pousadas, sei lá, cada um com a possibilidade que tem...” (E16)

- “O Natal também, (...) aliás todas as festas são especiais. Lá é bem melhor do que aqui. Há mais agitação, mais euforia, e as pessoas estão mais animadas. Lá para qualquer festa à noite, todo o mundo ansiava pelo fim do dia, e é assim. (...) É muita gente a sair de casa, muita animação, é um espectáculo. (...) Muitas saudades, olha até a sexta-feira santa que é um dia assim mais calmo, lá é muito diferente, há assim muitos pratos, reúnem a família toda, e quando eu cheguei aqui foi uma coisa que eu senti muito é, senti muita diferença.” (E19)

- “Ah... muito diferentes (...) Por exemplo, primeiro ano novo cá na Portugal, nós fomos passear com três ou quatro pessoas e quando nós saímos na rua à meia noite, na rua não há nada, não há ninguém, a rua está muito vazia e eu disse: - Olha para isto, que é isto pá, porque no ano novo, na nossa terra há muito, muito festa, todos saem na rua, todos gente na rua toda a noite e fomos, todos foi na...praça central da cidade e lá tem muito grande...árvore de Natal, e todos foi passear, dançar, é muito, muito grande festa, (...)” (E20)

As entrevistadas da Guiné e Moçambique alegam que, as festas supra citadas são idênticas às de Portugal. Uma entrevistada guineense, fez referência a uma festa que há um dia por ano, em que toda a comunidade se reúne e festeja, havendo comida, e dança, como se pode ler no seu depoimento:

- “Mas algumas é diferente. Ah, como é que eu posso explicar, por exemplo, (...) Todo o ano por exemplo, aqui em Benavente juntavam a população daqui e fazia uma festa, para comer matavam um porco, uma vaca, um porco e fazer uma festa dançar. Uma vez por ano fazem assim.” (E1)

Angola revê o Natal e a Passagem de Ano, também como festas com muita animação na rua, muita interacção entre a população, entre a vizinhança.

- “(...) acho que lá sente-se mais, aqui é mais assim... Lá as pessoas no Natal, a partir do dia vinte, quase todas as casas têm música assim muito alta, meio festa mesmo, muita música, fazem quê, preparam bolos cada um, tu vais a casa da vizinha, – Olha feliz Natal, vai lá cortar um pedaço de bolo, comes, assim trocar de presentes também, é quase igual ao daqui mas lá sente-se mais.” (E13)

- “ (...) enfim a Passagem de Ano é completamente diferente é de extremo a extremo, lá eh pá, aquilo é uma coisa de outro mundo porque as pessoas saem para se abraçarem, para festejarem, todo o mundo da rua sai, enfim, quadras festivas, dias festivos, aqueles mais comemorados, enfim as pessoas têm um à vontade...” (E14)

Segundo os sujeitos do estudo, provenientes de Angola. o quizomba, o semba, a machubita são músicas frequentes no seu país.

- *“Tem... tem a quizomba, as pessoas dançam assim juntinhos, quizomba mais o quê, tem as danças tradicionais o semba, o machubita e mais o quê, tem outras mais que eu não me lembro assim muito bem.”* (E13)

- *“(...) só as músicas é que são diferentes, (...)”* (E15)

Para as angolanas, a Páscoa é uma época menos celebrada, apenas com a ida à missa para os religiosos.

- *“(...) a Páscoa, lá é mais pra os religiosos né, vão à missa, aquela celebração e quando chega pra casa acabou tudo, não é tanto assim como aqui, não.”* (E13)

No Brasil, na ceia de Natal não pode faltar pernil de porco, e na Páscoa o bacalhau.

- *“O Natal é diferente, porque a tradição de vocês desde a comida é diferente da nossa. É totalmente diferente, vocês no Natal come-se bacalhau e verduras, couves de lombardo e essas coisas assim, nós já somos diferentes porque é, temos a tradição do porco, temos a tradição do pernil.”* (E3)

- *“Agora pronto tem a sexta-feira santa, que vocês têm a mania do bacalhau no Natal, e nós usamos o bacalhau na semana santa, usamos o bacalhau na semana santa, fazemos a torta de bacalhau, é a tradição nossa do bacalhau, pronto.”* (E3)

- *“(...) na Páscoa mesmo vai logo tudo ao bacalhau, (...)”* (E17)

Nos países do Leste Europeu, a abstinência a alimentos de origem animal, antecede o Natal e a Páscoa, quarenta dias antes, não se come carne, nem peixe. Nestes dias, a carne tem que ser abençoada antes de se comer. Na Páscoa, segundo as entrevistadas da Moldávia, faz-se folar e bolo-rei, pintam-se ovos (figura 46), que se levam à igreja para serem abençoados, e a missa prolonga-se pela noite. Para os ortodoxos o Natal e a passagem de Ano, comemoram-se em dias diferentes do ocidente. A noite de Natal pelo calendário antigo processa-se de seis para sete de Janeiro e a passagem de Ano, a 14 de Janeiro. No entanto, referem as entrevistadas, que com a entrada na União Europeia, já se comemoram os dois calendários. No noite de Natal, as crianças do Leste Europeu, vão de porta em porta, pedir doces, e cantando músicas de Natal. A passagem de Ano para estes, também é festejada com muita euforia, as crianças fantasiam-se.



Figura 46 – Ovos pintados na Páscoa Ortodoxa (Fonte: Wikipédia)

- “(...) mas mesmos os feriados eu acho que lá são mais bonitos do que cá. A Páscoa aqui é só o almoço e pronto já está, mas lá não, há a noite inteira há missa, até às seis da manhã, as pessoas fazem bolo, vão lá como é que se diz, com água benta o padre vai benzer e as pessoas levam ovos pintados, pintam de roxo ou cor de rosa, vermelhos. Vão à missa, fazem como aqui bolo-rei ou folar depois levam isso e vão abençoá-los, benzer os ovos, lá quarenta dias não se come carne, não comem carne nem peixe, nem nada, come-se só comida legumes, frutas e pronto. (...) lá é uma flor, (...) e pronto o padre faz com uma vassourinha pequena, num balde com água benta e as pessoas mesmo andam a benzer tudo. As pessoas que, porque como quarenta dias não se comeu carne, depois tem que ser benzida primeiro para depois na Páscoa poder comer a carne benzida e o bolo (...). O Natal, também lá antes do Natal, também quarenta dias não se come isso. (...) come-se só depois, mesmo no Natal de manhã. Até à noite antes do Natal, há meninos a cantar pelas portas, quando Jesus nasceu, é canções dessas, como é neve e isso tudo no Inverno, os miúdos andam, as pessoas dão doces, como aqui é a noite das bruxas. Lá dia de Reis é Natal na nossa terra, dia 6 para 7 de Janeiro, a noite, é quando Jesus nasceu. (...) no Ano Novo também vão cantar, na nossa terra é assim, fazem, há o Ano Novo dia 31, mas dia 14 também é o Ano Novo por ser o antigo, não sei. (...) no Ano Novo é que fazem troca de prendas, dia 14 de Janeiro. Nós fazemos assim, o Ano Novo, trinta e um fazemos, mas fazemos dia 14 pelo estilo antigo.” (E2)

- “(...), pelo antigo calendário era dia dos Reis, agora como é calendário novo, comemora-se o Natal, não sei, na minha terra era no outro dia, e agora passaram para ser como a Europa, dia 25, eles fizeram uma mistura com a católica e a ortodoxa para dar mais certo e têm calendário antigo e calendário novo.” (E6)

- “E Páscoa e Natal é também igual como aqui, às vezes não é no mesmo dia, também há católicos lá na Roménia e festejam o mesmo dia de Páscoa como é aqui, mas na cristã ortodoxa vai uma semana antes ou uma semana depois de Páscoa de dia de Páscoa daqui, (...) não se come carne quarenta dias na Páscoa. Quarenta dias não podes comer nada, só há meios dias que está escrito, quando podes comer ou peixe ou queijo ou não sei quê, mas não carne. Carne não comes quarenta dias nem nada, nada de carne, nem gordura, nada. (...) mas tu não consegues fazer não é nada mal. Podes dizer, vais à igreja, no mesmo dia de Páscoa e no mesmo dia, vais à igreja e no mesmo dia podes dizer ao padre quantos dias conseguistes e que não conseguistes.” (E12)

- “Sim o Natal, mas não como aqui, porque vocês festejam.... vocês festejam aqui a ceia de Natal, lá não, lá aqueles períodos de... como é o Ramadão, que não se come carne, lá na nossa religião não se come nada de origem animal, nem carne, nem peixe. Naquelas alturas, nem carne, nem peixe, nem ovos, nem leite, nem nada, só leite natural, vegetais e... E antes do Natal também, oh...vai de 15 de Novembro até Natal também é assim. (...) porque lá temos estas épocas, há também uma variedade de comidas para substituir, há vegetais, há patés de vegetais, há salames de vegetais, há muita coisa, aqui não encontro, aqui tem que comer batata, feijão, não há variedade. Isto...isso acaba na noite de Natal, termina aí. A noite de Natal também entra naquela época não se come, só se come no dia de Natal. E dia 26 também festejam são três dias. Lá agora não sei, (...) mas quando eu era pequena havia o pai natal, na noite de 24, vinha o pai natal, trazia presentes só para crianças, não era nada para...agora já passaram para adultos também” (E16)

- “Aí no Natal isto é pouco, no Natal todos baptizados, ah...eu precisava ir pra minha..., ah não ao contrário, ela precisava ir na minha casa minha...afilhada e dar pra mim comida, arroz, compota, isto tudo junto e doce, e na minha casa isto é festa, isto no Natal nós fazemos assim. É sim, no dia sete de Janeiro, nós ah... sim pode ser, fazer prendas e eu dar pra sua como é que se diz... afilhada. Ela pra mim não, só eu. Não, no Natal não, só no Ano Novo, no Ano Novo sempre fazer prendas para todos, para todos.” (E20)

Os ortodoxos festejam também todos os santos, na Moldávia em Agosto há um período de renúncia à carne e ao peixe, durante quinze dias, é a festa de Santa Maria, mãe de Jesus, em que o vinho novo é abençoado, antes de se começar a beber.

- “As mais sagradas são estas, é o Natal e a Páscoa. Depois há, porque lá também os Santos todos são festejados. Em Agosto é Santa Maria mãe de Jesus, é quando se começa a beber vinho, também duas semanas não se come carne nem peixe e o vinho também tem que ser primeiro abençoado para depois começar o vinho novo a beber também, (...)” (E2)

- “Igual mas há outros..., há festas quando há...não sei...quando por exemplo amanhã é uma, dia 29 de Junho, é uma... e na minha religião é uma... é uma festa mas é religiosa. É dia do Santo Pedro e Pablo. Vão à igreja de manhã e depois...Estavam a fazer festas assim na rua com comida (...) não é com dança.” (E12)

Relativamente ao Carnaval, os países africanos, nomeadamente Angola, festejam-no, assim como o Brasil.

- *“É mais o Carnaval, o Carnaval é diferente.”* (E13)

- *“Carnaval, eram três dias de festa, eu ia os três dias de festa e as fantasias tinha que vir do Brasil, meu Deus!”* (E14)

Mas em todos os países do Leste da Europa estudados, não se festeja o Carnaval.

- *“(...) aqui é assim, há Carnaval que lá não há, as crianças vestem-se como aqui no Carnaval, na passagem de Ano e as prendas também dão-se na Passagem de Ano, (...)”* (E6)

- *“O Carnaval lá não, agora começaram lá também mas antes não era.”* (E12)

A Roménia reporta-se também a uma festa recente, o dia da cidade.

- *“Olha na Roménia agora começaram, quando entraram na União Europeia mas não há festas como há aqui. Aqui há festas, quando... também agora começaram com o dia da cidade, como for dia de Vila Franca, também começaram lá, mas agora dois três anos para cá.”* (E12)

- *“Sim..., sim há por exemplo cada localidade tem um dia, como aqui também, o dia da cidade e da aldeia e nessa altura faz-se como se faz aqui a feira de Outubro, feiras mais pequenas e faz-se baile, é um pouco diferente daqui.”* (E16)

Quatro entrevistadas do Brasil, fizeram menção à festa Junhina, durante o mês de Junho, uma festa da roça, com barracas e feira.

- *“Tem uns meses lá por exemplo, festas de cinema que é no mês de Julho, há lá a festa da roça que também é muito bacana, têm muitas comidas típicas. Comidas de lá, e aí tem uma dança também que é muito engraçada que as pessoas se divertem muito, e as festas são muito tempo, às vezes até chega no outro mês, (...). Aí tem um ritual que faz lembrar daqui. É o Jubileu, chama-se o Jubileu de nossa senhora aparecida. É... vem muitos barraqueiros, montam as barracas, (...).”* (E7)

- *“(...) tem a época de Junho, que é a festa Junhina, que aqui não há, que é tipo uma festa quadrilha, eu já fui uma vez, que as mulheres vestem uma roupa tipo da roça, os vestidos assim remendados e os homens com as calças remendadas e faz umas danças. Não, isto fica um mês inteiro, acho que é um mês inteiro. Mas tem um dia lá que não lembro, mas as pessoas fazem muito, muito tempo essa festa. Aí geralmente faz na porta da igreja, fazem aquelas barracas e uma vende uma coisa, outra vende outra, não sei o quê, (...)”* (E8)

- “É assim lá tem algumas... algumas festas que tem lá, só que são festas, tipo essas que tem aqui no mês de Julho, que tem essas festinhas, (...)” (E18)

- “São João, lá São João é muito bom. É em Junho.” (E19)

A entrevistada da Ucrânia, refere, também algumas datas comemorativas, como o dia internacional do trabalhador, e o dia 9 de Maio, dia que foi dada como terminada a segunda guerra mundial.

- “Outra festa a Páscoa, e depois ah..., dia 1 de Maio, este é o dia do trabalhador, e depois é dia 9 de Maio que é quando acabou, como se chama... (vê no dicionário), quando na 1941 e em 1945 acaba a guerra e este dia 9 de Maio é de quando acaba a 2ª guerra mundial. Pronto, e este também muito grande festa na nossa terra (...)” (E20)

#### 2.4.6 - Crenças e Rituais

Os participantes pertencentes ao grupo africano, em termos de crenças e rituais são díspares nas suas respostas de país para país. Os elementos guineenses e o moçambicano, não referem diferenças em termos do ritual do casamento e do baptizado, na religião católica, que é a sua escolha, no entanto, um dos elementos guineenses faz alusão ao rito do casamento ser celebrado de maneira diferente em algumas etnias.

- “Pronto, o casamento tradicional, é diferente. Sabes que temos lá muitas etnias, há várias etnias, fazem à maneira deles, pronto, os muçulmanos levam cola, levam muita coisa... nós coiso cristãos é igual.” (E4)

Também na Guiné, o ritual da cerimónia fúnebre na religião católica, é de outra forma, sendo solenizado o 7º dia após a morte, com uma missa e com a confecção de comida para toda a comunidade.

Cerimónias fúnebres - “Tem cânticos e depois fazem a missa de sétimo dia vão à igreja, vão fazer comer para a comunidade toda comer. É bom. Dizem que é bom para os mortos e deixa o espírito ir em paz.” (E1)

Foi referido pelos elementos angolanos o ritual do alambamento, uma cerimónia em que se celebra o noivado e que muitas vezes substitui a cerimónia do casamento, para muitos, tem mais validade que a cerimónia matrimonial. Este rito tem como

particularidade, o facto da família do noivo, ter que dar à família da noiva “umas ofertas”, que podem ser bens comestíveis, vestuário e dinheiro.

- “(...) antes de, isso em todas as províncias, aqui acho que chamam noivado né, antes de se casar, lá chamam alambamento ou pedido, vão pra lá, primeiro antes do dia do pedido juntam-se as famílias e conversam, tem que pagar um dote, a família do rapaz. O que é que dão, no dia do pedido têm que levar assim tantas grades de cerveja, tem que levar bebida, cerveja, sumo, vinho é obrigatório, o vinho, tem que levar cigarros, o fato para o pai da moça, fato completo, o sapato também, levar panos é obrigatório, levar panos pra mãe e as tias, quer dizer está a pagar o trabalho que a filha deu aos pais durante o tempo todo. (...) dá uma carta, escreve a declarar o amor, escreve lá na carta, depois vão ler quando estiver todas famílias, têm que pôr dinheiro, a família mete a quantidade, e no dia tu metes o dinheiro na carta, no dia de levar as coisas todas, tu levás aquilo, entregas, iá, à família, ao pai, depois dá a um tio e recebe. Depois eles repartem com os tios, as tias, mas o dinheiro é mais pro pai e os tios. Alguns pais que dão também na menina né, pra comprar assim algumas coisas pra quando tiver de ir pra casa do esposo. Agora os panos é mesmo pra mãe, pra família da mãe, (...) e depois aquilo é uma festa assim bem grande, convidam os amigos, família, tem que dar uma festa e aí se vão se casar, no mesmo dia combinam já a data do casamento, marcam, tem que assinar um compromisso e tá. Actualmente acho que o casamento não é obrigatório, só este ritual pra eles já é o casamento. Iá, mas há províncias que faz-se isso e o casamento também. O alambamento, é obrigatório e se fizer filho antes, por acaso engravidar antes de fazer esse ritual tem que pagar multa também, tem que pagar multa (risos), quer dizer engravidou sem o consentimento, é, é mesmo obrigatório, embora que há pessoas que se juntam assim, mas aquilo fica como uma dívida, com o tempo tem que fazer, porque às vezes há rapazes vigaristas, namoram depois engravida e já não quer saber, e em Angola acontece muito disso, engravida não quer saber, não quer assumir a mãe nem o bebé, não sei o quê, iá. Há pais maus mesmo, rogam pragas ao rapaz e não sei quê, se não cumprires vai acontecer isto e aquilo, há pessoas que fazem por medo, há outros que fazem mesmo porque acreditam. (...) alambamento é uma festa mesmo... eu diria até que é uma festa que é mais que o casamento.” (E13)

- “(...) o alambamento, é caricato, é assim realmente quando uma rapariga é pedida as pessoas, isso é coisas de há muito tempo, tem raízes porque hoje em dia já não se faz isso, estar a dar animais, bois... as pessoas nem têm isso para dar (risos) que horror, é estar a vender-me. Não, mas é, são hábitos que também as pessoas lá usavam, usam, ainda usam. Mas isso é lá para os matos, ai meu Deus, mas é as pessoas fazem, quando vão fazer o pedido, o pedido à mão tem que levar as ditas coisas, a família pede, a família dá a rapariga, meu Deus, mas é, isso é coisa de África e fazem bastante, mas eu nunca vivi isso. Mas sei porque também via, é falado não é, programas culturais, por exemplo teatros, e víamos na televisão como fazem, mas é mesmo, aquilo faz parte da nossa cultura.” (E14)

- “Há o alambamento, tem que fazer um pedido que se chama alambamento, uma oferta de umas coisinhas que é regra, é tradição lá, reúnem-se as famílias, sim, a mim também fizeram, isso é um pedido entre as famílias, reúnem-se e têm que fazer umas ofertinhas como se fosse multa, no pedido tem que se fazer umas ofertas, depois se quiserem casar

*depois é que é o casamento e alguns isso já serve de casamento na sua maioria, (...), já não casam-se mais no papel, depois disso já podem ir viver juntos, aquela festa já é tudo.” (E15)*

Ainda de Angola, duas das entrevistadas falam de um ritual de iniciação, de quando a menina se “transforma” em mulher, ou seja, tem a menarca. Este acontecimento é comemorado com uma festa, após a menina lhe ser rapado o cabelo e estar fechada a receber os ensinamentos para o seu papel de mulher, por outra rapariga experiente. Esta cerimónia não acontece, nos meios citadinos, mas em certas províncias, como Cabinda é prática comum.

*- “É assim eu não estou bem a par daquilo que acontece lá mas sei que há algumas populares como quando se casa e essas coisas, por exemplo quando um jovem se torna adulto. Não em Luanda.” (E5)*

*- “(...) e também há rituais em certas províncias por exemplo assim, por exemplo em Cabinda, a menina assim quando começa a primeira menstruação, fazem uma festa, rapam todo o cabelo da menina, fica durante alguns dias trancada numa casinha, assim só ela com uma mais velha, fica a ensinar como se comportar com o marido em casa, assim as coisas de casa, ensina ela a ficar durante alguns dias, e quando sai dá uma festa assim bem grande, quer dizer, lá quando a menina é menstruada quer dizer que já é mulher, dá uma festa, quer dizer que já está preparada, iá, fazem esses rituais, preparam a menina, fica com a mais velha assim lá, fica ensinando tudo e quando sai da casa é mesmo uma festa muito grande, convidam toda a gente do bairro, é uma alegria, – Ah a minha filha já está uma mulher. É mais depois de estar menstruada, já pode, e às vezes vai assim, (...) vai lá e às vezes a menina nem sabe nem conhece o rapaz, a família do rapaz vai lá conversar com a família da menina, conversam, acertam e a menina apresentam-se ou chamam – este aqui a partir de hoje é o teu noivo e não sei quê, e mesmo que não gostasse os pais já decidiram, está, está tudo feito e lá é assim (...)” (E13)*

Rosa Melo (2003) no seu estudo também descreve uma cerimónia de iniciação da menina a mulher – o efuko, num grupo étnico em Angola.

O Brasil, em termos de casamento não fez grande distinção entre nós lusitanos.

Não tendo a ver com o país de origem mas com a religião adoptada, o baptismo, foi descrito pelos participantes diferentemente, assim, na religião evangélica e na testemunha de Jeová, o baptismo só é realizado quando a pessoa tem capacidade de escolha, em criança há apenas a sua apresentação.

- “Só os adultos. Já têm consciência daquilo que estão a fazer. E já sabem, pronto já têm uma mentalidade do que é ser testemunha de Jeová. Às vezes até baptizam quando já se anda no liceu que a partir dessa fase eu penso que já, principalmente quando nós começamos a ensinar os nossos filhos já mais pequenos, que chega uma altura que eles já sabem o que é que querem, já sabem o que é que devem fazer, pronto e às vezes antes da entrada de adulto, na fase de adolescência talvez se baptize mesmo.” (E5)

- “No nosso caso, na nossa religião é a criança, ela não é baptizada assim como aqui nas igrejas em bebé, a gente apresenta na igreja né, apresenta para Deus na igreja e aí depois quando ela tiver uma certa idade.” (E8)

- “Na católica há baptismo, na evangélica há apresentação da criança. É o baptismo, quando a criança chega aos doze anos aí ela decide se quer baptizar ou não.” (E17)

Na religião católica, a criança deve ser baptizada em pequena, não havendo emersão na água.

- “Depende de cada religião, hum, hum, depende da religião, por exemplo assim na católica ela já pode ser baptizada a bebé, se os pais forem religiosos, baptizam a bebé pode ser assim, mas há religiões que não.” (E13)

Relativamente à religião ortodoxa, há diferenças, na cerimónia do casamento e do baptismo. No casamento, os noivos têm umas coroas que são seguras pelos padrinhos, (figura 47).

- “Lá é assim, tem que ser duas coroas, tem que se pôr na cabeça, os padrinhos têm que segurar as coroas, eles seguram (...)” (E2)

- “Acho eu o casamento é igual, só que dura mais tempo, dura até às seis, sete da manhã. É igual, porque o padre está com um lenço, aqueles bonitos de baile, as mãos dos noivos, a única diferença é que anda à volta do altar com eles, é tipo quando vocês dizem – Eu ahhhhhhh.... Aceito-te...aquelas palavras todas, ele não, ele abençoa o casal em todo o altar, para ficarem juntos, pronto, os noivos, o padre é que anda à volta deles e mete-se coroas. Os padrinhos seguram as coroas, os padrinhos, não é a dama de honra e do lado do marido vem um amigo também segurar, pronto de frente vê-se parece que está um bocado no ar para não estragar os penteados. São feitas parece de rei, assim com aquele pano vermelho, todas assim douradas e tudo, (...)” (E6)

- “Levam as coroas...não, na hora de, durante a missa o padre põe as coroas depois tira e...há um ritual. Não, os padrinhos não, os padrinhos põem e tiram com a ajuda do padre. Os padrinhos têm que pôr a mão.” (E16)



**Figura 47 - Casamento ortodoxo** (Fonte: [www.ecclesia.com](http://www.ecclesia.com))

Na igreja ortodoxa o indivíduo do sexo feminino nunca entra no altar.

O batismo deve ser realizado, com as crianças pequenas, e aos quarentas dias de vida devem ser apresentadas à igreja. No batismo ortodoxo há emersão da criança na água.

- “(...) também não sei muitas coisas de batizado, é o que a minha prima conta, ela disse, mesmo o padre, é assim os padrinhos põem-se um alguidar grande com água dentro e mete-se lá dentro o menino, entra três vezes, depois os comadres têm que ser todos agarrados. O padre tem que levar o menino para o altar, andar pela igreja toda, eu fui num batizado mas já me esqueci e foi uma menina, a menina não entra no altar. É, você é mulher não pode entrar no altar, a mulher não deixam entrar no altar, é só o homem, e os meninos têm que ser passados pelo altar, aqui não foi, o M. andou pela igreja ele mais pelo altar.” (E2)

- “Ah é muito cedo, é até um ano mesmo. A minha filha já foi com um ano e poucos dias, lá é até um ano, três, quatro meses, não se pode deixar a criança assim muito tempo, (...)” (E6)

- “ (...) na minha terra tens que fazer batizado dois, três, quatro meses do bebé.” (E12)

- *“Quase, quase igual. Bem depende daquela coisas que faz parte mesmo da religião.(...) e há uma... uma coisa que as crianças pequenas quando faz quarenta dias vão na igreja diz que para apresentar a Deus na igreja e... se for rapaz entra dentro da casa (altar), se for menina não”* (E16)

## **2.4.7– Valores**

No seu discurso, as entrevistadas relevaram certos valores, relativamente ao povo do seu país de origem.

### **2.4.7.1 – Solidariedade**

Uma participante guineense e as angolanas consideraram o seu povo solidário, dizendo que vivem muito para a comunidade, “para fora”; a vizinhança, a comunidade, é vista como uma grande família. As participantes do Brasil, também se vêem como um povo que se inter ajuda. A solidariedade é realçada nas citações seguintes:

- *“Por exemplo, se falecer alguém, vão ajudar toda a comunidade do bairro, cada um conforme puder, junta-se e ajuda a pessoa para poder fazer a cerimónia.”* (E1)

- *“Nós lá somos muito unidos, é um pelo outro. Um está a passar por uma fase difícil, o outro é capaz de ir lá buscar e ajudar, (...)”* (E13)

- *“(...) há um relacionamento do género muito familiar com as pessoas, (...) As pessoas, por exemplo, os nossos filhos não pagamos ama, a vizinha pode tomar conta do filho, é (risos) sem pedir nada (...) as pessoas de lá são... são todas família do género (...) é mesmo, faz parte da nossa natureza, podemos criar filho de uma outra pessoa assim do nada, (...)”* (E14)

- *“(...), nos bairros assim nós estamos sempre a ver os vizinhos, a família, esse não tem, aquele tem, é tudo família, os vizinhos também é família, mesmo com as crianças também não precisa de deixar crianças no infantário, ou quando preciso ir trabalhar e fica um bocadinho ou a vizinha vai olhar por ti, tem muito isso, porque há aquela solidariedade com todos. (...) vivem muito em comunidade e às vezes lá tem aquelas construções que o quintal é assim comum, as pessoas que alugam fazem mais às vezes assim, quintal comum e alugam assim.”* (E15)

#### 2.4.7.2 - Liberalização

Uma participante moldávia, considera os seus compatriotas, liberais, despidos de preconceitos em relação à indumentária, podendo usar-se roupa ousada, sem ser motivo de crítica, quando afirma:

- *“Lá não há este preconceito, se vestir uma mini saia, uma bota até ao joelho, um casaco mais comprido, se andar assim com lã, aquele assim transparente, lá não, é como no Brasil, no Verão anda-se de mini saias pronto não é mostrar nas ruas, mas é vestir-se com gosto, é maquilhar-se, (...)”* (E6)

#### 2.4.7.3 – Disciplina

As participantes da Europa de Leste evocam, a disciplina, o rigor na escola, o ensino é motivo de orgulho, sendo vergonhoso não transitar de ano, faltar às aulas, ou não cuidar dos livros. No entanto, esta realidade está a mudar, as participantes referem, notícias do seu país que as deixam escandalizadas, como desacatos entre os alunos e desrespeito aos professores.

Num estudo revelado pela ACIME (Cooperação escola/família 2006) citado por M.C. Ramos (2008), os imigrantes do Leste da Europa fazem alusão à disciplina, ao rigor e ao método de trabalho que era imputada nas suas actividades escolares, não sentindo estas exigências nas escolas portuguesas. Este facto é referido também por uma participante moldávia e uma romena:

- *“Lá a escola, a criança passa de um ano para o outro no dia 1 de Setembro, até dia 31 de Maio recebe livros da escola e a gente cuida é só dos livros, porque lá é vergonha devolver um livro em mau estado e apanha-se lá notas. Eu estudei, estava eu no 5º ano, estudei ainda livros do meu irmão e ele tem trinta e tal anos.”* (E6)

- *“(...) lá na Roménia é uma vergonha se não passas o ano, fogo, nem quero pensar... É raro é, ou se não vai para escola para uma hora que tu não gostas para uma aula, fogo, faltar é mesmo...”* (E12)

#### 2.4.7.4 – O valor da vida in útero

Baseando-nos nos depoimentos das entrevistadas o valor da vida in útero desde a concepção, é discutível em todos os grupos estudados. O aborto nos países africanos, não é legalizado, no entanto faz-se clandestinamente, há plantas para o efeito, como se apura pelo citado pelas participantes da Guiné:

- *“Lá fazem o aborto mas escondido, não é bem aceite pela comunidade.”* (E1)

- *“Lá há aborto também, as pessoas fazem clandestinamente, há raízes e essas coisas para tirar bebé.”* (E4)

Na Europa de Leste, nomeadamente na Moldávia e Roménia, a interrupção voluntária da gravidez é legalizada e no Brasil não o é, tal como nos afirmam nas citações seguintes:

- *“O aborto. É, foi sempre legal.”* (E2)

- *“(...) tive duas vezes grávida antes de casar e uma vez depois, mas como na altura não queria filhos fiz interrupção.”* (E16)

- *“No Brasil o que é proibido é o aborto.”* (E17)

#### 2.4.7.5 – Importância da maternidade

A maternidade, para o povo africano é considerada de grande importância, outrora com muitos filhos, hoje a natalidade tem vindo a diminuir, em virtude de conseguirem assim, oferecer melhores condições aos seus descendentes. Esta concepção é referida por duas participantes guineenses:

- *“Antigamente tinham doze, quinze, mas agora no máximo é três, para darem mais condições aos filhos.”* (E1)

- *“(...) uma mulher lá que não possa ter filhos fica mal, puh...as pessoas falam mal dela.”* (E4).

Contrariamente, uma entrevistada angolana diz:

- “ (...) pronto é um problema não é, é algo que existe, mas as pessoas não se apegam muito a isso, de que a pessoa não pode ter filhos.” (E5)

Uma participante moldávia refere-se também ao número de filhos por casal que tem vindo a diminuir actualmente:

- “Pois, é mas lá antigamente havia muitos filhos, agora é que têm um ou dois.” (E2)

#### 2.4.7.6 – Importância do género

O género, não é de sobejo valor, no nascimento da criança, não havendo preferência tendenciosa para um dos sexos, segundo algumas entrevistadas. A noção de igualdade de preferência de género é exposta pelos seguintes relatos:

- “Não, seja rapaz ou rapariga (...)” (E4)

- “Não, é igual.” (E5).

Porém, algumas entrevistadas, embora não indiquem a primazia por um dos sexos como característico de uma cultura, indicam-no como algo mais global, designadamente, nas escolhas entre o ser humano homem e o ser humano mulher, indo ao encontro do proferido por Darmon em Joaquim (1983) “O desejo de fazer machos é de todos os tempos e de todos os países”.

- “(...) acho que isso é universal, geralmente os homens gostam mais de rapazes, as meninas de meninas.” (E13)

- “Não, é como aqui, é igualzinho, quem já tem um rapaz tem preferência de menina, se não tiver nenhum há quem tem preferência rapaz, é a mesma coisa.” (E15)

- “Há pais como aqui, há pais que querem meninos, há outras que querem meninas.” (E2).

Apenas uma participante romena refere esta inclinação pela escolha de filhos varões por parte dos homens, como típico da sua cultura, mas com tendência para mudar:

- *“Há importância para homens de ter rapaz sempre, às vezes acontece... não sei dizer... em casa, conversas por essa coisa porque não tem filho, não tem filha mas não foi por causa de (...), é Deus que quer, (...) Era muito mais tempo para trás agora está quase como aqui.”* (E12)

#### 2.4.7.7 – Sabedoria popular

Por último, todas as participantes no seu discurso sugerem, a sabedoria popular, como significativa na vida da população, enfatizam a importância de transmissão de saberes e o recurso à medicina popular:

- *“(...) lá há pessoas que às vezes não vão ao hospital, vão é como eu digo, este caso com esta senhora não vão ao hospital, mas vão logo procurar coisas das pessoas mais velhas, já viveram, já sabem mais, às vezes ajudam mais, porquê estes doutores estudam mas não têm prática, mas lá há casos que foram salvos sem ir ao hospital. No hospital dizem que não podem fazer nada e há pessoas mais velhas que conseguem resolver. (...) Mas lá é mais natural, porque aqui é sempre que tem que se dar medicamentos, se for alguma coisa tem que se dar o xarope ou qualquer coisa, (...)”* (E2)

- *“(...) há quem utilize só ervas, as terras são muito ricas e está a ver, do mato tira-se muita coisa, prontos, não é assim medicamentos, aqui é tudo à base de medicamentos lá não.”* (E14)

#### **2.4.8– Dinâmica familiar**

A forma como a família se organiza é variável e é influenciada pela cultura. Correia refere que, os papéis do pai, da mãe e da criança são determinados em função das exigências e dos valores dominantes de uma sociedade (1998).

##### 2.4.8.1- Poligamia

As entrevistas das participantes guineenses e angolanas remontam para características poligâmicas nas famílias africanas, por parte do homem.

- “Pronto, lá em África sim. Há uma etnia muçulmana, sim, têm uma, duas, três mulheres. É normal.” (E4)

- “É normal, mas ultimamente as coisas já estão assim a mudar, mas antigamente mesmo, um homem podia ter três, quatro, e era uma coisa que eles encaravam aquilo com naturalidade. Mas certas províncias até agora ainda é mesmo normal, mas lá como é a capital né, as coisas já estão assim mais evoluídas.” (E13)

- “É muito comum os africanos, pronto mas isso era mais, vamos lá ver, ah... de acordo com a cultura africana, anteriormente tinham muito disso, poligamia, mas agora, essa nova geração já faz, prontos, não aceita tão bem mas ainda tem aquilo no sangue percebe. Querem namorar, querem formar família mas depois, quer dizer, resumindo no fundo ainda existe mas não é assim muito bem aceite. Mas isso com aquelas pessoas que levam muito a peito a cultura africana faziam, faziam porque, prontos até se relacionavam-se bem, (...).” (E14)

- “(...) o meu pai tem mais outra relação, de momento está assumido com duas mulheres, a minha mãe e uma outra, a outra tem oito, só que antes dessa segunda mulher, a minha mãe é a primeira, antes da outra, ele tinha uma e fez com ela dois filhos, depois ela como o meu pai tinha ido pra vida militar ela deixou o meu pai e deixou os filhos com a minha mãe, só que o meu pai no regresso em vez de ficar ao pé da minha mãe e ter consideração que ainda por cima criou os filhotes dele da outra mulher, ainda arranjou outra, não podia ficar sozinho com uma só mulher arranjou mais uma outra e até hoje está com duas.” (E15)

#### 2.4.8.2 – Tarefas caseiras

A mulher na Guiné e Moçambique raramente trabalha, então é ela que tem a seu cargo, as tarefas caseiras. Segundo uma entrevistada guineense é uma realidade que tende a mudar, começando a haver mais colaboração do homem em casa e um papel mais activo da mulher nas decisões a tomar, porque a mulher começa também a trabalhar fora de casa.

- “(...) em casa? Alguns maridos ajudam a fazer o comer, mas são os mais novos, porque antigamente o marido só vai trabalhar e em casa as mulheres é que fazem tudo, só que agora elas também vão trabalhar, eles em casa têm que dar ajuda e antigamente não as mães ficavam em casa tinham que fazer tudo.” (E1)

Em Angola embora a mulher trabalhe, tenha os seus negócios, como verificaremos posteriormente, é maioritariamente à mulher que compete as tarefas caseiras. No Brasil, com o ingresso da mulher no mercado de trabalho, as tarefas são mais divididas.

- *“Nas tarefas de casa também, há homens que colaboram alguma coisa, mas a mulher é que está mais a cargo.”* (E5)

- *“Olha geralmente, geralmente é assim, a mulher fica mais por conta da casa e o homem mais por manter a casa, então, mas isso já mudou muito porque geralmente o pai e a mãe trabalham, chegam em casa e dividem as tarefas, mas na maioria das vezes (...) geralmente colaboram. Por exemplo o meu marido quando a gente estava no Brasil (...) as nossas tarefas estavam completamente divididas.”* (E7)

- *“As coisas da casa é mais a mulher que faz.”* (E13)

- *“Olhe eu acho que alguns. Meu tio mesmo ajuda a minha tia em tudo. Quem limpa a casa é mesmo ele.”* (E19)

Nos países de Leste, a maioria das mulheres trabalha, contudo na Moldávia e Ucrânia o trabalho doméstico, parece ser do foro da mulher, enquanto na Roménia o desempenho doméstico é mais compartilhado.

- *“Às vezes é como aqui, há os que ajudam, há outros que não ajudam, homem é homem não ajuda, a mulher é que nasceu para cuidar da casa, é assim.”* (E2)

- *“Nas tarefas domésticas os homens ajudam.”* (E12)

- *“Ah... (hesitação) Sim, mais que aqui ou menos, aqui eu vi que os homens são mais educados na cozinha, lá é mais raro mas isso das tarefas é porque até agora por exemplo quando eu estava lá, não muita gente tinha aspirador, e lá os tapetes daqueles grandes que ocupa todo o quarto, é que eles tiravam fora, fora mesmo e bate-se e aquilo é um trabalho para homem e é tudo.”* (E16)

#### 2.4.8.3 – O papel do pai nos cuidados ao bebé

Nos três grupos estudados, a percepção das participantes, relativamente à colaboração do pai nos cuidados ao bebé, é reduzida, porém, as entrevistadas romenas e três brasileiras, referem uma atitude mais participativa dos homens actualmente. Por outro lado, as mulheres do leste europeu, quando têm filhos, têm de dois a sete anos de licença parental remunerada, pelo que, os cuidados aos filhos, e sua educação, estão mais ao cargo das mulheres.

- *“O pai aqui é melhor do que lá, lá os pais não cuidam tanto dos bebês nem sabem (...) lá as mães têm dois anos de ficar em casa, não é como aqui cinco meses. Ficam dois anos e depois vai para o infantário e a mãe vai trabalhar.”* (E2)

O pai - *“Não, não ajudam muito, é só a mãe.”* (E4)

- *“Os pais também colaboram, fazem o seu papel mas é mais as mães.”* (E5)

- *“(...) a vantagem agora não sei mas na altura da minha mãe ficava em casa até aos sete anos, aqui é quatro mesitos mas lá até aos sete anos que o estado pagava e pronto, (...).”* (E6)

- *“É a mãe”* (E9)

- *“(...) os pais têm sempre aquela coisa, pelo menos do que eu vi, têm aquela coisa, aí não vou pegar que é muito pequeno e que não sei o quê e têm medo. (...) os homens de lá pelo menos do meu conhecimento não quer saber de pegar no bebé, nem querer trocar a fralda nem nada, aqui é que eu vi isso, e minha mãe diz inclusive que meu pai só pegava na gente, quando a gente tinha para aí seis ou sete meses, quando estávamos mesmo assim durinhos, porque ele tinha até medo, aí eu não vou pegar nisso que eu vou quebrar, vou partir e ele fica com medo. Pelo que eu percebi também os homens de lá são mesmo assim.”* (E8)

- *“O pai em geral, eu não vou dizer que são todos mas hoje em dia mais antes, o brasileiro, não sei se português é assim, mas muito brasileiro é muito machista né principalmente quem é mais do interior assim do campo, coisas de mulher, quem cuida de criança é a mulher. Hoje em dia não, hoje em dia acho que é bem dividido. A maioria dos pais pelo menos na minha família a maioria colabora. No brincar, no levar pra escola, no ir buscar.”* (E11)

- *“É mais a mãe”* (E13)

- *“Os pais se calhar não participam muito, só agora os novos.”* (E16)

- *“São os dois. Mas eu acho que pelos meus sobrinhos que vivem lá e que estão casados, que participam mais. Hum, parece que sim. Eu lá na casa de São Paulo, fiquei na casa dos meus sobrinhos, e eles estão sempre atentos, é ajudando a cuidar das crianças, estão sempre... levam as crianças a passear, e ajudam a cuidar da casa, estão sempre...”* (E18)

- *“Não, não, lá na Ucrânia os nossos homens não prestam (risos), não presta porque ele disse: - esta é tua bebé eu quero brincar com ele quando ele já vai falar ou vai andar, vai falar, - eh pá e agora, este primeiro tempo muito complicado, muito, muito, (...) Sim, mais diferente é que cá na Portugal ah...quando nasceu o bebé não trabalhas só quatro meses, é não é? Lá na nossa terra não trabalhas três anos, três anos e... também paga dinheiro. Sim, sim, subsidio também paga três anos.”* (E20)

#### 2.4.8.4 – Chefe de família

No que respeita à liderança da família, as respostas são divergentes, uma participante guineense remete essa função para o homem, mas com tendência a mudar, passando a ser o casal – homem e mulher, no entanto, o outro sujeito da Guiné, refere que a líder é a matriarca, porque as crianças em virtude da característica poligâmica, ficam sós com a mãe.

- *“Mas as decisões importantes são tomadas agora pelos dois, antigamente era só o pai.”* (E1)

- *“É a mãe., o meu pai saiu bem cedo quando eu tinha nove anos e ficámos com a minha mãe.”* (E4)

Os restantes países africanos referem que o homem é que tem o papel decisor da família.

- *“Acho que é o homem.”* (E9)

- *“É o pai, é o pai, ainda há sítios, ainda há províncias que praticamente em casa a mulher não tem voz, quer dizer, tudo o que o marido diz a mulher tem que fazer, tem que obedecer, em certas províncias que ainda têm mesmo aquela cultura, ainda seguem assim passo a passo o regime né.”* (E13)

- *“É o homem, é o homem.”* (E14)

- *“É sempre o pai, o pai à cabeça, é o galo dentro da capoeira.”* (E15)

A família brasileira, segundo as suas participantes, é liderada pelo homem, excepto, o relato de E8, que restringe a função do homem, somente como angariador de recursos económicos para a família.

- *“(...) minha mãe foi daquela mãe que viveu para o trabalho, (...) minha mãe estava sempre dentro de casa. (...) minha mãe nunca comprou um tecido para fazer uma roupa para ela, era o meu pai que comprava e ela fazia.”* (E3)

- *“Geralmente os homens lá o papel deles é mais trabalhar para colocar o dinheiro e a comida em casa. (...) Eu vejo que é mais a mãe que tem autonomia, o pai concorda com tudo o que a mãe acha.”* (E8)

- *“É o homem, o homem tem oportunidades pra tudo, só que hoje em dia, a mulher sempre está ajudando, (...)”* (E17)

- *“Geralmente é os homens mais.”* (E18)

Nos depoimentos das entrevistadas dos países da Europa de Leste, relativamente a quem encabeça a família, a opinião não é unânime, mas, tende mais a ser o homem.

- *“Aí é os dois, às vezes é os dois, mas às vezes é o pai.”* (E2)

- *“A regra é o seguinte a mãe cria, o pai manda, a mãe tem que criar, tem que cuidar de tudo, agora o pai é que é o chefe da família.”* (E6)

- *“Lá na Roménia era, antes era, antigamente era, mas agora não é assim, agora não é assim, é quase igual. (...) mas em certas terras sim, o respeito de homem porque ele é assim, não sei explicar, lá nos sítios assim pequenos agora também é assim mas em sítios grandes como for na capital, Bucareste ou noutras coisas não é assim.”* (E12)

- *“Acho que ambos...bem antigamente era o pai, mas agora já...os dois, há alguns que são cabeçudos e o pai é que manda.”* (E16)

- *“Isso já se calhar cada família individual porque isto tudo...depende do, não sei falar...(...) carácter, (...). Sim porque tem por exemplo mulheres de carácter muito forte, é ou não é? E... outra coisa para homens e isto já...”* (E20)

#### 2.4.8.5 – Responsável pela educação dos filhos

Em relação à responsabilidade pela educação dos filhos, a opinião converge nos três grupos, para a mãe, referindo o papel do pai neste âmbito, apenas como colaborador, porque habitualmente é a mãe que está mais tempo com os filhos.

- *“Não, na educação dos filhos é a mãe, e como é ela que está a criá-los a mãe é que educa mais.”* (E2)

- *“É a mãe mesmo na educação dos filhos.”* (E4)

- *“(...) Normalmente na educação dos filhos os pais estão presentes.”* (E5)

- *“Ah aí, é uma tarefa comum que eu acho que é dividida, a mãe está mais tempo, então ela é que tem mais tempo para educá-lo, mas isso aí, acho que ela tem mais participação do que o pai.”* (E7)

- *“É a mãe”* (E9)

- *“O pai e a mãe mas acho que é mais a mãe, porque geralmente a mãe tem mais tempo, fica mais tempo com os filhos, os pais vão pra trabalhar, estão pouco tempo em casa e filho está mais ligado à mãe, pelo tempo né, passa mais tempo com a mãe, acho a mãe que zela mais pela educação.”* (E13)

- *“É os dois, os dois, mas muitas vezes quando a mãe não trabalha a mãe é que está mais com os filhos.”* (E15)

- *“Isso depende das famílias mas mais é a mãe, é a mãe que fica mais tempo, os pais estão a trabalhar, as mães às vezes ficam em casa.”* (E16)

- *“Lá em casa sempre foi a minha mãe que nos vigiou escola e tudo demais, (...) Os dois colaboravam mas a minha mãe intervia mais (...)”* (E17)

- *“Mais à mãe.”* (E20)

#### 2.4.8.6 - Responsável pela angariação de rendimentos para a família

Como já verificámos, a responsabilidade pela angariação de rendimentos para a família, está mais nas mãos do homem, na Guiné e Moçambique, geralmente, a mãe não trabalha, embora uma guineense refira que hoje em dia a mulher começa a trabalhar.

- *“(...) lá também não há muito trabalho, as mães não trabalham”* (E4)

- *“A mulher está em casa.”* (E9)

Em Angola, todas as participantes focaram o aspecto de todas as mulheres terem os seus negócios (figura 48).

- *“Depois também lá, a vida das mães é um pouco assim, às vezes ah... o bebé não pode ficar muito tempo assim, às vezes a mãe geralmente lá é mais... (hesitação), vendem mais no mercado, sai de manhã só vem à noite, muitas vezes, a avó é que fica a cuidar do bebé. (...) tem muito a ver com as condições que os pais têm, né, há pessoas que vai depois de quinze dias já vai vender, já está a sair de casa a vender. Geralmente ficam com as mães durante um mês, um mês aí, tu já podes fazer tudo, se trabalhas podes ir trabalhar.”* (E13)

- *“(...) é assim nós lá não vivemos o ordenado, conforme aqui trabalha-se tem-se um ordenado e as pessoas..., lá não, trabalha tem ordenado sim senhor, mas tem sempre os extras, e os extras são negócios que são rentáveis sempre uns mais, outros menos mas*

*sempre rentáveis, ninguém lá vive de ordenado, são poucas as pessoas a viver mesmo do ordenado, são poucas, (...), as mulheres também” (E14)*

*- “As mães trabalham mais às vezes é mais negócios, negócios dessa de arranjar qualquer coisa para vender nos mercados assim.” (E15)*



**Figura 48 – Mercado – Angola** (Fonte: Travel-Images.com)

Relativamente ao Brasil, a mulher hoje tende a trabalhar também, o mesmo acontecendo nos países de Leste da Europa.

*- “As mulheres quase todas trabalham sim.” (E12)*

*- “(...) lá todo o mundo trabalha, tanto a mulher como o homem” (E17)*

## 2.4.9 – Maternidade



**Figura 49 – Santa Maternidade (Pintura de Thomas Cooper Gotch)**

O modo como se vivencia a maternidade tal como nos afirma Correia (1998) alia-se não só às características individuais dos seus actores, mas também ao meio cultural envolvente. São essas características singulares, percepções, baseadas em crenças, valores e costumes das sociedades de origem, do grupo em estudo, que se descreverá seguidamente. Segundo Leal (1990) in Correia (1998, p. 365 - 366), “*A maternidade, tem como pano de fundo a dinâmica da sociedade num certo momento historicamente determinado. Inscreve-se deste modo, em padrões de cultura nos quais concepções como «infância», «qualidade de vida», «direitos e deveres dos cidadãos» têm uma importância primordial*”. Esses padrões de cultura estarão espelhados nos testemunhos das participantes, expressando assim diversos estilos de maternidade. Para Kitzinger

(1978), a forma como a mulher pare e o modo como são ministrados os cuidados à mãe e à criança, em qualquer sociedade, reflectem directamente os valores chave da cultura, dessa mesma sociedade. As representações e práticas da maternidade são aqui analisadas em três momentos nos quais esta se vai processando: a gravidez, o parto e o puerpério (decomposto nos cuidados à mulher no pós parto e ao recém-nascido).

#### 2.4.9.1 – Gravidez



**Figura 50 – (Pintura de Miguel Fazenda)**

O comportamento face à concepção e a gravidez varia de cultura para cultura. Tal como afirma Correia (1998), em muitas sociedades, a gravidez associa-se a rituais, é um

estado ritual. Sofrendo a influência da cultura de uma sociedade, imergem diversas representações da mulher grávida, resultando em atitudes e práticas, perante a gestação, visualizadas na vigilância de saúde da grávida, nos cuidados dispensados e nas superstições e rituais praticados. Davis-Floyd (1996), afirma, que em virtude do futuro de qualquer cultura, depender grandemente das capacidades procriativas das mulheres, estas mesmas capacidades transportam em si, um enorme significado social. Sendo assim, toda a cultura leva em si mesmo o regulamento e administração das gravidezes das mulheres, ou seja, todas as sociedades, vêm a gravidez como um estado de atenção especial e tratamento especializado, em formas amplamente variáveis.

#### 2.4.9.1.1 – Vigilância da Saúde da grávida

A vigilância da gravidez é efectuada, em todos os países de origem das participantes no estudo, mas, muitas vezes as mulheres guineenses, não fazem a vigilância, principalmente, as que vivem no interior e que têm poucos recursos. Em Angola também algumas grávidas não vigiam a gravidez.

- *“Não, não vão. Se está tudo bem e vêem que não têm problema nenhum não vão. Só se estão a passar mal é que vão ao hospital. (...) por exemplo eu posso dizer da minha irmã, (...) que está na Guiné quando estava grávida, eu estava lá com ela e ela é enfermeira e ela ia lá no hospital. (...)”* (E1)

- *“No hospital, e no interior não.”* (E4)

- *“(...) há também aquele acompanhamento médico.”* (E5)

- *“Algumas acho que não vão mas... tu é que sabes se vais, se comesas as consultas a partir do quarto mês ou o terceiro, há quem não vai, a maioria vão.”* (E13)

No Brasil, a vigilância pré natal é uma realidade unânime, gratuita, divergindo as opiniões em superior, equivalente, ou inferior ao comparar com a do país de acolhimento.

- *“É a mesma coisa daqui, fazem o mesmo planeamento, na gravidez, isso é exactamente igual.”* (E3)

- “Olha assim, eu acho que durante a gravidez aqui é seguida melhor, se guia melhor do que lá, (... ) e são bem mais acompanhadas do que lá. Lá não é assim, as pessoas aqui estão sempre de vigilância, e lá eles não têm esse cuidado todo. (...) e mesmo depois de quando a criança nasce, porque lá se a gente quiser levar no médico, a gente tem que ir lá esperar, depois pegar a ficha, e só depois ir ao médico, e aqui não. Aqui tem um acompanhamento, está tudo marcado, não tem de estar levantando cedo para poder ir enfrentar a fila para ir buscar a ficha.” (E7)

- “Sim, sim, faz o pré natal, essa coisa toda, eu penso que seja igual aqui, eu acho que sim, a minha mãe que poderia explicar melhor (risos) que eu não sei direito, porque fiquei grávida aqui, a primeira vez né e tudo, mas porque eu vi das minhas colegas era igual aqui.” (E8)

- “O pré natal é acompanhado, temos direito à consulta também, e de graça.” (E17)

- “É a mesma coisa, mas é assim, cá tem aquelas consultas de rotina para saber se está tudo bem se não está, e no Brasil também é a mesma coisa. Lá ainda é um pouco diferente, porque lá eles vêm sempre se tem palestra, os médicos falam muito com todas as mães vai aquela palestra e tal e tal, como é que faz com o bebê.” (E19)

Os países de Leste também vigiam a gravidez. Salienta-se a opinião da entrevistada da Ucrânia, que não aprecia o desempenho dos clínicos portugueses, argumentando, ter uma vigilância da gravidez melhor sucedida no seu país, com a execução do exame vaginal todos os meses.

- “A gravidez acho que é normal é como aqui, vão ser observadas todos os meses, (...)” (E2)

- “Ia, ia sempre. Estava a fazer análises, igual como aqui.” (E12)

- “Agora ultimamente também nas cidades grandes se calhar é igual como aqui mas na maioria das localidades assim, é menos que aqui, não se faz tantas análises,” (E16)

- “Ah...isto é muito, muito diferente, muita diferença porque por exemplo na hospital, ou não, na Centro de Saúde, na nossa terra é assim, eu não gosto de médicos cá em Portugal, não gosto nada porque tudo muito, muito diferença. Na nossa terra tinha uma..., pronto tenho Centro de Saúde, tenho duas ou três portas o Centro de Saúde, uma porta onde tem todos, todos médicos, outra porta para mulheres, só ginecologista e outra porta para criança, crianças até sete anos se calhar. Pronto e quando eu por exemplo lá na Ucrânia senhora grávida eu vou só para ginecologista, ela já está a olhar tudo lá para dentro porque cá em Portugal eu nove meses ficar grávida e ninguém olhar para dentro como quê, está tudo normal ou não, não sei. Cada mês doutora marca consulta e ela sempre agarra, senta-se na cadeira, abre pernas e olha para dentro, sempre, sempre, sempre, pronto. E...ecografia também é preciso fazer três vezes, (...)” (E20)

A ecografia é um meio auxiliar de diagnóstico pré natal, que é raro se fazer nos países africanos, assim como, no Brasil, e na Roménia. Referem que a utilização da ecografia, como meio auxiliar de diagnóstico é pouco utilizada e é de custo elevado.

- “(...) *por exemplo ecografia antigamente lá não fazia, até eu vir para cá não fazia. Há dois anos atrás só pessoa que têm dinheiro é que podem fazer.*” (E1)

- “(...) *porque aqui a gente faz os aparelhos de ultra-som que chamam de ecografia,(...) Lá a mulher faz uma ou outra, ecografia quando ela entender que faz, é assim, e só por curiosidade, só para saber qual é o sexo, e aqui não. Aqui fazem-se as ecografias para ver como anda o desenvolvimento do bebé, então aqui acho que é bem melhor,(...)”* (E7)

Ecografia – “*Isso não é como aqui, é assim, aqui é mais evoluído né, e tu tens o direito de saber já no momento na clínica, mas lá não, lá é privado tu tens que pagar para ir saber e dificilmente as pessoas fazem isso, fica caro.*” (E15)

- “(...) *não se faz tantas ecografias como aqui, (...)*” (E16)

#### 2.4.9.1.2 – Cuidados durante a gravidez

Como cuidados especiais a ter durante a gravidez, as participantes do estudo, na sua maioria, referiram poucas especificidades, defendendo uma vida normal, sem restrições ou deveres. Esta constatação no estudo em questão, afasta-se do afirmado por Davis-Floyd (1996), quando diz que muitas culturas relativamente à alimentação, proscvem o consumo de certas comidas ritualmente durante gravidez.

- “*Não, comer acho que é tudo, tudo normalmente, (...).*” (E2)

- “*Não, leva-se uma vida normal. Que eu saiba sim, leva-se uma vida normal, (...)*” (E5)

- “*É assim, eles em termos de cuidados, por exemplo na altura da minha mãe, não tinham assim grandes cuidados, com a alimentação principalmente. Não, não, pelo menos a minha mãe nunca me disse assim nada de.... Por exemplo havia coisas que eu não comia durante a gravidez e ela dizia, ai isto não faz mal e não sei quê, tipo caril com picantes e que ela sempre comeu e... nunca se restringiu a nada, comia sempre de tudo.*” (E9)

- *“Nem tanto como aqui. Normal, normal, não é como cá não, aqui se liga a muita coisa, não pode comer isto, às vezes..., lá as pessoas bebem mesmo sumo com gás essa coisa toda, comem de tudo, tudo, tudo, não é proibido nada. Já aqui é diferente.”* (E13)

- *“Acho que..., não quem tiver mesmo que sentir mal com alguma coisa é claro que não come mas assim já, já come-se de tudo.”* (E16)

Na globalidade, as participantes não referem nenhum cuidado particular nem nenhuma restrição que a grávida tenha que cumprir.

- *“Eu trabalhei quando estava grávida da minha A. e estava a trabalhar mesmo na rua no frio, estava às vezes menos vinte graus, estava a trabalhar na igual como se fora aqui na feira de Alverca, estava a pôr roupa fora na loja, nas mesas e estava assim a ficar na rua (...)”* (E12)

- *“Não, não tem, não tem nada proibido, eu já não me lembro (risos) mas acho que sim pode fazer tudo.”* (E15)

- *“Não porque eu por exemplo a minha toda grávida, é tudo normal.”* (E20)

Apenas no grupo guineense, diz que, a grávida deve beber água de cozer palha de banana, e para os enjoos trincar tambarina.

- *“Isto é mesmo para a grávida comer, se está com enjoos trinca uma, é tambarina”* (E1)

Restrições - *“Sim pelo menos eu via a minha tia grávida e ela não fez nada. (...) Pronto, lá quando uma pessoa ficar grávida tem que beber sempre palha de banana quente para facilitar mais o parto e depois de gravidez também.”* (E4)

Outra particularidade é relatada pelo grupo angolano, dizendo que, a grávida a partir do 8º ou 9º mês de gestação, vai para casa da mãe, abandonando o seu esposo nessa altura.

- *“Geralmente as pessoas vão pra casa da mãe, a partir do 9º mês de gravidez pra ficar lá em casa da mãe pra ter o bebé. (...) o marido fica sozinho (risos), já está habituado, já sabem que é assim.”* (E13)

- *“Eu por exemplo com oito meses ou nove já quase a ter fico na mãe, ficava na mãe, a mãe é que cuidava de mim, a avó também vinha e fica-se que nem uma rainha lá.”* (E15)

Outros cuidados universais foram enumerados, como não fumar, não beber bebidas alcoólicas, não tomar medicamentos, comer fruta e legumes. Uma participante brasileira alega também que não se deve comer carne de origem suína.

- “(...) a minha mãe me mandava comer sempre muita fruta, muitos legumes, só que isso aí já faz parte da nossa alimentação lá, (...)” (E7)

- “Vou falar mais ou menos pelas minhas irmãs, eu sei que minha avó sempre falou muito e também os médicos geralmente aconselham muito a gente não comer carne de porco mesmo durante a gravidez e depois quando está amamentando, pra evitar carne de porco, né. Que eu sei mais que deixa de comer é isso e depois comer muita fruta, muito legume, muita verdura.” (E11)

- “(...) quando estás grávida, não tomas medicamentos é melhor um chá ou qualquer coisa, sempre não deves tomar nada para não afectar o bebé.” (E12)

- “A alimentação só quando corre risco só quando tem o colesterol muito elevado ou alguma coisa fora do normal, o resto não há nada, se a mãe fuma ou bebe o médico pede para diminuir um pouco, só o que eu sei é isso. (...) tem uma vida normal durante a gravidez, sair tudo o mais, sem cigarro, bebida.” (E17)

- “Há, a cerveja, que não podia beber cerveja, mas às vezes eu bebia.” (E19)

#### 2.4.9.1.3 – Superstições

Relativamente a superstições durante a gravidez, existem diferenças e semelhanças entre os grupos. O grupo africano, conhece poucas superstições, apenas uma guineense faz referência a uma superstição.

- “(...) uma pessoa não pode sentar assim e a grávida passar assim por cima, senão dizem que o filho vai ficar parecido assim comigo, com a pessoa que está sentada.” (E4)

- “Acho que há, mas já não me lembro, agora está-me a fugir mas eu sei que há, indo mesmo aqui algumas angolanas dizem não podes fazer porque estás grávida e depois pode fazer isto e aquilo no bebé, mas só que de momento não me vem em mente, mas tem, tem, agora estou-me a recordar quando estava grávida vieram me dizer algumas coisas dessas.” (E15)

No Brasil, as entrevistadas sabem de mais superstições, ou simpatias como lhes designam, havendo uma comum a várias participantes, a grávida não deve usar chaves

no bolso, com a pena da criança vir com alguma deficiência, também outra, que é descrita por mais que um elemento, é que, a grávida quando tem desejo de algum alimento e não o satisfaz, a criança pode vir parecida com esse alimento ou aparecer algum sinal no seu corpo com os mesmos contornos.

- *“E uma das coisas também que lá eles falam na gravidez é a chave, essas coisas não andar no bolso enquanto se está grávida, são coisas que também aqui o povo acredita muito não é, a chave essas coisas assim.”* (E3)

- *“O único tipo de superstição, pelo menos que a minha cidade tem, é que quando a mulher quer comer alguma coisa, quando está grávida deve comer, porque por exemplo se a mulher quiser comer abacaxi, e se não comer abacaxi, a criança vai nascer com cara de abacaxi, esse tipo de coisas.”* (E7)

- *“Há uma crença sim, há uma assim, que fala assim, tenho desejo de comer alguma coisa e você pega algum sítio assim do seu corpo e pode nascer aquela manchinha no bebê, dizem, né, mas eu nunca vi nada parecido (risos).”* (E8)

- *“Há sim. A mulher não pode andar com as chaves no bolso, lá falam assim, mas eu não levo isso a sério.”* (E10)

- *“Disso não, superstição assim que eu sei é de ser menino ou ser menina, que a minha avó fala mais né, se nascer na lua cheia é menina, se nascer na minguante é menino, faz uma brincadeira com o garfo e colher, se for colher é mulher se for garfo é homem.”* (E11)

- *“Há, lá essas coisas também, aquela de que não devemos andar com a chave no bolso porque o bebê pode sair deficiente, aí eles falam quando a gente está com a chave no bolso, essas coisas. Tem também assim, porque quando a gente está grávida tem aquela paranóia de perguntar como é que é a comida, aquelas coisas, e pronto dizem que se não comer o bebê nasce de boca aberta, mas eu não. (...) Não, nunca liguei. Acho que são tudo preconceitos.”* (E18)

- *“Lá também há que coisas no bolso não pode usar (...) É assim coisas no bolso, eu muitas vezes ponho, chaves, telemóvel.”* (E19)

As entrevistadas da Moldávia e da Roménia também têm uma superstição semelhante a esta. No grupo da Europa de Leste, a Moldávia faz alusão a uma superstição que aparece com dois perfis, e que tem a ver com a grávida fazer o movimento de levantar a perna, ou quando passa por cima de um fio ou mangueira, ou quando sobe um lancil, a criança pode vir com o cordão enrolado ao pescoço. Outra superstição referida por um elemento da Moldávia e da Roménia, é quando a grávida se assusta por algum motivo, deve orar pelos inimigos, para que corra tudo bem com o seu bebé.

- “(...) quando se está grávida não se pode andar por cima dos fios, como eu ponho a televisão, tenho que pôr de maneira para não passar por cima do fio tenho que passar por baixo. Para o bebé não nascer com o cordão enrolado, dizem que não posso passar por cima das coisas, dos fios, do fio eléctrico ou de outra coisa, ou da mangueira ou outra coisa qualquer, tem que se passar por baixo.” (E2)

- “(...) dizem que se tem que ter muito cuidado com os passeios, por causa do cordão umbilical, dá a volta ao pescoço da criança. Na altura quando a gente, aqui não se via assim muito os passeios altos, mas neste movimento assim de levantar a perna dizem que a criança o cordão pode enrolar. (...) É assim quando estava grávida o que eu fazia, e se faz lá, é quando se apanha um susto, ou se me queimei, ou se assusta com um cão ou um gato passa de noite, pronto um susto qualquer, ora-se nos inimigos, não sei bem porquê, dizem que depois a criança pode vir mal. (...) é como os sinais, quando estás grávida e te apetece mas tens vergonha de pedir, és capaz de roubar até, um dia quando a gente se esconde ou se esconde e tem algum fruto ou alguma coisa assim para comer, aparece no corpo da criança, a minha mãe escondeu umas uvas, tenho umas uvas aqui e pronto é o que se diz é isso, (...)” (E6)

- “(...) minha mãe diz assim, mas eu não fiz assim mas quando está grávida de A., minha Ah, sim mãe dizia sempre que tinha cuidado com essas coisas, também era assim. Há, não sei se há outras coisas..., há, há por exemplo, se tu vais por exemplo na rua, ficas se... não sei dizer – Olha para não roubar alguma coisa uma fruta ou qualquer coisa, se tu passas assim e... pronto estavas... não sei dizer... para não roubar de ninguém alguma coisa, ou uma fruta para comer ou qualquer coisa, tens que pedir sempre, se tu metes mão assim direito esta coisa pode aparecer no bebé, na cara ou onde se veja, um lugar onde se veja. Mas não há outras coisas mais.” (E12)

- “Isso há, como aqui há também, diz-se se vir uma coisa, por exemplo um homem feio, que tenha uma coisa feia, para pôr rápido mão na barriga para... criança não ficar igual a ele, e se assusta de alguma coisa também tem que pôr mão e pensar que está grávida para a criança não ficar..., coisas, agora nem conheço todas. Cada região tem as suas superstições.” (E16)

Há a salientar que, algumas participantes referem superstições que já lhes foram contadas por pessoas do país de acolhimento. Citam uma superstição que é comum em Portugal e no Brasil, que é a seguinte: a grávida no primeiro trimestre de gravidez, não deve comprar nada para o bebé, porque pode ser mau presságio para aquela gravidez. A participante ucraniana também alega esta superstição, só que prolonga esta situação até ao fim da gravidez.

- “Isto é como aqui. Eles dizem muito, eu sei porque minha patroa disse para eu não comprar, até aos três meses não comprar nada de enxoval, porque pronto(...) até mesmo a minha irmã quando eu, pronto ela soube que eu estava grávida, como diz ela 38 anos à espera de um filho, agora tem que se ter todos os cuidados não é, (...) Eles dizem que pronto, para não comprar antes dos três meses porque pronto a pessoa perde

*o bebê e tal, (...) Pronto eu não acredito muito mas como a minha irmã pediu para não comprar também, não comprei, (...)” (E3)*

*- “Por exemplo, uma coisa, não podes comprar coisas para bebé, porque faz mal para bebé, se eu compro muitos, muitas coisas eu faço mal para bebé, porque por exemplo, parto posso passar muito mal ou coisa com bebé pode passar mal.” (E20)*

Pela descrição e expressão verbal das participantes, estas superstições, não são levadas a sério, achando-as infundadas, contudo, alguns elementos, não arriscaram e evitaram as situações, descritas nas superstições, esses elementos são maioritariamente as participantes dos países do leste da Europa e o elemento brasileiro E3, e o guineense E4 que são ambos seguidores da religião católica.

2.4.9.2 – Parto



**Figura 51 - Canto de Nascimento (Pintura de Lívio de Moraes)**

O parto sendo um acontecimento universal, reveste-se de particularidades que o tornam divergente de cultura para cultura. O parto tem múltiplas influências quer do funcionamento psicológico quer do ambiente sócio-cultural (Correia, 1998).

Nos países africanos de onde provêm as participantes do estudo, um número significativo de mulheres, ainda têm o parto em casa, mesmo que a gravidez seja vigiada por um médico. Muitas mulheres experientes, de mais idade, sabem fazer um parto. O parto decorre apenas com a presença feminina, a parturiente, a sua mãe (por vezes) e a “parteira”, o homem não presencia nunca o parto, nem o trabalho de parto.

Lozoff et al. (2008) referem que na maioria dos países não industrializados o homem é omissivo do parto, com exceção de algumas sociedades que permitem a presença apenas do pai do bebê.

Deambular durante o trabalho de parto é algo que a parturiente já sabe que tem que fazer, mesmo aquelas que vão para o hospital. A analgesia epidural é rara ou desconhecida para as mulheres africanas. A cesariana é uma situação invulgar, deixada apenas para gravidezes e trabalhos de parto complicados. A rotina de colocar soroterapia, durante o trabalho de parto e parto não se aplica nas maternidades em África, segundo as entrevistadas. Não há posições pré definidas para ter o bebê.

- *“Lá às vezes nascem em casa, sem parteira sem médico sem nada Ajudam as velhas., podem ser da família ou não ser. (...) só está essa pessoa que sabe fazer partos, para cortar o umbigo e mais a pessoa que vai ter o bebê. Se precisar de alguma coisa, uma água ou um pano, chama gente para trazer. (...) às vezes têm no chão. Em casa conforme der para ter é que tem. (...) choram. Às vezes há as que choram, outras aguentam bem a dor (...) Na cidade vão para o hospital, se dá tempo de ir para o hospital vai se não, têm em casa e também quando está em muita dificuldade para nascer vai para o hospital e fazem cesariana. (...) A maioria da gente de idade sabe fazer partos.” (E1)*

- *“Às vezes os partos são mesmo em casa com umas parteiras antigas, umas senhoras já antigas, pronto, com experiência em fazer o parto. São aquelas senhoras lá de idade. Eu nunca vi, nunca vi. (...) Pronto a mãe sim, mas o pai não, a mãe é que acompanha sempre.” (E4)*

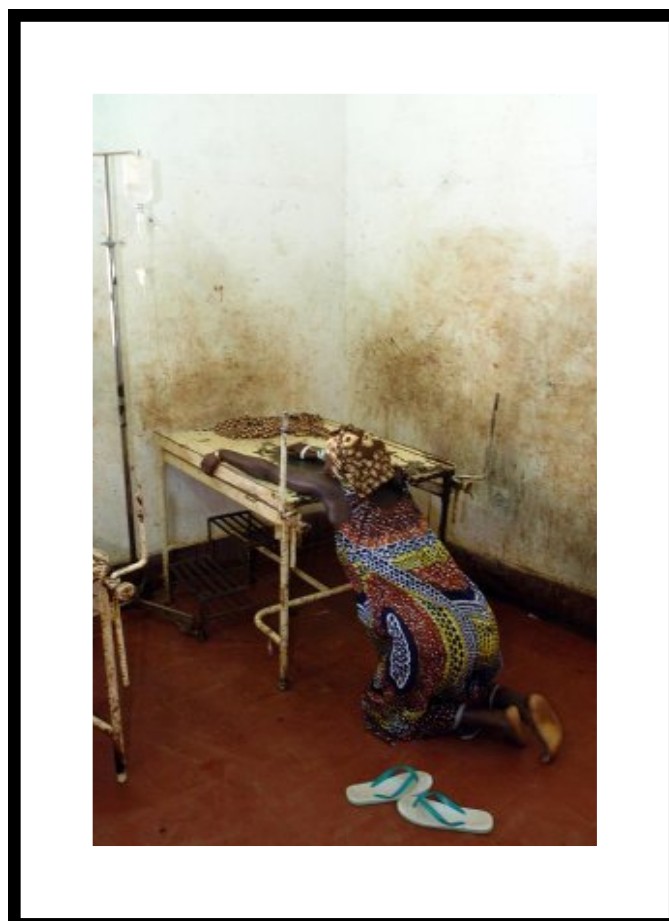
- *“Lá é assim, há quem vá para o hospital, mas há pessoas que gostam mesmo é de ter os filhos em casa. E às vezes há aqueles que o que é se faz, especialmente nas províncias, o que é que se faz, a pessoa está grávida e chega naquela altura e pronto, vem alguém já, que já tenha feito isso, normalmente as pessoas com mais idade é que ajudam a pessoa a ter o bebê em casa, mesmo que tenha médico. A maior parte das vezes têm médica, e têm o bebê em casa. Nem sequer vai ao hospital. (...) Por exemplo, a minha irmã me lembro de ter tido o bebê em casa, ia para o hospital mas acabou por tê-lo em casa, estava sentada, sentada não, encostada. Pois, e teve o bebê lá, mas não acredito muito que haja alguma posição específica.” (E5)*

- *“Em casa, ultimamente até já é comum terem em casa, tanto mais que a minha mãe mesmo, ela já fez muitos partos de uma vizinha, (...) três já fez três. Quando se faz o parto estás mesmo só tu e a pessoa que faz o parto, normalmente os maridos não ficam presentes, mesmo em casa nunca presenciaram. (...), fica deitada ou no chão, acho que normalmente é no chão ou na cama não sei como é que é, nunca assisti, às vezes era de madrugada, só ouvia dizer que a minha mãe ontem já fez o parto, nunca me apercebia de nada, era mais na madrugada, (...).” (E15)*

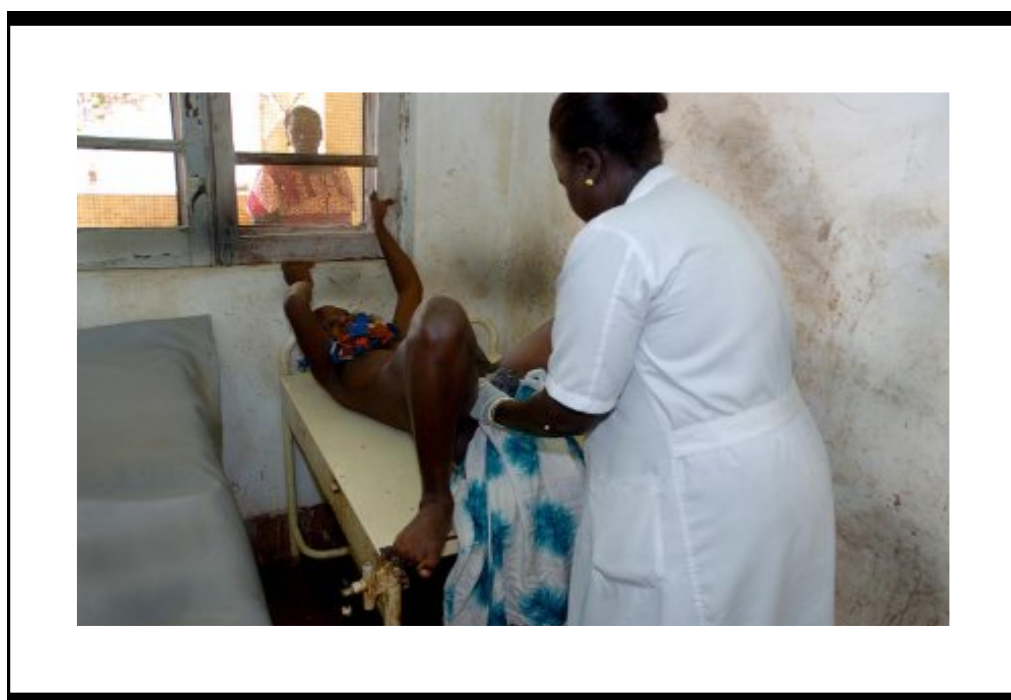
- “Depende, depende há quem prefere em casa há quem vá pró hospital, e às vezes se tens contracções de noite, lá não é como aqui a qualquer hora tu podes chamar a ambulância, que a ambulância vem logo pra levar, lá não as coisas não estão assim... se tu tiveres a sentir as contracções tu próprio arranjias um carro, e vais pró hospital, se não tiver carro vai a pé, (...) se for muito tarde, chamam assim uma vizinha daquelas mais velhas, que também sabem fazer partos e vêm e fazem em casa. Acontece muito, muito mesmo. Faz-se o parto em casa, agora assim se der tempo pra ir pró hospital, vai pró hospital. Lá também o parto acho diferente, aqui no hospital a pessoa tem o bebé, vai e experimenta sozinha né, lá não, por exemplo se for em casa amarram assim um pano por cá e apertam e vão empurrando, ajudando, tu vais fazendo a força né, eles ajudam, empurram até sair. (...) a senhora, vai mexendo, empurrando mesmo assim com força pra ajudar até sair. Já aqui não, aqui a pessoa vai fazendo esforço né sozinha. (...) E geralmente em Angola é assim, quando assim, a senhora que faz o parto, tem que pagar assim, ou dar bebida, qualquer coisa assim, dizem pagar o trabalho, há sítios até quando a bebé nasce assim se durante a gravidez a bebé deu muito trabalho pegam na bebé metem ela pelo chão e arrastam lá no chão e é normal. Arrastam como quem diz, está a ralhar, deu muito trabalho, dão umas chapadinhas (...) lá em Angola mesmo nos hospitais eles mandam passear e andar, andar mesmo muito, até que sentirem que já está quase, tem que andar mesmo que tiver cheia de dores tem que andar mesmo. Já é diferente de cá, a pessoa fica lá a apanhar soro até... Não, a pessoa anda vai dando voltas, dando voltas, até que sentir que está quase, até já nasceram angolanos lá no quintal do hospital, a dar as voltas e o bebé já não vai a tempo de ir até à sala e nasce mesmo aí. Se for em casa também anda de pé, hum, hum, e lá geralmente o parto é via baixa, são poucos, lá cesariana ainda é considerado um parto de risco, mesmo que for gémeos, hum, hum é via baixa. (...) Geralmente é mais a mãe da menina, a mãe só. O pai não, não, mesmo nos hospitais também não permitem, não deixam. Se tiver assim, se for em casa mandam ir dar uma volta, vai passear, não pode assistir, não pode ver. Lá em Angola dizem que é falta de respeito, não pode ver lá na frente das mais velhas, não pode, não pode estar em casa, mandam ele passear, quando o bebé nascer chamam. ” (E13)

- “No hospital, quem tiver oportunidade de ir para o hospital a menos que aconteça prontos. (...) Até minha irmã é parteira mas também ela não deixava ver, ela ia para casa das senhoras, enfim não sei o que é que ela utilizava, fazia os partos em casa. Chamavam-na. (...) Não eu só sei que quando... prontos a pessoa está naquele momento de coiso, quando vai para o hospital em vez de provocarem, mandam assim as pessoas dar uma volta, também as pessoas sabem, quando estão com dores de parto já põem-se a andar, a fazer caminhadas que é para pronto, ajudar a fazer a dilatação. Agora não me lembro de terem ido para a maternidade e depois ficarem lá a levar soro, ser provocado, não, vai para casa (risos). Vai a correr para a maternidade ai meu Deus! Oh mas as pessoas todas está consciente que quando está para nascer o bebé, têm que andar muito. Nunca ficam paradas a menos que tenha qualquer problema.” (E14)

- “É assim, lá eu acho que é mais em casa, nós somos três e nascemos todos em casa. Havia lá uma parteira e pronto era lá conhecida lá da zona. E ela é que fazia os partos. (...) Presença do marido durante o parto – “Não nunca, pelo menos ou por vergonha ou por pronto aquelas, aquelas coisas dos antigos.” (E9)



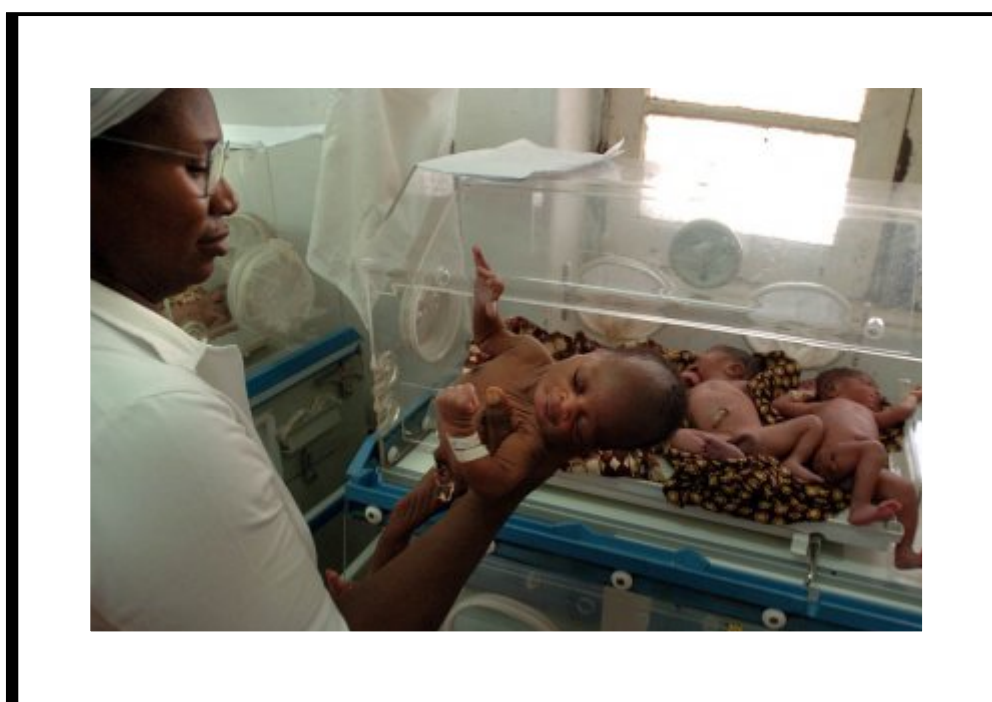
**Figura 52 - Maternidade na Guiné** (Fonte: FotoJornalismo Hugo Delgado)



**Figura 53 - Maternidade na Guiné** (Fonte: FotoJornalismo Hugo Delgado)



**Figura 54 - Maternidade na Guiné** (Fonte: FotoJornalismo Hugo Delgado)



**Figura 55 - Maternidade na Guiné** (Fonte: FotoJornalismo Hugo Delgado)

Quanto à estadia na maternidade, os três depoimentos angolanos que existem, de experiências anteriores, duas vividas pelas próprias, outra por conhecimento de outros,

divergem na forma de atendimento. A parturiente que não teve nenhum filho em Angola, relata maus-tratos e pouca informação por parte dos profissionais de saúde, outra participante pelo contrário, refere ter sido acarinhada e bem tratada e a outra refere um internamento similar ao que teve em Portugal.

- “*Eu quando tive o primeiro filho tive no hospital, numa maternidade e pronto foi normal como aqui, não houve diferença nenhuma, (...)*” (E5)

- “*(...) ai lá em Angola ainda dão um berro, quem te mandou ficar grávida, não sabia que era assim e não sei quê, e não sei quê. A pessoa vai já com medo, está a ver, fica assim pouco confiante, (...). Ah, lá Angola não tem assim... como é que eu digo, muito cuidado, não demonstra assim aquele amor está a ver, (...) Lá logo que o bebé nasce tu passas só umas horinhas e vais logo pra casa, vais pra casa, não ensinam assim como aqui, dar banho ao bebé como cuidar e não sei quê, não, ensinam, lá não, tem que ir pra casa, porque tem que dar lugar, cama pra outras que vão entrar e não sei quê, é logo despachada, mesmo cesariana, um dia e já vais logo pra casa e tem que arranjar um enfermeiro assim particular que vem cuidar assim quando é cesariana. (...) Lá no hospital não dão comida, a família, se tiveres um doente lá no hospital, a família é que leva a comida, os lençóis da cama também, tu é que tens que levar pra trocar, tudo. (...) Lá não, lá também não dão banho ao bebé no hospital, não, é em casa, aí é tudo a despachar, nasceu tem que... pra dar lugar e não sei quê. É chato, é chato mesmo. (...) Epidural - É raro, raríssimo mesmo, acho que lá há muita gente que até ainda não conhece, é raríssimo.*” (E13)

- “*Acho que não houve diferença nenhuma, porque em Angola, eu acho que é por causa da minha situação, em todo o lado onde eu vou mesmo para dar à luz, também foi a mesma coisa, trataram-me muito bem, com todo o carinho, todos à volta de mim, foi a mesma coisa. Depois também é uma maternidade grande também, a mesma coisa. (...) durante o parto não, nunca vi, nem soro, essa coisa toda. Às vezes lá no hospital é que às vezes mandam fazer uma dilataçõzinha vai para aqui vai por ali (...) Epidural – (...) não nunca tinha ouvido falar sobre isso ainda.*” (E15)

No Brasil, outra realidade, aqui, quase toda a mulher tem o seu bebé no hospital. A mulher tem um papel activo e também decisor na forma de nascer da sua criança. Durante a gravidez é planeado o nascimento, podendo a grávida optar por cesariana. Existe um grande número de mulheres que fazem cesariana. O parto por fórceps ou ventosa é proibido por lei, segundo uma entrevistada. Realizam a analgesia epidural, mas é oneroso fazê-lo. O pai pode assistir ao parto, embora muitos homens não o queiram fazer.

As mulheres mostram-se mais satisfeitas e com uma percepção mais positiva em relação ao parto, quando têm uma participação mais activa na tomada de decisões relacionadas

com o trabalho de parto e parto, garante Figueiredo et al. (2002) baseado nos estudos de Marut e Mercer, 1979 e Leifer, 1977.

- *“Já não há partos em casa não é, (...) Eu se fosse no Brasil ia ter cesariana porque eu já queria fazer cesariana. (...) pelo plano eu posso escolher. (...) O plano de saúde. Pronto nós temos um plano de saúde que cobre tudo. Aqui já não se tem um plano como lá, mas o meu plano cobre tudo, pronto, e eu se eu fosse ter meu filho no Brasil, eu optaria por uma cesariana porque eu queria fazer uma laqueadura.” (E3)*

- *“Geralmente no hospital (...) Sim geralmente vão para o hospital. É muito raro assim, na época da minha mãe era muito raro ir para o hospital, agora já é muito raro não ir para o hospital.” (E7)*

- *“Olha antigamente eu nasci em casa, a minha mãe me teve em casa, é que não tinha assim muitas condições que o hospital era longe, já nasci em casa mesmo, com parteira essa coisa toda, mas assim quem já mora na cidade ou próximo do hospital, vai tudo para o hospital, já com tudo planejado, no pré natal já conversa com o médico, já fala a situação como é que vai ser o parto e não sei o quê, e tem opção de escolha ou tem o parto normal ou cesariana, foi isso que me falaram lá, não sei, e aí já vai assim consciente do que vai acontecer lá e pronto. (...) Tem a presença do marido, é um acompanhante por parto, geralmente são os maridos.” (E8)*

- *“No hospital. Sim, pessoalmente pelo que eu sei sim, eu nunca fui lá no hospital na maternidade né, mas é normal. Acho que aqui vocês é... optam mais pelo parto normal, lá não insiste tanto, igual aqui, vocês aqui deixam a mulher mais tempo sentindo dor pra ver se consegue ter mesmo o parto normal. Lá o médico não, a minha irmã mais velha mesmo o primeiro nem sequer tentaram parto normal só porque o menino era grande, fez logo a cesariana.” (E11)*

- *“No interior há ainda muitos partos em casa. É a parteira mesmo, quando não dá pra chegar até ao hospital ai fazem, então ainda acontece muito ter um parto em casa, só que hoje em dia sempre dá, por mais cantão de roça que seja o sitio tem um posto de saúde por perto, mas ainda acontece muitas mães têm os filhos em casa, só que lá no Brasil, (...) gravidez no máximo será até às 39 semanas, lá não passa disso não, (...) Lá no Brasil também não usam fórceps nem ventosa, lá é proibido usar também fórceps e ventosa, não fazem mesmo, é proibido pela lei. (...) Lá quem cuida da criança é as enfermeiras, as crianças vai ficar com a mãe sozinha durante a noite, de dia elas ficam lá na área das crianças mesmo, é elas quem cuida, até mesmo pra dar banho cuida da criança em geral, só levam para a mãe amamentar, lá é assim. (...) e uma coisa que eu aqui vi que é vantagem em relação a lá, é a epidural, a gente lá tem que pagar e aqui não, e lá é caro, acho que pra epidural é 20 mil reais, pra levar anestesia, quando tem normal aqui não, então é melhor. (...) Lá se o pai quiser assiste, só que o homem a maioria não quer não.” (E17)*

- *“É no hospital. Eu tive no hospital. (...) É igual. É porque é assim, lá, não sei porque as coisas mudam também, mas na época em que eu tive a minha filha eu era mãe*

*solteira e então no Brasil, para eles parece que é um absurdo, e sabe que eles mal tratam muito, eu fui mal tratada, no hospital.” (E18)*

*- “No hospital. Às vezes aqueles que dá forte vão e fica no soro, outras inclusive é a minha irmã, quando foi ter o bebê, foi quatro vezes ao hospital e ele mandou ela vir para casa, vai a quinta vez e disse que já não ia mais porque não estava aguentando, e aí ficou no soro, mas também só deixa lá quando o bebê está mesmo para nascer.” (E19)*

A Leste da Europa, na globalidade todas as mulheres parem no hospital, segundo as participantes no estudo. Durante o trabalho de parto, os discursos variam, entre colocar ou não a soro. Quando a gravidez chega ao seu termo interna-se a mulher, mesmo que não esteja em trabalho de parto, como o referem duas participantes, uma da Ucrânia e outra da Roménia. As entrevistadas da Roménia mais uma vez aludem à corrupção que existe a este nível, sendo a resposta ao suborno, crucial para o sentido e a forma como vai decorrer o parto.

*- “É no hospital. (...) as minhas primas todas tiveram partos normais. Se não começarem as dores punham isso, porque eu sei que tinha uma amiga que também disse que quando..., acho que também não põem soro, só agora, antigamente não punham. (...) depois quando nasce, pronto quando o parto também sempre é como aqui é a enfermeira, os doutores também é só às vezes estão lá, às vezes não, acho que é como aqui.” (E2)*

*- “(...) vai mesmo toda a gente. (...) grita-se igual como aqui. Ah... acho que sim, acho que já começaram a fazer (epidural), tive a falar com a minha cunhada e ela estava a dizer, ela perguntou-me o que é que fizeram no primeiro parto e agora, puseram-me a soro, provocaram-me. E ela disse, aqui também. E a cesariana é igual, é assim está é um bocado mais atrasado, mas chega lá. Antigamente era a medicina melhor, agora está mais atrás, mas chega lá, está igualzinho.” (E6)*

*- “(...) como se nasce, como faz, não tem nada cuidado com a gente, quem tem dinheiro nasce bem quem não tem... Agora há muitas clínicas particulares lá e mesmo assim se tens dinheiro faz, se não tens, não faz nada. (...) Olha quando eu fui aqui na Roménia estava a dar dinheiro pra todo lado e não tive cuidado nada. (...) Por causa de levar assim soro também, antes do parto está para nascer. Eu não tinha dores, quando cheguei lá no hospital, não tinha dores nem nada, tal como aqui, e para vomitar e para ajudar, põe o soro, não sei, é igual. Mas estas coisas os cuidados dos médicos não... (...) E vi ontem uma senhora que “nasceu” lá na Roménia e “nasceu” e levou como se chama.... Sim, epidural, mas na Roménia diz-se peridural, não sei como se diz, mas é a mesma coisa,(...)” (E12)*

*- “(...) porque lá os médicos são muito corruptos e lá quando vai no hospital tem que dar, se não dar do bolso, mas dinheiro assim, não uma atenção pequena, nem olha para ti, já foram casos que deixaram uma mulher morrer naquela mesa, na sala de partos*

*porque não tinha dinheiro para lhe dar e deixaram acho que precisava de alguma coisa senão nascia normal, precisava de alguma coisa ou de cesariana e deixaram morrer, porque a cesariana já o médico já decide é tanto, a preço que é ilegal. Lá tem muitas mulheres que preferem fazer cesariana não sei porquê. (...) e não é só médicos, mesmo as enfermeiras, mesmo as mulheres da limpeza, não vem trocar a roupa da cama se não se põe uma coisinha no bolso, é tudo com dinheiro, lá quando queres ter um filho tens que ter dinheiro, bem para sustentar no hospital e lá acho que fica mais tempo. (...) Lá, por exemplo, aqui vi que estava uma vez comigo uma senhora que veio com dores e mandou para casa porque tu não vais “nascer” hoje vais para casa, mas lá não, lá preferem internar as mulheres com um dia ou dois antes do tempo e fica em cama normal como um doente e anda, e acho que não põem como aqui, com o soro, lá deixam assim sem soro. Bem ouvi dizer que agora há muitos destes particulares, já não conheço ninguém, não conheço que tenha tido bebé lá.” (E16)*

*- “(...) e depois assim do parto ah... nós senhora grávida precisava ir para o hospital quando já, por exemplo amanhã tu tens 40 semanas e ela precisava de ir para o hospital, ela falar com médico, está quase ou não, e ela ficar no hospital dois três dias ela fica no hospital, pronto, e depois pronto o parto também é dois três dias.” (E20)*

#### 2.4.9.3 - Cuidados à mulher no pós parto

Ao contrário da gravidez, o período pós parto é descrito por todas as entrevistadas, como um período onde há necessidade de cuidados específicos. Todos os grupos, principalmente o grupo africano e brasileiro, vêem o puerpério como um período de resguardo (trinta a quarenta dias) em que a mulher não sai de casa. A WHO (1998), faz alusão a este facto para o qual, os profissionais de saúde devem tê-lo em conta, ao referir que, em algumas culturas são considerados essenciais para a convalescença da mãe e desenvolvimento da criança, os primeiros quarenta dias após o parto, em cujo período a mãe não pode sair de casa e é aliviada de todas as responsabilidades domésticas, excepto as inerentes ao recém-nascido. As citações seguintes exemplificam este aspecto:

*- “(...) pronto é não fazer esforço. (...) é a avó que ajuda e ensina a mãe” (E4)*

*- “A mãe depois do parto toma banho normal né. (...) Ah! tem a tal da quarentena, não sei se aqui tem isso, que a mulher tem de ficar de resguardo esse tempo inteiro, não pode sair à rua, tem que ficar em casa, não pode fazer esforço, não pode arrumar casa, não pode fazer nada, tem que estar sempre descansando, pra não prejudicar os pontos e não sei o quê, repouso total.” (E8)*

- *“É, a gente não sabe... é, realmente é bom não fazer nada né depois de ter o nené, até completar trinta dias, (...) lá a gente não sai. Não, não pode sair.”* (E10)

- *“(...) estava lá com avó, mãe, estava tudo ao pé de mim. (...) ficamos mais é em casa, aqui tem que ir logo pesar todas as semana, quer dizer, uma mulher lá que dá à luz lá não anda assim à toa, fica um mês dentro de casa, um mês e qualquer coisa, não pode estar assim debaixo do sol, principalmente no Verão, é muito chato, andar assim é muito difícil. Estava acostumada lá em Angola estar que nem uma rainha até comida tudo me traziam, estava sentadinha.”* (E15)

- *“Não, sempre tem alguém cuidando trinta dias tem alguém cuidando.”* (E17)

Nessa altura, a puérpera necessita de ajuda, de alguém que lhe preste cuidados, que cuide do bebé e da casa.

No grupo africano é geralmente a puérpera que vai para casa dos familiares.

- *“(...) eu quando tive o meu primeiro filho, a minha mãe ficou um bom tempo com ele em casa, para ajudar naquilo que ele precisava e também para eu poder descansar enquanto ela ficava com o meu filho.”* (E5)

- *“Não eles ficam, (...) ficam mesmo aquele tempo de resguardo, os pais, neste caso quem tem pai e mãe é que fazem, é que ajudam eles ao fim e ao cabo só tratam mesmo do filho, do bebé.”* (E9)

- *“Hum, hum, fazem pouca coisa, descansam, por isso é que vão à casa dos pais, a mãe geralmente, lá as casas têm muito, lá nascem muito, têm muitos filhos, geralmente uma casa já pode ter seis, sete ou oito pessoas dentro, tem muita gente pra cuidar e tu podes descansar, porque há muita gente pra tomar conta do bebé, por isso é que vão mesmo pra lá, geralmente na casa do esposo são só os dois ou têm outro filho que ainda é pequeno e também não consegue, iá, por isso é que vai a casa dos pais pra ajudar. (...)”* (E13)

- *“(...) é a pessoa que vai para casa da mãe que teve bebé há pouco.”* (E14)

No Brasil é a mãe ou outro familiar que comumente, vai para casa da puérpera.

- *“Vai sempre, sempre, a minha avó, no meu caso a minha avó, que a minha mãe é doente né, a minha avó quando a minha irmã teve o segundo filho dela, que a minha irmã agora mora no Paraná, não mora mais em Minas Gerais, e a minha avó saiu de Minas e foi lá pra casa da minha irmã e ficou lá com ela quarenta dias.”* (E11)

- *“Olha no Brasil é assim, é um pouco diferente não é, é aquela coisa que quando se tem bebé até os vizinhos vão para lá ajudar, a tomar conta do bebé, a lavar a roupa, a casa, a fazer o almoço, a mãe geralmente, por exemplo a minha irmã, a minha mãe ficou com ela, ficou os primeiros meses com ela, e aí vai, cuida do bebé, (...)”* (E19)

No Leste da Europa, nomeadamente na Moldávia e na Roménia a mulher também tem sempre ajuda de familiares que vão lá para casa nessa altura.

- (...) *lá sempre há ajuda, os pais sempre estão lá, ajudam sempre e aqui tem que ser sempre sozinho, (...)*” (E2)

- “(...) *mas descansa-se pronto há apoios, (...) lá vão para casa ajudam muito, as mães e as sogras fazem tudo e mais alguma coisa, a mulher está lá como uma princesa, (...)*.” (E6)

- “(...) *vai para casa, mas se tiver possibilidade traz a mãe ao pé dela, ou depende...*” (E16)

Porém, a informação da entrevistada da Ucrânia, não é tão certa, quanto a essa ajuda.

- “ (...) *lá só por exemplo se família nova mora com pessoas, pais, claro, pais também ajudam. Isto é como é, se família nova tem dinheiro para comprar ou tem dinheiro para alugar, pronto e então...*” (E20)

As entrevistadas guineenses e angolanas falam num “banho” que a puérpera tem que fazer, que consiste em água fervida com folha de acácia ou folha de banana seca (na Guiné) ou capim de Deus (em Angola). Na Guiné esse banho é dado com aquela água muito quente com a mulher com a cabeça para baixo, e comprimindo o períneo com as folhas de banana ou de acácia.

- “(...) *por exemplo se é parto normal tomam banho, uma vez dar banho de cabeça abaixo, com água quente e com uma folha que é de rua, às vezes folha de acácia às vezes folha de banana seca. Pega-se na folha e calca-se por esta parte (aponta para a zona perineal), porque depois sai sangue e a gente faz isso. Tem que ser sempre uma pessoa mais velha e lavam com a água de cozer a folha da banana. Mesmo a cabeça. (...)*” (E1)

- “*Sim tem que tomar banho com água muito quente e assim de cabeça para baixo, com umas palhas que metem lá folhas de coisas, metem lá para tomar banho.*” (E4)

Em Angola, a mulher recebe vapores com aquela infusão, na zona perineal, e o seu corpo é apertado com toalhas quentes embebidas também naquela água. Com estes cuidados pretende-se fazer a limpeza do corpo, de modo a saírem todas as impurezas depois do parto. Esta ideia é mencionada por Kitzinger (1978), ao referir que as secreções e sangue do parto, são considerados impuros, justificando com este tabu em algumas sociedades, a ausência dos homens durante o parto, pensando que estes

produtos, os podem pôr em perigo, provocando doenças ou mesmo a morte. Nos testemunhos do grupo africano foi relatado que o homem não participa durante o parto. Poder-se-á então associar este facto à ideia de estado de impureza da parturiente e puerpera, que se deduz do referenciado pelas guineenses e também pelas angolanas nos cuidados aqui descritos? No que concerne às participantes angolanas, estes cuidados revelam-se nas citações seguintes:

- “(...) mas já depois do parto é que... Para a mãe, é mais para a mãe. Usam umas folhas... fervem, fervem as folhas, e pronto fazem aquele vapor, para nos lavarmos e para tomar banho também, durante um certo tempo, aí um mês, ou um mês e 15 dias, para receber aqueles cuidados todos, é para a limpeza íntima, para tirar os restos que ficam, vão passando na nossa barriga para tirar os restos que ficam, e também é um produto para limpar a pessoa em si. Com o meu N. fiz.” (E5)

- “Não, toma logo banho, e depois lá quando nasce têm cuidados próprios né, a mãe da menina faz, tem um capim lá, que nós chamamos capim de Deus, é um capim assim seco, muito seco, fervem aquilo, fervem, tem que estar mesmo quente, põem assim num balde, vai banhando com aquela água daquele capim, dizem que dá pra recuperar as forças, né, dá um banho na mãe com aquilo e depois água mesmo assim quente num balde, tu tens que sentar lá, sentas no balde e aquele vapor vai subindo, mas tem que estar mesmo quente, mesmo quente, faz-se sempre, todos os dias até se sentir mesmo assim muito bem, todos os dias tem que estar, e vão apertando com água quente também, tem que apertar todo o corpo. Usam uma toalha, molham naquela água mas quente mesmo. Aqui me fizeram também, as minhas amigas, durante um mês, até curarem os pontos. Dizem que é pra tapar o buraco (risos), conforme dizem depois de nascer a mulher fica vazia como dizem né, tem que fazer aquilo, apertam, apertam todo o corpo mesmo, mas a água tem que estar mesmo quente, tu gritas até. (...)” (E13)

- “Oh deixe-me lá ver, sei que depois assim que se dá o parto, isso (risos), tomamos banho com uma erva, capim, eles chamam capim de Deus, chamamos capim de Deus e por acaso eu tinha aí até à pouco tempo, deitei ainda à pouco tempo, foi ainda esta semana. As senhoras fazem vapores com aquilo e depois tomam banho, prontos, apertando o corpo com aquilo. (...) tem bebé e tem sempre ajuda, tem sempre, tem sempre, aliás tem sempre alguém a dar os banhos à dita pessoa, para começar, as pessoas nunca tomam banho sozinhas com as tais ervas, aquilo é fervido e depois com água muito quente, dar banho com aqueles ditos vapores. São familiares que ajudam.” (E14)

- “Sim, uns banhos de água morna e tem umas ervas próprias que tem que tomar no banho, tem que fazer uns apertos para sair aquele lixo todo. (...) aquilo não é mesmo morna, aquilo parece que fica mais é quente do que outra coisa.” (E15)

A entrevistada moçambicana não especifica nenhum cuidado especial.

Quanto à alimentação da puérpera, o grupo africano e brasileiro refere que a mulher deve comer logo após o parto, caldo de carne (falam mais em galinha), de peixe, ou caldo de farinha de mandioca.

- *“Comem .... Matam galinha e comem depois continuam a matar galinha, às vezes carne de vaca, carne de porco”* (E1)

- *“ Olha logo que nasce tem que comer já, aqui ainda esperas umas horinhas, lá não, logo que nasce, prepara-se uma sopa ou um caldo, tem que comer logo. (...) Mas mesmo no hospital logo que nasce tem que comer. Come logo, toma uma sopa, geralmente é sopa ou caldo, fazem um caldo, conhece caldo, né, fazem de peixe, caldo com farinha ou mandioca.”* (E13)

Todavia, uma entrevistada brasileira também sugeriu que não é recomendado a ingestão de peixe após o parto.

- *“Há uma coisa que a minha mãe sempre falou para mim, (...) que não devia comer peixe porque tem cloro, e essas coisas de lá. Só carne, peixe que não tem cloro, que tem escama não. É o peixe que tem, é assim esse peixe, por exemplo existe um peixe que se chama raia. Fazia mal a mim, porque depois de abrir a barriga e tal, não fazia nada bem.”* (E19)

Num estudo realizado por Ahlkvist e Wirfalt (2000) sobre crenças e práticas dietéticas na gravidez e lactação de mulheres iranianas em contexto de migração, revelou-se que davam maior importância à dieta materna durante a lactação que durante a gravidez. As mulheres do estudo supra citado acreditavam que a comida que ingerissem passava para o leite materno e afectava o valor nutricional do leite, e também que, bons hábitos dietéticos garantiam uma quantidade suficiente de leite. No estudo em análise, também se verificou uma maior valorização a práticas e crenças dietéticas durante a lactação, assim, no que diz respeito a alimentos recomendados durante a amamentação, para aumentar a produção de leite, todas as africanas indicam o consumo de mandioca crua e amendoim cru.

- *“Antes do bebé nascer, lava-se o peito, a maminha, e pronto vai-se dando, mas há aquelas ocasiões que dizem, não, mas tu não tens leite para amamentar, tens que comer a mandioca, que é uma raiz de uma árvore, é uma espécie de raiz, mas é assim grossa e dá para comer, amendoim cru, e pronto essas coisinhas aí, e mais algumas.”* (E5)

Aumentar o leite – *“Mandioca, ginguba, conhece ginguba, aqui chamam amendoim, mas tem que ser mesmo aquele bem fresquinho mesmo, tem que comer aquilo assim cru, comes aquilo, mandioca, mais quê, o funchi também faz bem, muita folha, para termos..., a gimboa, tem a quizaca. A quizaca é a folha da mandioqueira, aquilo pisa-se aquela folha, pisa-se bem pisadinha e depois cozinha-se, faz-se com... é só ferver, faz-se um refogado, mete-se lá as folhas e metemos não sei se aqui é muamba de ginguba, não conhece né. É...aqui como é que chamam... é amendoim mas moída, moída, metemos aquilo lá, também é bom. Gigumba tem que mastigar, comer aquilo assim cru, funchi, tem que comer muito funchi, tomar muito caldo.”* (E13)

- *“Ah para ter mais leite, a mandioca crua, o amendoim cru e que mais..., ai já não me lembro, sei que ainda havia mais qualquer coisa, mas é infalível a mandioca crua e o amendoim.”* (E14)

- *“Sim, diziam pra beber muito leite, comer amendoim cru e mandioca, coisas que dão leite.”* (E15)

As guineenses juntam ao amendoim, leite de milho ou iogurte natural, para aumentar a secreção de leite.

- *“Lá na Guiné se tem bebé tem que fazer assim, amendoim cru, tens que tipo triturar mas não é triturar; com almofariz, e com arroz e depois cozem, a gente mete leite de milho, mas aqui mete iogurte natural e com açúcar e come, e faz aumentar o leite.”* (E1)

- *“Comem coisa, mancar, amendoim, e comem quê, iogurte assim igual a iogurte para dar mais leite.”* (E4)

E para cuidar da mama, quando surgem problemas, uma participante guineense, refere que, recorrem à sabedoria popular, com a utilização de remédios caseiros à base de plantas.

- *“Se o peito começar dor fazem, mas eu não sei o que é que elas fazem mas fazem, vão à mata, há folhas na mata para fazer tratamento ao peito.”* (E1)

A participante de Moçambique refere que a mulher deve comer peixe para aumentar a produção de leite.

- *“(...) , o que a minha mãe me diz é para comer peixe, diz que o peixe faz ter muito leite, é a única coisa que ela me diz.”* (E9)

No Brasil, no período de puerpério a mulher toma banho sem nada específico, não deve nunca fazer esforço, e não se baixar.

- “Ela baixa de jeito nenhum, ela tem o maior cuidado depois do bebê nascer... eu tenho mais cuidado depois, do que durante a gravidez. Tomo banho normal, o mais cuidado que eu tenho é em me baixar. (...).” (E10)

Apenas há referência por parte de uma participante brasileira, à puerpera tomar banho com água de folha de goiaba ou de algodão.

- “Ah lá dão banho à mãe com folha de goiaba ou então de algodão que às vezes pode fechar mais rápido, pode sempre fechar mais rápido, que aquilo cicatriza mais rápido e cai. (...).” (E17)

Para aumentar o leite, as brasileiras aconselham a comer canjica, uma receita à base de milho branco, e também indicam o amendoim, assim como o pirão, canja de galinha com farinha de mandioca.

- “Na época que você está grávida, fazem muito sabe o que é, aqui eles mandam comer bacalhau não é, lá a gente come muito canjica. É, sabe o que é que é canjica? É milho, é um milho próprio para fazer canjica que é branco, coze com leite, bota coco, bota canela, há pessoas que gostam de botar amendoim, amendoim torrado ralado, e faz a pessoa durante a gravidez, e quando se tem o bebê come-se ainda muito mais. A mãe não está a aguentar para dar leite, faz pirão, pirão de galinha. Põe a galinha, uma caipira, pega farinha, o meu marido habitou-se a comer agora, ele dantes não comia, mas agora alguma coisa ele já come, pega farinha, farinha brasileira está a ver, faz o molho da galinha, faz a galinha ficar em caldo, pega a galinha e põe naquele molho, bota a farinha, à pessoas que gostam de colocar ovos, vinho, mas pronto isso é forte (...).” (E3)

- “Olha, falavam no termo de leite, para comer muita canjica, aqui não sei se há, é uma espécie de milho, e também mingau que aqui fala..., fala como aqui mingau? É tipo uma sopa assim aguada. É dizem que é muito bom para dar leite e também tem que evitar certas coisas pra comer também que faz mal ao bebê, mais ou menos as daqui também, bebida gaseificada não pode que dá muito gás no bebê, essas coisas todas, não lembro mais. (risos) (...) para aumentar o leite, (...) lá pra nós, eles fala que comer pirão, caldo de frango, cozer o frango e depois com aquele caldo, cozinha ele com farinha de mandioca, comer macarrão também é bom para dar o leite... Tudo à base de milho também dá leite. É milho também é muito bom, fazer uma sopa, fazer aquela canjica, aquele milho de grão, cozinhar ele, fazer tipo assim uma sobremesa sabe, então é muito bom.” (E8)

- “Lá, nós temos o hábito de comer, aqui não sei se vocês conhecem, não devem conhecer, a gente chama lá de canjicão, canjica, que eles falam que aumenta muito o leite, mas é porque ele tem muito líquido, ele é de milho né, é muito forte e como vai muito leite e muita água, então provavelmente aumenta mesmo o leite. Eles falam isso para comer muito canjicão ou canja de galinha também né, a canja que vocês têm aqui também que dá muito leite.” (E11)

- *“A minha mãe sempre mandou a gente comer uma canjica, a mandioca, tanta coisa que a gente comia lá, mas eu sempre tive muito leite.”* (E10)

- *“Deixa ver coisas que fazem... Uma sopa de galinha que fazem, uma sopa de galinha com farinha que fazem, pró leite da mãe ficar forte, todo a mãe que ganha nené faz essa sopa (...) lá todo o mundo faz sopa de galinha, também é assim, quem não é evangélico toma cachacinha, cachaça com arruda, acho que aqui não tem arruda não é? Uma folha verde com um cheiro forte, é gostosa para fazer chá é boa, toda a mãe que ganha nené... (...) a cachaça com arruda quem toma mesmo é as visitas, é pra visitas tomarem e comer a sopa, é gostoso, é bom.”* (E17)

Na Moldávia também há referência a um banho que a mãe e bebê têm que fazer com água fervida com flores do campo, e na Roménia também falam em banho com chá de camomila.

- *“Lá é assim a mulher “nasce”, quando ela vem depois de ter o parto ela está cansada né, é assim, faz-se banho, lá os bebês não tomam banho assim, a mãe quando ainda está grávida vai apanhar na floresta flores do campo (...) E a mãe também é assim, que eu falei com essa senhora, vi a mãe dela fazer, (...) tomava ela o banho, (...)”* (E2)

- *“Não é igual como aqui, por causa que quando nasceu a A. também levei pontos e também foi igual como aqui, mas disseram que era melhor para lavar-me com chá de... como se chama... de camomila, é melhor lavar assim. (...)”* (E12)

Como alimentos específicos para o aumento da produção de leite, as participantes do Leste da Europa, designadamente uma entrevistada da Moldávia e da Ucrânia, citam apenas as nozes, o leite condensado e leite com mel.

- *“É leite com mel, (...) nozes, (...) Faz ter mais leite, o leite amarelo (...)”* (E6)

- *“Sim, disse que eu preciso comer pouco, só muitos vezes por dia, preciso comer, ah...como se chama, leite condensado, isto muito bom (foi buscar nozes) isto muito, muito calorica. Isto é quando dar de mamar.”* (E20)

As romenas indicam a cebola e uma delas também a cerveja.

- *“Ah, disseram que podes comer mais, ai como chama..., podes comer cebola, muita cebola, lá na minha terra diz assim, que ajuda a fazer leite. (...)”* (E12)

- *“(...) mas diz-se por exemplo se tomar cerveja faz mais leite e comer cebola, (...)”* (E16)

O grupo do Leste da Europa, referiu também alimentos proibitivos na amamentação, são eles, o alho porque seca o leite, o feijão, couves, bananas e laranjas, porque dão cólicas intestinais ao bebé.

- “(...) sempre disseram para não comer alho (...) Porque dizem que seca o peito (...).” (E2)

- “Lá na minha terra se diz, não comes como se chama... feijão, feijão assim não verde, feijão, feijão, não podes comer por causa diz que dar dores de barriga nas primeiras vezes ao bebé e não podes comer como se chama... couves, também não podes comer. Também lá na minha terra não podes comer assim bananas muitas para não dar assim intestino preso, e laranjas.” (E12)

Ainda há a referir, o citado por uma romena, que diz que a puérpera só pode sair de casa ao fim de oito dias, depois da visita do padre.

- “A mãe também não sai de casa oito dias depois do parto, depois vem o padre e lê uma “ruga” para proteger a mulher para poder sair.” (E16)

#### 2.4.9.4 - Cuidados ao recém-nascido



**Figura 56 – Maternidade (Pintura de Eliseu Visconti)**

Os cuidados ao recém-nascido também são eles influenciados por padrões culturais, verificando-se esse facto, nas várias dimensões de cuidados: aleitamento materno, cuidados de higiene e conforto, sono e repouso, vigilância de saúde, crenças e superstições, e transporte e segurança. O cuidador principal do recém-nascido nas várias culturas estudadas centra-se basicamente em dois elementos, a mãe do recém-nascido e a sua avó materna ou, por vezes outro membro familiar feminino experiente.

##### 2.4.9.4.1 – Cuidador principal

Durante o puerpério, nos países africanos, o cuidador principal do recém-nascido é a avó materna, ou a pessoa do sexo feminino mais próxima da puérpera. A mãe do recém-nascido também lhe presta cuidados, mas sempre sob orientação da mulher experiente.

- *“É a avó, é a pessoa mais velha, a mulher, até um mês, dois meses e depois passa a cuidar a mãe.” (E1)*

- “A mãe e a avó. (...) é a avó que ajuda e ensina a mãe. (...) É a avó, pronto que cuida mais.” (E4)

- “(...) normalmente é as mães ou a mãe do bebê ou se tiver, ou a minha avó neste caso a minha avó que ajudava.” (E9)

- “É a mãe, geralmente é que cuida. A mãe do bebê com ajuda, prontas recebe, se for então o primeiro parto, as pessoas com mais idade ajudam.” (E14)

- “Ainda fiquei um mês, não depende, depende do tempo que eu quiser ficar, um mês ou dois lá na mãe, depois é que vou para casa, a mãe é que cuida de mim e do bebê, eu só ficava sentadinha.” (E15)

O primeiro banho, a desinfecção do cordão umbilical, são cuidados vulgarmente prestados pela mãe da puérpera ou pela pessoa que orienta a noviça mãe, iniciando-se assim a sua aprendizagem.

- “Normalmente é assim, temos sempre alguém em casa nessa altura, por exemplo a avó ou uma tia, que ficam com o bebê até um certo tempo. Como já têm mais experiência, dão banho, vestem, os cuidados, os primeiros cuidados normalmente são eles que vão dando.” (E5)

- “Temos sempre, e geralmente assim por exemplo se os pais vivem distantes, assim mais ou menos se for de cá até Vila Franca, qualquer que seja a distância, a pessoa tem que ficar com a mãe, vai a casa da mãe fica lá uns dois meses, até... se trabalha, pode ficar até o umbigo do bebê curar, as mães lá é que tratam disso, até cair, um mês, pode ficar mais de um mês, até se sentir muito bem e depois volta pra casa do esposo. Geralmente ficam com as mães durante um mês, um mês aí, tu já podes fazer tudo, se trabalhas podes ir trabalhar.” (E13)

No Brasil, a situação é idêntica à dos países africanos, nomeiam como principal cuidador, no período de “resguardo” da mãe da criança, o elemento familiar feminino, mais próximo e mais experiente. No entanto, dão mais ênfase ao papel materno; algumas participantes qualificam a mãe do recém-nascido, como principal cuidador, com supervisão e ajuda da perita. Os cuidados ao recém-nascido, prestados por este cuidador experiente, têm sempre o intuito de orientar a mãe principiante no seu novo papel.

- “As minhas irmãs pronto sempre ficavam, ou a minha mãe, que estavam em casa da minha mãe, sempre cuidou dos netos.” (E3)

- “(...) geralmente costumam... as avós costumam lhe dar assistência, mas pelo menos comigo, eu comecei a cuidar do meu desde o primeiro dia, e mesmo do outro. Fui eu que dei o primeiro banhozinho, e o meu marido ficava lá que nem bobo, sempre dizendo: Ah!, tem cuidado, muito cuidado.” (E7)

- “(...) é mais a mãe mesmo, a avó cuida sim, ajuda dá uma força dentro de um mês, dois. (...) mas quem cuida é a mãe mesmo. Avó: - É só orientação, a mãe que teve o primeiro filho, então ela não tem experiência nenhuma, então qualquer coisinha que o bebé faz, para ela já é um... nossa está mal tem que ir logo para o médico, tem que ser paciente com a mãe, não é, quando não tem experiência, quando está a avó por perto já ajuda a orientar né. - Olha não é assim, às vezes o modo de pegar na criança, já acalma ele, né, e às vezes a mãe não tem tanta experiência, quanto mais ela está agradando, o bebé às vezes não está aceitando, né, (...) Aí quando a gente tem o primeiro filho a gente fica por fora, acha que tudo que está fazendo vai machucar, aí com a gente como eu que já tenho experiência que já tive cinco, (...) todos me dando netos, (...) quer dizer que já sou a segunda mãe deles, apesar de que já passou muito tempo, mas lembramo-nos sempre.” (E8)

- “É a avó. A avó ou a tia, é melhor a mais próxima.” (E10)

- “No início fiquei, e a C. ficou logo com a minha mãe. Sim, com a mãe. Fui eu, e a mãe também ajudava. (...)” (E18)

Na Roménia e Moldávia, também se procura a ajuda de familiares, no período do puerpério. Contrariamente, a entrevistada da Ucrânia refere que nem sempre este facto acontece como já foi referido anteriormente.

- “Por causa quando nasceu a A. ela estava a dar banho a A. primeiros dias, primeiros meses, por causa que ela estava a morar ao pé de mim e eu tinha medo, tinha vinte e um anos e tinha medo de fazer alguma coisa, (...)” (E12)

Principal cuidador é a mãe – “Sim, só se for assim conselhos e...” (E16)

Os resultados encontrados nos três grupos, são condizentes com o verificado por Cronin (2003) no seu estudo, em que apurou que, a figura central de suporte social na maioria das participantes que tinham sido mães pela primeira vez, eram as suas mães, com um intenso envolvimento, prestando estas cuidados directos à criança e tornando-se o principal cuidador.

Realça-se a particularidade, do membro do sexo masculino, nomeadamente o pai do recém-nascido, na generalidade em todos os países estudados, não ser o principal cuidador, e nem sequer colaborar nos cuidados ao bebé.

- *“Geralmente é as mães e as avós, os pais têm sempre aquela coisa, pelo menos do que eu vi, têm aquela coisa, aí não vou pegar que é muito pequeno e que não sei o quê e têm medo. (...)”* (E8)

#### 2.4.9.4.2 – Aleitamento materno

Em todos os grupos estudados, o aleitamento materno insere-se no seu padrão cultural. Contudo, o grupo guineense e uma entrevistada angolana, referem que no seu país amamentam, mas por necessidade, porque o leite artificial é demasiado dispendioso. Este facto, pode ser uma explicação porque se inicia a alimentação diversificada ao bebé tão cedo, como o alegam as entrevistadas angolanas, com a introdução da farinha de mandioca, por vezes com menos de um mês de vida.

- *“(...) amamentam, mas agora já é mais moderno e dão leite em biberão também. A mãe jovem moderna, do interior não têm dinheiro para comprar leite dão mama.”* (E1)

- *“(...) não há possibilidade de comprar leite, não há dinheiro, dão sempre mama.”* (E4)

- *“No máximo 2 anos. Há quem vá até aos 3, mas no máximo 2 anos. (...) Às vezes muito cedo, não foi o meu caso, mas às vezes muito cedo, às vezes aos 2 meses já, já dão alguma coisa para comer, dizem elas que os bebés têm muito fome e então por isso dão alguma coisa para comer.”* (E5)

- *“O bebé nasce e mama e lá os bebés começam a comer muito cedo. Comer mesmo, comer, cá geralmente é a partir dos seis meses né, água também, lá o bebé quando nasce já pode beber água, há bebés que começam a comer com quinze dias, quinze dias, outros dois meses. Faz-se o funchi assim molinho o funchi, com um molho assim de quiabo, molho de quiabo, só assim, ferve o quiabo, põe um pouquinho de sal, aquilo é muito nutritivo. Lá dizem que a bebé já nasce com fome, já nasce com fome, tem que comer já. (...) Só que os bebés usam biberão, né, mamam o leite pouco, porque às vezes as pessoas não têm condições para comprar sempre leite, por isso é que começam também a comer cedo. A mãe não está pra dar mama, por isso começa a comer cedo senão, não aguenta.”* (E13)

- *“Ah! Na altura em que começa a comer, ela assim aos três mesitos, assim que começa a comer, faz-se batido a papaia. Sim, é, essas papas, farinha de mandioca, aquilo é muita pesado, é mandioca que é fininha para dar ao bebé, as primeiras papas (risos). (...) mas lá muito cedo, os bebem comem essa dita papa, papa de mandioca.”* (E14)

No estudo realizado por Machado (2006), e outros estudos referenciados por este autor, nomeadamente, Morrow et al., 1999; Villar et al., 2005 e Sarafana et al., 2006, indicam

como factor de sucesso de amamentação, a etnia africana. No entanto, pelo descrito em três testemunhos das entrevistadas angolanas parece que a manutenção exclusiva da amamentação para além dos três meses não é uma realidade maioritária junto desta comunidade africana.

A entrevistada moçambicana afirma que a mulher amamenta até tarde.

- *“E pronto amamentam, ela amamentou sempre os filhos até tarde.”* (E9)

No Brasil a mulher também amamenta até tarde e só em excepções, quando o culto do corpo se eleva à maternidade é que a mulher opta por não amamentar.

- *“Ah! quem tem leite amamenta.”* (E3)

- *“Na maioria das vezes sim, só não amamentam quando não têm leite mesmo, mas quando têm elas sempre optam por amamentar no peito e também porque é bem mais saudável, (...)”* (E7)

- *“É dá peito até muito tempo.”* (E8)

- *“É, a maioria amamenta.”* (E11)

- *“Amamentam. Lá as mães amamentam bastante.”* (E10)

- *“Ai só aquelas mães que é vaidosas demais, só para o peito não cair é que não dão, o resto dão.”* (E17)

Destaca-se o testemunho de E18, do Brasil ao referir ter amamentado a primeira filha pouco tempo, pelo insuficiente apoio que teve, na prossecução da amamentação.

- *“À C. dei por pouco tempo, porque eu não conseguia, estava sempre muito nervosa por causa da minha C. e fiquei sempre com aquele preconceito. Eu tentava dar, tinha dor, ficava com febre mas não saía leite. Não sabia o que fazer, não tinha ninguém, ninguém para me orientar com o bebé.”* (E18)

Em relação à participante da Moldávia, a amamentação também sobressai em relação ao aleitamento artificial, amamentando as mulheres até tarde, e, segundo uma entrevistada, recorre-se até às amas de leite, quando a mulher não tem leite ou por algum motivo não o pode fazer na altura, não vendo nisso qualquer problema. Relata também que o leite artificial é muito caro.

- *“Até um ano e tal, (...) Dão, só quando não têm leite é que dão... É só mama. Sim, não tem a mãe tem lá no quarto. Sim, sim, lá é sempre assim, trocam, ou alguma senhora que tem dores e ainda não consegue dar peito tem a outra e dá. Olha como a minha prima ela teve a menina e a irmã dela também teve, quando ela ia a uma festa para não ir com a menina pequena, deixava-a em casa da irmã e a irmã dava-lhe de mamar e ela também fazia a mesma, quando ela saía ela dava mama.” (E2)*

Amamentam – *“Dão, o leite lá é muito caro, (...).” (E6)*

- *“(...) quase todas as mulheres querem dar mama.” (E12)*

- *“Sim leite artificial, só se não tiver mesmo, amamentam até um ano até, um ano e pouco mas assim há volta de um ano é que deixam de amamentar.” (E16)*

Apenas a entrevistada da Ucrânia refere que a mulher amamenta porque o leite materno tem propriedades superiores a todos os outros leites.

- *“Sim porque tá cá no nosso leite muitos, muitos vitaminos, têm tudo, é ou não é?” (E20)*

#### 2.4.9.4.3 – Higiene e conforto

À exceção dos países do Leste da Europa, em todos os outros, o primeiro banho de emersão do bebé é dado desde o nascimento, sem se ter dado a queda do coto umbilical.

- *“Sim, nasce toma banho com água, vestem a roupa e põem logo a mamar (...).” (E1)*

- *“Desde o primeiro dia dá banho. (...).” (E3)*

- *“Dão logo, eu acho que dão logo antes do umbigo cair. Às vezes com sabão branco.” (E4)*

- *“Não, o que eu achei diferente é que os bebés aqui só tomam banho de emersão depois de cair o cordão umbilical, mas lá não. Assim que nasce, dão logo banho de emersão. (...).” (E5)*

- *“(...) com o cuidado com o recém-nascido, isso aí é diferente, é diferente porque a gente já dá banho desde o primeiro dia, inclusive é lá, eles ensinam mesmo a dar o banho, agora aqui já é um banho assim mais seco, não se pode encher toda a banheira, então nisso aí, é diferente.” (E7)*

- “(...) agora uma coisa que eu achei estranho aqui, que lá na maternidade me explicaram é que só poderia dar banho no bebê depois que o umbigo caísse e dava aquele banhozinho e tal limpava e tal, mas só que quando eu cheguei em casa minha mãe disse que ela estava cheia de sujeirinha aqui, mãe do céu, me falaram que lá no Brasil, quando o bebê nasce já tem uma banheirazinha assim, já pode dar o banho ali na hora e aqui é diferente, (...)” (E8)

- “É assim eles lá não esperam que o umbigo caia, como nós aqui, dão logo o primeiro banho, não sei se molham ou não molham, pronto devem molhar concerteza (...)” (E9)

- “(...) mas tem uma diferença, é que lá a gente chega com o bebê em casa e a gente dá banho com o cordão e molha tudo” (E10)

- “(...) e o banho a gente dava directamente na água, então, e davam banho com a esponja e em casa as mães chegam dão banho normal na água mesmo.” (E17)

Na Moldávia, Roménia e Ucrânia, administra-se o banho de emersão ao bebê, só após a queda do coto umbilical.

- “O primeiro banho é convidado a família, quando cai o umbigo, até se chama o..., pronto é o primeiro banho, lá tem um nome, e convida-se a família os mais próximos, eles trazem roupinhas, trazem muita coisa.” (E6)

Banho de emersão só depois da queda do coto umbilical. – “À A. não, teve que cair o cordão, é igual como aqui. (...)” (E12)

Banho após a queda do coto umbilical - “É igual a cá (...)” (E20)

O banho ao recém-nascido é dado com sabão.

- “Dá logo que nasce toma banho. Só mesmo a água, sabonete.” (E13)

- “(...) é só o banhinho mesmo (...), lá há sabonete também, lá aparece de tudo, depende das possibilidades de cada um para poder comprar, senão há tudo. Um banhinho, com uma águazinha, como faz muito calor há necessidade de usar creme, (...) não, mas lá também tem o óleo Jonhson também tem, às vezes usar camomila no corpinho também, uso depois do banho, mas lá usam mais é no cabelo por causa do calor e a pele também não fica desidratada não, está sempre boa em forma, (...)” (E15)

Apenas as duas entrevistadas da Moldávia referiram a administração do banho ao bebê com outros produtos, uma participante relatou que, o banho era dado com água fervida de flores do campo, e a outra participante contou que, além da lavagem com sabão, colocava-se na água um pó vermelho. Estas duas práticas têm finalidades purificadoras.

- “(...) e depois faz banho ao bebé com flores do campo e faz banho com chá, naquele chá e naquela água, não tomam banho com o champô ou com sabonete.(...) depois de nascer, a mãe dela fazia um banho com um chá daqueles e tomava o bebé banho, (...) então o bebé dorme bem, porque aquelas ervas dão sono, são calmantes, pronto é assim. (...) Até um mês, mês e pouco. Até ele se limpar.” (E2)

- “Na banheira, (...) lá há um pozinho que é um, não sei, é de laboratório que é assim vermelho cristalizado, mais para o roxo, quando a gente mete na água ele dissolve, para desinfetar a água, para purificar e a água fica assim rosa. Com uma fraldinha a gente põem lá o bebé e depois para não apanhar frio a gente tapa assim com a fralda e eles. Lava-se com sabão. É bom para a pele se limpar também. Sei que aquilo é bom, já fiz tratamentos com aquilo e sei que é. (...)” (E6)

Não é colocado clampe no cordão umbilical, nos países africanos (Guiné e Angola) e no Brasil e Moldávia.

- “Sim, porque aqui põem-se aquele plástico lá não se põem nada, não sei agora mas dantes quando a minha prima teve não.” (E2)

- “Aqui vocês amarram, e lá é diferente. Lá é aquela coisa. Não, lá é outra coisa, é uma outra coisa que eles põem, pronto.” (E3)

- “(...) lá não põem mola, parece que se amarra ou coisa assim não põem mola nenhuma.” (E15)

- “ (...) o umbigo não colocam o gancho é só amarrar (...)” (E17)

- “(...) dizem que lá é assim, a gente, quando vem do hospital, eu não sei agora, mas quando a minha sobrinha nasceu, não era assim com a mola, dava-se um nó e vinha assim com aquela ligadura e ali dava banho no bebé, dava banho nele todo e depois tirava a ligadura e esfregava direitinho e bota nele a ligadura à mesma, (...)” (E19)

O modo de limpeza e desinfecção do cordão umbilical é muito variável, na Guiné, Roménia, e Ucrânia fazem-no com álcool a 70°.

Coto umbilical – “ Passam com o álcool até cair” (E1)

Coto umbilical – “Desinfectam sim, com álcool.” (E4)

Coto umbilical - “É igual também com álcool, com a A. comprei álcool e estava a fazer e caiu bem, não aconteceu nada.” (E12)

-“ É com álcool.” (E20)

Em Angola falam em aplicação de óleo de palma e sal, aplicação de compressas quentes, assim como aplicação de cinza.

- *“Depois, o cordão umbilical, o tratamento que elas dão, (...) mas há mais que usam, fazem pensos fresquinhos, aquecem gases, e vão aplicando ali para secar o mais rápido possível, é mais isso que eles fazem.”* (E5)

- *“(...) Agora o umbigo fazem pra curar, limpam com óleo de palma, com aquele óleo de dendem, óleo de palma e sal, sal fino. Limpa aquilo muito bem com óleo de palma, depois põe lá o sal e fica assim até ao dia seguinte, faz isso até cair, óleo de palma, vai limpando, com sal, depois de estar tudo limpo põe sal, fica assim até o dia seguinte, limpam novamente põem o sal, é pra cair rápido e não demora.”* (E13)

- *“(...) o umbigo é tratado de forma diferente, eu não sei como, mas sei que é tratado de forma diferente..., acho que o meu marido se lembra disso, não sei se é cinza, mas eu sei que é tratado de forma diferente.”* (E14)

- *“Mas para o umbigo não é álcool a gente não usa álcool, é com o carvão depois de apagar fica a cinza, então normalmente é a cinza, ou então pensos quentes, pega no penso vai pondo no fogo aquele quentinho e vai aplicando. (...) Lá era aquilo, era cinza e mais fácil, panos quentes, aquecer, mas tem que ser mesmo no carvão, dizem que é natural assim.”* (E15)

No Brasil, indicam não se fazer desinfecção do cordão umbilical, aplica-se apenas uma ligadura, mas, existem entrevistadas que referem a desinfecção com mertiolato, com álcool, com fumo, e, outras há ainda, que, aludem à aplicação de azeite.

- *“(...) e lá o tratamento do umbigo não é igual aqui. (...) Depois eles fazem o tratamento do umbigo que é, eles enrolam a faixa pronto põem uma faixa, põem tipo um curativo, uma coisa.”* (E3)

- *“(...) às vezes eles colocam azeite para curar o umbigo do bebê, e às vezes colocam até fumo, pelo menos na época da minha mãe faziam isso não é, eu nunca fiz, eu nunca fiz antes.”* (E7)

Desinfecção do coto umbilical – *“Eles passam um remédio que é pra ferida mesmo, passam no bebê, chamam mertiolato não sei se aqui há, então passa isso e também com álcool, (...).”* (E8)

- *“Não, também lá a gente esfrega e não passa nada, só dá banho e seca direitinho, já aqui eles mandam limpar com álcool.”* (E10)

Coto umbilical – *“Desinfectam sim, com álcool. Sim são iguais.”* (E11)

- *“Lá as pessoas de antigamente costumam curar o umbigo da criança com azeite, e passam no umbigo pra criança, hoje em dia já é assim com álcool, mas as mães preferem com azeite a minha mãe mesmo preferem com azeite, falam que o umbigo cai mais rápido.”* (E17)

As entrevistadas moldávias advertem, para o uso de uma solução verde, como desinfetante do coto umbilical.

Desinfecção do coto umbilical – *“Lá é assim, como aqui é álcool, lá não, é como aqui betadine, o betadine é castanho, aquele é verde, lá é verde, não metem álcool acho eu.”* (E2)

- *“(...) lá metem uma solução verde, que é parecida com o iodo, só que é verde, queima mais, é muito mais forte, em vez de pôr álcool, na minha filha cheguei a pôr, por acaso não tenho, mete-se aquilo, aquilo cai muito mais depressa, seca muito mais depressa, (...) e pronto depois é o desprender lá.”* (E6)

Salienta-se ainda a utilização de fraldas de pano no bebé, nos países africanos. Nos países do Leste da Europa, aplica-se agora fraldas descartáveis, mas é uma prática recente.

- *“(...) as pessoas que não têm posses cortam panos para embrulhar o bebé e compram fralda de pano e cueca de plástica e metem ao bebé.”* (E1)

*“(...) pronto vestem roupa já mais fresquinha assim por causa de temperatura, mas eles não usam estas fraldas de coisa, usam fralda de pano e usam talco também, pó de talco.”* (E4)

“ - (...) as fraldas por exemplo dizem que faz mal, por mais é para os meninos, por causa da pilinha deles e não sei quê, eu já não me lembro mas sei o que a minha cunhada passou lá por vários conselhos a evitar a fralda, era mais fraldinha de pano” (E6)

- *“Usam mais fralda de pano, mais fralda de pano, fralda de pano, cueca plástica. (...) geralmente é mais, ficam mesmo só de fralda, cueca plástica, só, por causa do clima também, lá o frio não é tanto, assim tanto não.”* (E13)

Fraldas descartáveis – *“Sim, agora usam, antigamente com a A. não, usava só fraldas de pano, não havia muitas, agora já temos.”* (E12)

- *“Antes... fraldas de pano, é mais de pano, mas agora já aparecem muito também descartáveis, o A. já consegui usar descartáveis, sim para ele já usei, mas é mais mesmo de pano. Gasta-se muito dinheiro então usa-se mais de pano, lavam muito bem, passam a ferro, está pronto a usar, um alfinetezinho e já está. Também têm aqueles cuidadinhos mas lá lava-se mais à mão.”* (E15)

- *“Ah estas fraldas está muito velho, agora já está fraldas normal como cá.”* (E20)

Todas as mulheres do grupo de países de Leste, referem como característica dos seus países, o enfaixamento do bebé, de forma, a acalmá-lo, e para que mais tarde o bebé tenha uma estrutura óssea direita.

- *“Não, não vestem nada. É que tem que ser embrulhado, tem que ser direito, para não ficar corcunda, tem que ser embrulhado, há panos que embrulham o bebé e tem que ser sempre embrulhado até três meses, quatro meses, o bebé sempre anda embrulhado da cabeça aos pés.”* (E2)

- *“Lá antigamente não se vestiam os bebés como se vestem agora, não, (...) vestido assim tipo a roupinha interior e depois embrulhado assim numa mantinha para estar à vontade pronto, e quando está a dormir, por acaso é verdade eu já vi, aqui levam a mal, quando estão a dormir as crianças não sabem das mãos, ou arranham-se não têm um sono descanso, (...). Enfaixam, (...).”* (E6)

- *“Depois do banho (...) sempre quando, depois estava a pôr uma fralda assim grande e outra pequena para pôr assim na cabeça e depois estava a pôr ela e estava a ... (Enfaixar?) É, é.”* (E12)

- *“E lá há uma coisa, dão o banho e lá há uma coisa, não tenho como mostrar, mas as crianças não...não ficam assim de calça com as roupas, ficam atadas, até uns três meses por aí com mãos assim direitas, tudo direito, mas depende de Inverno são mais coisas de Verão é uma coisa fininha assim uma fralda, depois atado com uma corda própria e fica assim depois de dentro tira-se mãos para fora. Diz que senão o bebé fica com as pernas abertas.”* (E16)

- *“Na nossa terra há muita diferença, (...) tem muitos grandes assim como toalhas e enfaixam o bebé até dois meses, enfaixam tudo.”* (E20)

A utilização de touca no bebé, também é uma conduta universal nestes países do Leste da Europa.

Touca – *“Sim, sim, é para não apanhar frio. Sim os bebés todos usam e no Verão é bonito, é que eles de noite vão embrulhados, mas de dia põem uma touca porque de noite têm medo para não faltar ar ou qualquer coisa.”* (E2)

Touca – *“Sempre, nunca sai na rua com ele sem isto, por causa de cuidados das orelhas para não acontecer alguma coisa por causa do vento, temperatura assim baixa, sempre.”* (E12)

Touca – *“Sim lá usam muito os gorros para bebés. Não, este Verão foi muito mais calor que aqui, mas... de Inverno está muito mais frio. Mas diz que bebé pequeno tem*

*muito frio e põem muito quando é pequeno, põem até duas uma em cima da outra, mesmo no Verão.” (E16)*

A massagem do recém-nascido é prática corrente na Guiné, sendo esta feita pela mulher experiente, que cuida do bebé.

*- “(...) a gente faz é massagem depois ao bebé. (...) uma vez por semana dar banho faz a massagem no corpo por exemplo com óleo de amêndoas doces, (...) Mas tem que ser outra pessoa a dar. (...) elas já têm filhos, sabem como é que é e têm jeito para fazer.”(E1)*

Massagem ao bebé – *“Sim faz sempre.” (E4)*

A Moldávia também refere a massagem nos mesmos moldes.

*- “ (...) fazia uma massagem no bebé no corpo todo. (...) A mãe dela. Sim ou chamam uma pessoa que sabe fazer e faz massagens e deita o bebé e deita-se a mãe também, (...)” (E2)*

*- “Fazem massagem, (...)” (E6)*

Nos restantes países, algumas entrevistadas também se referem à massagem do recém-nascido, mas não são unânimes, não parecendo prática carismática do seu país.

*- “(...) às vezes uma massagem no corpo, assim na cabeça... Com o meu N., foi a minha mãe que fez. Sim, fazia uma massagem no corpo, na cabeça também. (...)” (E5)*

*- “A minha mãe quando ela toma banho, a minha mãe estava a dizer, estava a dizer como é que se faz a ela a massagem, para fazer aqui nos pés, aqui, para fazer assim um pouquinho, a minha mãe ensinou como é que se faz.” (E12)*

Massagem ao bebé – *“Se calhar agora que tem possibilidade, mas no campo garanto que não.” (E16)*

*- “Costuma neste livrinho aqui que vem no estojo de natura ensina até como se faz a massagem no rostinho, no corpo todo, os olhinhos, a gente lá faz sempre no bebé, as massagens quando está com cólicas, tudo ensina.” (E17)*

#### 2.4.9.4.4 – Sono e Repouso

No contexto familiar, o recém-nascido dorme no quarto dos pais, em todos os testemunhos das entrevistadas.

- *“Ficam no quarto dos pais, depois de dois anos, três anos é que ficam em quarto separado.”* (E1)

- *“(…) mesmo assim eles têm cama, no quarto da mãe. Nunca os deixam num quarto sozinhos, estão ao pé para não andar à noite.”* (E2)

- *“No quarto dos pais. Na maior parte das vezes é no quarto dos pais, (…)”* (E5)

- *“Ah, geralmente dormem no quarto dos pais, na maioria das vezes. Geralmente no berço ao lado. Só depois de um certo tamanho é que vai para um quarto separado, mas geralmente dorme no quarto dos pais.”* (E7)

- *“Olha pelo que eu vi ficam no quarto com os pais, aqui é que eu vi que é diferente que tem um quatinho para o bebé, pelo menos na minha cidade.”* (E8)

- *“Dormem no quarto dos pais no berço.”* (E9)

- *“Dormem no quarto dos pais”* (E10)

Houve um depoimento de uma brasileira que, aditou outro aspecto ao facto da criança dormir no quarto dos pais, referiu que, depende da possibilidade da família ter uma babysiter, ficando a criança nestas circunstâncias em quarto separado dos pais.

- *“Quem tem condições pra ter uma babá a criança fica num quarto separado mas quem não tem condições fica no quarto dos pais. Num berço.”* (E17)

Quanto ao aspecto, do bebé dormir na cama dos pais ou em berço, as respostas foram variáveis em todos os grupos. Embora, haja uma tendência no grupo brasileiro para o bebé dormir em berço, no quarto dos pais.

- *“Depende de cada criança, a minha sobrinha que fui eu praticamente que a criei dormia na caminha dela. Eu acostumei o meu assim também. (...) Quando pequenino há pessoas que criam bebé já em quarto separado, as minhas irmãs não, todas foram no quarto com elas, num berço.”* (E3)

- *“(…) muito nos primeiros dias dorme sempre perto da mãe né, como aqui. (...) As minhas irmãs foi tudo no berço, mas há quem deixa na cama.”* (E11)

- *“É geralmente no quarto dos pais. No berço. Lá a C. nunca dormiu comigo. Dormia na caminha dela, aquilo depois também dependeu de ter ficado comigo, sabe mas nunca dormiu comigo, desde bebézinha, quando ela chegou do hospital já estava a cama dela lá, portanto teve as coisinhas dela separadas.”* (E18)

- *“Não, os primeiros dias, eles ficam no quarto dos pais, geralmente no berço”* (E19)

Alguns sujeitos referem que, a criança dorme mesmo na cama dos pais, muitas vezes com a saída do pai para outra divisão, tendendo mais esta característica no grupo africano, na Moldávia e Roménia.

- *“No interior dormem com o bebé, na cidade geralmente arranjam um berço para o bebé.”* (E1)

Onde dorme o bebé? – *“Com a mãe. Na cama da mãe, depende de coiso..., na cama da mãe. Até dois anos, três anos.”* (E4)

- *“(...) às vezes até na cama dos pais, e o pai tem que ir dormir para outro sítio, e dorme a mãe e o bebé na cama, até um certo tempo.”* (E5)

- *“No berço, é assim também depende, por exemplo a minha cunhada tinha cama mas dormiam e dormem na cama.”* (E6)

- *“Lá na minha terra, quem tem cama assim (berço) vai, mas lá na minha terra quase todas dormem na cama junto com os pais. É na minha terra é assim, não fica sozinho no quarto dele.”* (E12)

- *“Na cama, geralmente é na cama, fica lá no meio.”* (E13)

Onde dorme o bebé? – *“Na cama, é. Com os pais.”* (E14)

- *“Geralmente fica com a mãe, dorme com a mãe e o pai vai para outro lado, é muito raro não ser assim. Sim mas depois ele fica habituado e é difícil tirar, fica na cama com os pais, com os dois, se a cama não dá fica só com a mãe.”* (E16)

Ainda há uma participante brasileira, que afirma que a criança dorme em berço, associando esta opção às possibilidades económicas da família para adquirir a peça mobiliária.

- *“Em berço, quem tem condições tem berço, põe no berço, agora outros que não, dormem na cama.”* (E8)

No que se refere a técnicas de adormecimento, as participantes dentro dos grupos, também não são homogéneas nas suas afirmações, (salvo o grupo africano), havendo referência a embalamento e cantares em todos os grupos, mas também com assunções opostas.

Curiosamente, uma participante moldávia e uma romena, sugerem que o bebê é embalado colocando-o em cima de uma almofada nos pés da mãe.

- *“É ao colo ou põem uma almofada nos pés para embalar. (...) Há pessoas que cantam outras que não. (...) às vezes há pessoas que põem logo na cama deles, (...)”* (E2)

- *“Às vezes quando minha A. estava um pouco mais, tinha quase oito ou dez meses, estava a pôr numa almofada aqui (aponta para os pés) e estava a embalar a ela para ela dormir, porque ela também estava a mamar a um ano e dois meses. (...)”* (E12)

Algumas entrevistadas do Brasil garantem que é hábito no Brasil embalar a criança, outras há a referir que, geralmente deitam a criança no berço para adormecer.

- *“(...) lá as pessoas deitam muito mais eles (...) lá a gente tem muito cuidado, de não fazer barulho, de não acender luz, (...)”* (E7)

- *“Brasileiro tem o hábito muito de sacudir o filho pra dormir, de ficar balançando, eu por acaso não gosto muito, mas o pai gosta muita de pôr no colo.”* (E11)

- *“Com a C. já foi mesmo, era na caminha dela, não embalava. (...)”* (E18)

As mulheres africanas frisam o aspecto do embalamento do recém-nascido com similaridade.

- *“É ao colo. (...) Há mães que cantam, fazem aquelas festinhas para poder dormir. Por exemplo a minha irmã, canta para o M. e ele adormece logo. (...)”* (E1)

- *“Dormem nas costas. (risos) Sim cantam músicas, pronto lá é nas costas.”* (E4)

- *“Hum, hum, embalam, geralmente no Verão assim os bebês ficam chatinhos, ficam com aquelas borbulhinhas assim de calor porque em casa, né, dentro de casa é quente, (...) e o bebê tem que suportar mesmo assim o calor, então a mãe tem que ficar com ela, fica assim meio chata por causa do calor, tem que pegar ela, andar lá na sala, casa toda, até adormecer com uma coisa leve vai abanando, abanando, aí antes de dormir tem que dar um banho no bebê pra ficar assim mais confortável.”* (E5)

- *“Embalam. Cantam.”* (E14)

#### 2.4.9.4.5. Cuidados de saúde

A vigilância da saúde do bebé é comum nos países de todas as entrevistadas, embora não com a mesma frequência. Todos os bebés fazem vacinas, todavia, nos países africanos a vigilância de saúde pode não ser sempre efectuada.

Vigilância de saúde - *“Fazem, fazem. No interior não ligam a isso, mas na cidade levam. Vão tomar vacina e controlar.”* (E1)

- *“Isso depende muito às vezes das mães. Há mães que não se importam, vacinam, mas há sempre esse trabalho de vacinação, há sempre alguém para fazer as vacinas todas, todas, igualmente como se faz aqui. O meu N. tem feito todas.”* (E5)

- *“(...) iam ao médico e este é que aconselhava as vacinas que tinham que levar, eu levei as vacinas todas (risos).”* (E9)

- *“Fazem, só que aqui é mais. Lá no Brasil é de mês a mês para pesar, e aqui é toda a semana. Toda a semana tem que ver se ele... é toda a semana, lá é de mês a mês.”* (E10)

- *“Sim. Até lá nesse aspecto acho que até, é assim, é mais difícil de conseguir as consultas e isso mas o..., eu falo mais na questão financeira né, mas também o Brasil é mais pobre do que aqui né, há pessoa mais pobre, mas é mais em conta, é mais barato, sai mais barato lá em questão de saúde do que aqui. As vacinas lá são todas dadas pelo governo e aqui não, aqui tem uma que é os pais é que pagam.”* (E11)

- *“(...) só coisa que aqui tem e lá não tem é as vitaminas que aqui dão aos bebés e lá não dão.”* (E17)

- *“Ah...só consultas, ...ah... eu... minha mãe falei com primo e ele disse que ela foi pesada só uma vez por mês, cá é cada semana... e lá ela foi só uma vez.”* (E20)

A este respeito ainda há a referir que, nos países da Europa de Leste designadamente Moldávia e Roménia, no que concerne ao período neonatal, o recém-nascido não vai ao Centro de Saúde, são os enfermeiros, que se deslocam a casa das pessoas.

- *“Lá sim, é obrigatório, é obrigatório para uma médica ver sempre e uma enfermeira nas primeiras semanas de vida não vai tu com ele, vai ela a tua casa, tu não vai de casa, às vezes nasce o bebé, é Inverno, é muito frio lá na minha terra, não sais tu de casa, vai ela lá. Sim, oh, oh, tem que se pagar, se não, não vai, não vai, mas é obrigatório para ir, mas ela vai, vai ver o peso na tua casa, não vais tu com ele à clínica, entende?”* (E12)

- *“Vão, há enfermeiras, que vai a enfermeira para casa, mas assim uma vez por mês vão ao médico.”* (E2)

- *“Sim, vão ao médico até a fazer um ano, não é a médica, são as enfermeiras lá que vêm a casa visitar o bebé e para as vacinas vai no posto médico, vacinas, injeções ou qualquer tratamento que der.”* (E16)

Para a resolução de problemas, como as cólicas do bebé, a constipação, cada país tem o seu método e a sua “mezinha”.

Na Guiné para a resolução das cólicas do recém-nascido utilizam raiz de madronha.

- *“Há coisas que se podem dar para as cólica, eu ainda não dei ao M., é uma raiz, que fica de molho de manhã até à tarde e depois uma colherinha de café e dá ao bebé, essa raiz chama-se madronha.”* (E1)

- *“(…) por causa de cólicas do bebé, também costumam dar uma coisa, tenho lá, raiz de madronha, dão a beber uma colher disso e passa. (risos).”* (E4)

Por seu lado, as angolanas para o alívio das cólicas do bebé referem só massagem abdominal, com óleo ou azeite. Porém E15 diz que se utiliza alho e louro. E para a obstipação do bebé, administram oralmente umas colheres de sumo de laranja, como nos afirma a narração de uma participante deste país.

- *“Eu não acompanhava muito assim... Mas quando tem cólicas acho que é mesmo só massagem. É mais assim geralmente na barriga, por causa das cólicas, põe um óleo assim e vai mexendo, quando tiver assim com a barriga muito cheia sentir que ela está com cólicas, (...)”* (E13)

- *“Por exemplo se o bebé tiver com cólicas, aqueles gases, friccionamos a barriga com azeite morno, prontos, põe-se o azeite, põem-se assim uma vela, põem-se assim a mão e friccionamos, agora não sei se usam bebégel, não sei, só sei que fazem fricção com azeite e... não sei com que idade, não me lembro com que idade se tiver prisão de ventre dá-se assim um pouquinho de sumo de laranja, sumo de laranja, e agora não me lembro com que...”* (E14)

Cólicas – *“Já ouvi lá dizer que é uma folha de louro ou um dente de alho também dava efeito e dar para o bebé.”* (E15)

O elemento moçambicano fala na ingestão de chás para a resolução de cólicas no bebé.

Cólicas – *“(…) eu penso que lá eles tinham uns chás, faziam uns chás e davam aos bebés, mas eu também não sei que chás é que eram, (...)”* (E9)

No Brasil para solucionar este problema, também utilizam a massagem abdominal e fazem uso também de chás – chá de erva-doce, ou ainda, dispõem de alguns produtos farmacêuticos, segundo uma participante. Os chás são utilizados para resolver muitos problemas de saúde.

- *“No bebê, massagem para a cólica, é o mesmo que aqui. (...) Muito chá, chá de erva-doce.”* (E3)

- *“Lá eles resolvem mesmo com o remedinho do mar, e dá para muita coisa. Para dor de barriga, é quando está amarelinho para dar banhos com o picão, para acalmar a criança, quando a criança não está dormindo direito. Olha, lá tem o chá de funcho, chá de poejo, ah, tem vários tipos de chá que no momento eu não me estou a lembrar. É muito bom para gripe, que minha mãe também costumava fazer muito, de momento eu não me estou a lembrar do nome mas eu sei que costumava fazer.”* (E7)

- *“Lá sim, lá tem bastantes, mas aqui não tem. Lá a gente dá bastante é cházinho de coentro ou coisa verde que a gente planta assim no quintal lá. Lá tem bastantes coisinhas que a gente dá assim, que aqui não tem. É para as cólicas. Eu se bem acho que aquilo resolve não é, a gente fala coisas sem jeito, que eu nem sei se é.”* (E10)

- *“Chás, a minha avó pelo menos com ela sempre disse é tudo chá, mesmo pra criança, pra bebé recém-nascido, quando tem muita cólica e isso lá tem o hábito de dar chá, (...) mas lá eles dão chá. Quando o bebé está com cólica e isso dá cházinho, eu não sei qual chá mas dá chá. (...) quando tem muita cólica, na barriguinha... Pronto, você fala, sim passam um oleozinho na barriga, massajeia”* (E11)

- *“(...) só um remedinho que há lá para as cólicas, que é o “Lofital”, acho que esse faz mais efeito do que o daqui, o daqui já não faz tanto efeito. (...) também no Brasil a gente dá muito chá de camomila para acalmar o bebé, aí eu passei a dar a ele chá de camomila aí foi aliviando as cólicas dele. (...) elixir paragórico, (...) esse elixir alivia a dor no estômago e o lufital faz soltar os gases, (...) também dá com chá de erva doce, só que o de camomila além de fazer cocó ele acalma, (...).”* (E17)

- *“(...) lá eu sei e conhece assim algumas coisas que a minha mãe... olha erva-doce, cidreira, sal. (...) quando ele estava com cólicas, eu liguei para a minha mãe, (...) então a minha mãe fazia-me um remédio, e eu liguei para ela para perguntar o que é que ela fazia, (...) Erva-doce e cidreira, e uma folha de alfazema, (...).”* (E19)

Tal como Moçambique e o Brasil, a Moldávia também emprega os chás como lenitivo das cólicas.

- *“Põem-nos no colo, (...) mas lá quando tem essas cólicas não se dão comprimidos, a minha mãe tinha funcho, quando ele está velho tem aquela semente, lá apanham a semente e fazem chá e com aquilo dá-se uma colher ao menino, não se dá xarope nem nada, dá-se uma colher daquilo e passa tudo.”* (E2)

O povo guineense, segundo uma participante, usa azeite para lubrificar a fontanela anterior do recém-nascido.

- “(...) para a moleira, metem um coiso de azeite de oliveira, é melhor, fica mais oleosa a moleira.” (E4)

E uma entrevistada de Angola garante que em certas regiões utilizam barro, que aplicam na fontanela anterior, para o seu encerramento precoce.

- “E também os bebês aqui né, aqui a cabeça parece assim molinha (aponta para a fontanela anterior) parece que tem assim uma textura, há sítios que metem assim barro, molha o barro, metem na cabecinha do bebê, aquilo fica, depois aquilo fecha, tu sentes, aqui a pessoa, parece que tem uma abertura né, quando vão fazendo aquilo durante muitos dias, metem aquele barro, depois aquilo fecha, fecha mesmo. O bebê usa aquele barro todo assim na cabeça, barro molhado fica lá, cola, até aquilo fechar. Vão trocando, depois uns dias trocam, metem outro e fecha.” (E13)

Para a icterícia uma participante brasileira nomeou um remédio caseiro:

- “A criança quando nasce amarelinha também, nós geralmente, dão banho de picão, é uma árvore que diz lá que é muito bom. Agora aqui não, ela nasce meia amarelinha, e eles dizem logo para tomar banho de luz, (...)” (E7)

Outro elemento do Brasil indicou a farinha maizena para aplicar na sudamina (erupção da pele devido ao calor).

- “Ah, no início, ela deu uma alergia na pele por causa de um produto, do gel de banho e isso e eu fiquei com um pouco de medo porque começou a dar borbulhinha e eu liguei pra minha avó. Olha, disse pra mim, é até meio coisa de gente mais velha, né, disse pra mim pra pôr maizena na água quando fosse dar banho nela porque achou que fosse do calor também pensei que fosse, mas depois que deixei de usar mesmo o produto é que parou.” (E11)

A participante brasileira E8, garante que, para solucionar problemas de micose, se resolve com oração.

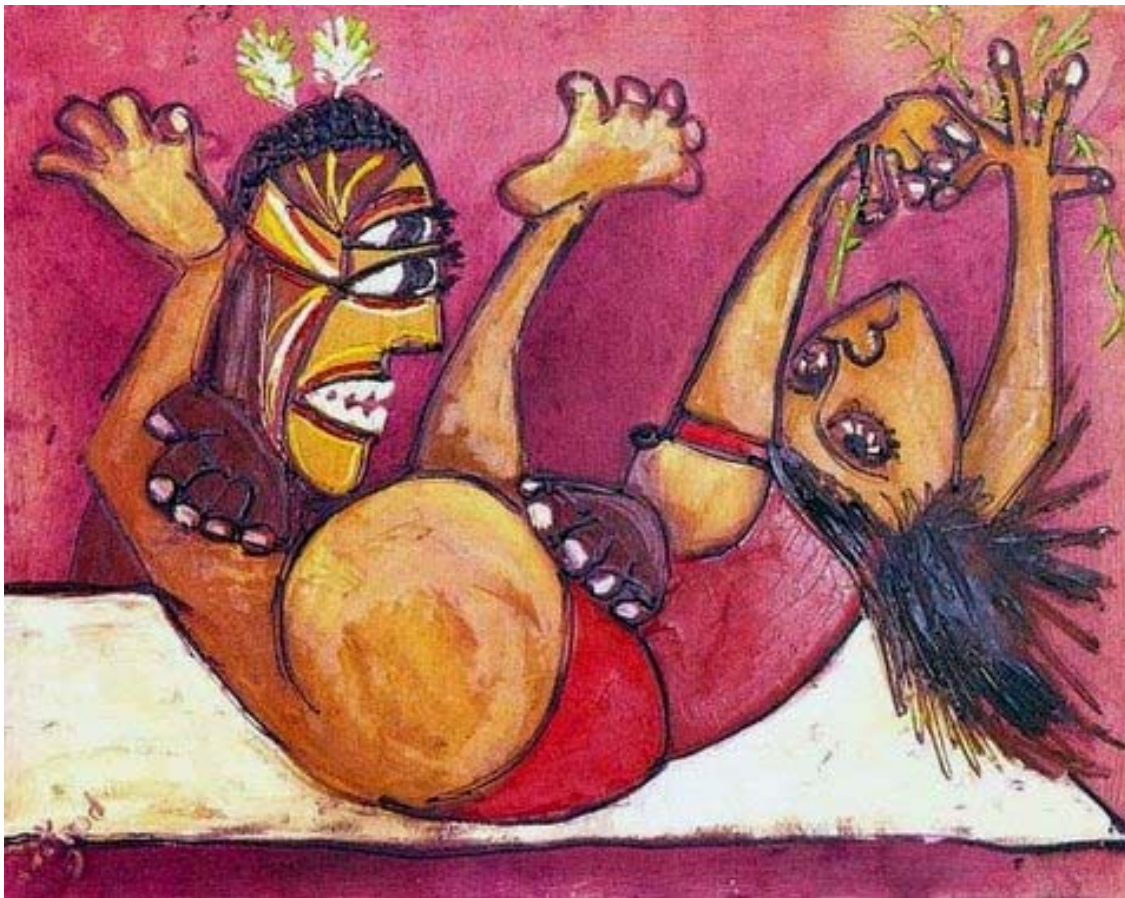
- “(...) que acontece mesmo, quando é uma coisa assim, uma micose, pomada que passa é pior, ataca mais e problema de micose para nós lá, só sara mesmo com oração, fez oração no outro dia já está, que parece que passou o remédio, pra nós lá funciona sempre, mas aqui que tem outras religiões, né, já acha que isso é coisa de outro mundo, coisa do demônio, não tem nada a ver, eu acho que cada um tem a sua religião, cada um tem o seu modo de agir, então pelo menos para nós lá funciona e dá resultado.” (E8)

Na Moldávia, segundo as entrevistadas, também se aproveita o saber tradicional e a medicina natural para resolver problemas de saúde. As duas moldávias referiram o lombardo e o mel como curativo para problemas respiratórios.

- “(...) olha ele está constipado agora tem que se dar xarope não é, eu tenho ali, a minha prima trouxe da Rússia, ponho uma couve lombarda com mel natural, aqueço a folha de lombardo e ponho no peito, ponho com mel, e ponho no peito e ponho nas costas, porque isso não lhe faz mal nenhum. Melhorou, se não for assim, põem-se farinha de milho e aquela papa grossa, aquece-se com areia do mar, aquece-se e põem-se num pano quente e põem-se no peito e nas costas que isso sai tudo.” (E2)

- “É remédios caseiros que tem muito efeito para eles, para o peito para a barriga, para o nariz, remédios de lá. Na barriguinha foi, aqui mete-se uma folha de lombardo mais grossa com azeite morno, isto foi já aqui. Quando estão constipados meto à frente e atrás nos pulmões uma folha de lombardo com mel, no outro dia, aquilo está seco, puxa tudo, no outro dia está a deitar fora a constipação e faço assim dois ou três dias, ajuda muito, à frente e atrás, mel com lombardo, ah tem lá receitas para gotas para o narizinho que é água, umas gotinhas de cebola, eu já vou trazer para ver e já fiz isso com a minha A., (foi buscar um caderno com anotações escritas – remédios caseiros) era esta receita, era água, gotas de cebola e para o peito era uma fricção com aguardente, duas colherzinhas, uma colherzinha de manteiga e duas colherzinhas de mel, para arrancar aquela expectoração do peito, a gente faz fricção com isto, depois para beber é leite com mel e com manteiga também quente, também ajuda a tirar. (...) aqui também se faz limão com mel e casca de cebola com mel e aqui para o nariz é cinco gotas de aloé, três gotas de água e duas gotas de cebola, foi com isso que eu curei o narizinho da minha menina, já estava farta de pôr remédios e tudo. Primeiro fazia os vapores e depois quando estava mais limpinho metia isto.” (E6)

2.4.9.4.6 – Crenças e Rituais



**Figura 57 - Maternidade (Pintura de Bertina Lopes)**

Em todos os grupos existem muitos ritos e superstições relacionadas com o bebé.

O mau-olhado é referido por todos os grupos, mas, utilizam diversas formas de o prevenir ou resolver. As guineenses usam uma pedra preta com pintas brancas para proteger o bebé contra o mau-olhado, colocando-a no recém-nascido numa pulseira ou fio.

(Uma bolinha preta - Mau olhar) – *“Mau olhar tem muito significado. Se uma pessoa olhar com o mau olhar isto protege.”* (E1)

- *“Chama mau olhar. Usam mais isso aqui a bola.”* (E4)



**Figura 58 - Pedra Mau-olhado** (Fonte: Foto da autora)

Já as angolanas em relação ao mau-olhado, põem no bebé uma fita vermelha, assim como o grupo de Leste, designadamente, na Moldávia e na Roménia. Uma moldávia acrescenta que este ritual, só necessita de ser realizado até à criança ser baptizada.

A participante da Roménia para além da colocação da fita vermelha para o mau-olhado, referencia outras formas de prevenção do mau-olhado.

- *“Eles dizem para pôr um fio, um fio ou qualquer coisa vermelho para as pessoas, lá há pessoas assim, a pessoa olha para a pessoa e pode sentir mal ou mesmo morrer, há pessoas que com o olhar... Mau-olhado? É isso mesmo. Lá é assim dizem que a pessoa olha como dou de mamar, depois do parto, e quer que ele não mame mais, e depois de uma semana dou-lhe outra vez de mamar, aquela pessoa já começa a ter mau-olhado, é por isso é que se põe o fio vermelho.”* (E2)

- *“O mau olhar é... o mau olhar para algumas pessoas das províncias, para algumas pessoas de idade, dizem que se tem de usar... para o mau olhar usam, alguns objectos lá, ou uma fita vermelha na mão, ou alguma raiz de alguma coisa prendem ali, às vezes o dente de um animal prendem, (...)”* (E5)

- *“Mete-se uma fitinha vermelha para os maus-olhados, antes de ser baptizado, porque a seguir ao baptizado já não precisa.”* (E6)

- “Ah, lá também usam, mas nem todos, mas... usam assim aquilo pra dizer pra ninguém desejar mal ao menino e não sei quê, metem uma corda assim vermelha ou aqui no braço ou na cintura, mas isso já está quase ultrapassado, já não usam assim muito.” (E13)

- “Ah... o mau-olhado, (risos), é mau-olhado que se diz, eu sei que há pessoas que tratam do mau-olhado, eu creio que é mau-olhado que se chama, aquele que é assim inveja, essas coisas, então fazem o tratamento, acho que não sei se são rezas, sei que faz qualquer coisa, tratam o mau-olhado, só não sei como se faz, então pronto usam uma cordinha aqui ou na cintura, já vi, ou uma almofadinha vermelha ou que é.” (E14)

- “Sim ponho sempre uma fita vermelha para proteger do mau olhado, (...) também há outros que dizem que tem que se pôr uma agulha com uma fita vermelha na porta é tudo para mau olhado e não sei, há pessoas que dizem que acontece isso aos bebês começa a chorar, e não tem ver com nada, está mudado, viu a fralda, já comeu, está tudo bem com ele, chora e se calhar que foi mau olhado, e faz um coisa assim com os fósforos, acende os fósforos, põe na água e depois com aquela água põe ao bebê, na testa, na...eu não sei (...)” (E16)

A mulher moçambicana falou em ervas e rezas que não soube especificar, para prevenir o mau-olhado.

- “Não sei, a minha avó tinha a mania, que eu digo que é mania de fazer umas rezas com sal num recipiente e rezava pronto, como nós vamos à igreja pedir a Deus para ajudar os nossos filhos e era mais ou menos isso que eu tenho assim uma ideia.” (E9)

No Brasil, emprega-se a erva de arruda e rezas para afastar o mau-olhado. A participante brasileira E11, faz alusão também ao emprego de uma fita no braço do bebê.

- “(...) minha mãe ora, faz muita oração para o mau-olhado, (...) um raminho de arruda. Sabe o que é arruda? É daquelas plantas para ter em casa. É para espantar o mau-olhado. (...) faz oração com raminho e benze e essas coisas, ou benze com brasa do fogão, faz oração um pouquinho e depois diz quando abaixa é as pessoas que têm inveja essas coisas, se sobe é as pessoas que são boas, ela sempre faz.” (E3)

- “(...) mas geralmente os adultos colocam, costumam usar a arruda, ou em casa também podem plantar a arruda para o mau-olhado, também tem uma planta que se chama “comigo ninguém pode” e eles também costumam colocar para o mau-olhado.” (E7)

Mau olhado (Mãe da entrevistada) – “Ah, lá tem, aí manda dar um banhozinho com a erva e tal e depois arranja alguém para fazer uma oração” (E8)

- “Lá tem isso (...) É, sim eles fazem, dizem para rezar, eles lá falam em rezar, então dizem reza na criança por causa do mau-olhado, (...)” (E10)

Mau-olhado – “Tem, tem muita gente qui pronto qui acredita. É, umas fitinhas no braço e acreditam nisso, o bebé quando é assim bebé tem o hábito de estar dormindo e ficar virando o olho e eles acham que isso é alguma coisa, que colocaram na criança.” (E11)

Mau olhado - Não, (hesitação), é assim, fazem, (...) não é só com bebês não, até adulto mesmo, ah pessoa olhou comigo mau olhar, ai fazem rezas, lá pegam um raminho e fazem uma reza, ai vai e tira o mau-olhado.” (E17)

Relativamente ao coto umbilical, as mulheres guineenses atam-no com um fio à cintura do recém-nascido ou colocam-no na almofada, de forma a não fazerem mal à criança.

- “(...) tira-se o umbigo e vão ao sapateiro para furar isso e algumas metem na criança na mão ou na cintura com um cordel e algumas metem debaixo da almofada. Se alguma pessoa apanha, pode fazer mal” (E1)

Coto umbilical - “Metem, (...) metem numa coisa (num cordel) e costuram e metem no braço do bebé.” (E4)

Já nos outros países, algumas entrevistadas referem que é costume guardar o coto umbilical, outras há, que não.

- “Guarda, minha mãe mandou eu guardar até um aninho é como aqui também, põem-se em álcool deixa-se e depois tira-se e deixa-se secar. Diz-se mal do umbigo, pronto há pessoas, crianças que morrem com o mal do umbigo, há pessoas que têm a tradição que o miúdo passa mal do umbigo tem que fazer tipo um chá, sei lá uma coisa, uma simpatia que isso não sei muito bem, mas a tradição mais ou menos assim.” (E3)

- “Lá assim, provavelmente fazem aquilo que acharem, há quem guarde como recordação. Pelo menos lá em Angola não. Há quem guarde como recordação, há quem deite fora, cada um faz o que quiser. Não me lembro de alguma coisa de especial que façam com o cordão umbilical.” (E5)

- “Guarda, hum, hum é mesmo. Aqui deitam né, lá guardam não sei pra quê, mas guardam. (...) – Olha tu não podes deitar isso, dá azar tens que guardar (risos) e guardei.” (E13)

Coto umbilical - “Não sei, eu guardo. Não, não há nada. (superstição)” (E20)

No Brasil quatro sujeitos fazem referência ao rito antigo de enterrar o coto umbilical.

Coto umbilical - *“Aí varia de pessoa, eu por exemplo guardei, porque é uma lembrança mas nem todos guardam. Tem pessoas lá que gostam de enterrar, e depois tem aquela superstição que dizem que quando você enterra um vidro num lugar você não quer sair dali nunca mais, mas acho que isso também é superstição.”* (E7)

- *“(...) mas a minha mãe ela fala que lá no Brasil, o pessoal pega o umbigo e enterra, né. Enterra na areia que depois se deixamos em casa um rato pode comer e pode acontecer qualquer coisa com a criança, não sei, mas eu deixei guardado, não sei o que vou fazer. Vou deixar ele ali pra quando ela ver.”* (E8)

- *“Algumas pessoas guardam outras não, eu guardei, mas a maioria hoje em dia guarda, antigamente é que eles tinham uma história de enterrar o umbigo no fundo do quintal, era superstição também, agora, hoje em dia a maioria das pessoas guarda.”* (E11)

Coto umbilical - *“Guardamos, quem quer guarda quem não quer... enterra ou... não tem nenhum...”* (E17)

Na Roménia, quanto ao destino do coto umbilical, uma participante, descreveu um interessante ritual que fazem com o mesmo:

Coto umbilical - *“(...) lá na minha terra guarda-se e diz na minha religião quando o bebé vai pra escola, quando ela vai pra escola, o primeiro dia de escola quando vai pra primária, assim quando vai pra escola tem que se pôr nos coisas dela, ao pé das coisas da escola pra ela saber muito, para ser muito inteligente,(...)”* (E12)

No grupo africano a circuncisão do recém-nascido do sexo masculino é unânime.

Circuncisão - *“Fazem no hospital, a gente marca e fazem quando já é crescido, quatro, cinco anos ou então vão para a mata e fazem lá aos meninos e às meninas, os velhos, as pessoas que sabem.”* (E1)

- *“(...) os rapazes lá na Guiné costumam fazer circuncisão e as mulheres também, há muçulmanas que fazem, cortam o clítoris”* (E4)

- *“Mas só que lá nós temos o costume de fazer circuncisão e aqui não, tem que fazer circuncisão, depende de cada um, há quem quer que se faça logo ao nascer há quem é mais tarde..., mas quanto mais cedo melhor, (...) pra nós é mesmo costume mesmo, tem que fazer e também se conta muito com a higiene, essas coisas, tem a ver com a higiene, nós costumamos fazer, (...).”* (E15)

Por outro lado, no grupo de participantes da Europa de Leste, o facto, da mulher ser menstruada, nesse período a mulher é considerada impura, em oposição ao recém-nascido que é símbolo de pureza, uma participante da Moldávia e uma da Roménia, citam algumas crenças a este respeito. Este tabu também é referenciado por Kitzinger

(1978), ao referir que a mulher menstruada e a parturiente são consideradas num estado de impureza ritual.

- *“Quando um menino era como o meu G. recém nascido, ... quando olha, uma pessoa quer ver o menino sempre, tem curiosidade, e se ela está suja, tem ciclo, está menstruada, pode..., não pode ver o menino pronto, e se ela ver tem que limpar, se estiver vestida ou se tiver blusa tem que limpar com a ... tem que limpar a cara, tem que passar. Põe-se no penso de pano, não pode ser de papel, tem que ser de pano. Põe-se aquele penso e quando dá-se banho ao menino, põe-se água e com aquele penso com sangue, tem-se que limpar o menino todo. (...) Se não tiver pronto, como disse de uma menina com a primeira menstruação, tem que ser ou da mulher que viu o menino, se for da mulher que viu o menino, tem que ser dela mesmo, se não encontrar aquela mulher..., tem que ser ou sangue de uma rapariga que começou a ter ciclo ou de mulher depois de ter um menino. (...) Porque fica ferido, ferido mesmo. A minha mãe dizia que o menino ainda pode morrer.” (E2)*

- *“(...) tem uma que é (risos) diz também que uma mulher enquanto está com o período e vem visitar uma criança pequena, estavam-me a aconselhar não deixe ninguém, se é uma portuguesa e não sabe disso,(...)” (E16)*

No grupo africano (Guiné e Angola) e da Europa de Leste (Moldávia e Roménia), o recém-nascido tem um período de resguardo, culminando essa etapa respectivamente com uma festa ou o baptismo.

Na Guiné é assim:

- *“Primeiro depois de ela sair do hospital, depois de uma semana, fazem a festa, para o bebé poder sair lá fora, à rua, para ver o sol. Não, bebé não sai. Sai do hospital fica logo dentro da casa. Só depois de sete dias, depois fazem uma festa, pronto. Uma festa assim, compram bebidas, sumos, fazem comidas, chamam pessoas, familiares e amigos.” (E4)*

Um testemunho de Angola diz que:

- *“(...) e há províncias por exemplo os do...de quê... mais a parte sul, os bebés por exemplo ficam em casa, só podem sair fora de casa depois de seis meses, só têm ficar dentro de casa. O dia que o bebé sai quando vai pró quintal tem que dar uma festa, quando o bebé sai, tem que ficar em casa durante seis meses, só sai pra consulta, mas tem que sair bem forradinha, vai forrada mesmo vai depois volta de novo pra casa. Só dentro, não pode sair durante seis meses, depois dá uma festa de apresentação do bebé.” (E13)*

Na Roménia, as duas entrevistadas estiveram em consonância ao verbalizarem o seu depoimento em relação a um período de resguardo da criança até ser baptizada, não devendo ultrapassar os quarenta dias para o fazer.

- *“Ah, na minha religião antes de baptizar o bebé não podes sair com ele noutra sítio, por exemplo para ir no Vila Franca ou ir no Lisboa, para passar uma água, não beber água, para passar mesmo assim, por causa que não está bem assim, na minha religião é assim.”* (E12)

- *“Bem lá...também aqui é mais superstições, que o bebé não deve sair de casa até ser baptizado. (...) porque também diz que quando faz quarenta dias deve ser baptizado.”* (E16)

Uma participante romena descreve ainda um banho especial que se dá ao bebé após o baptismo:

- *“(...) a criança é que se faz depois do baptizado, parece que dá um banho com pétalas de rosas, com um pouco de açúcar, um pouco de arroz, um pouco de manjeriço, uma erva para ser bonito, (...).”* (E16)

Na Ucrânia também tendem a proteger o bebé dos olhares indiscretos de adultos, retendo-o mais no meio familiar:

- *“Por exemplo, você disse ritual, na nossa terra nós não podemos mostrar bebezinho, primeiro mês, dois meses não gostam de mostrar o bebé,... porque nosso olho está muito, muito, depois bebé chora, pronto cá na Portugal agora quando minha amiga nasceu o bebé...uh em Maio, ela...hum casada com português, pronto, e você sabe como português gosta de todos, entra na casa e ela também fica nervosa: - olha M. eu não gosto isso, porque todos estão sempre na nossa casa, porque todos querem olhar para ela, dar beijinho, que é isso pá!, porque para nós bebé é muito, como anjo, está muito puro e nossa energia pode ser muito mal para ele, é ou não é, quem pode dar ou falar alguma coisa (...).”* (E20)

Na Moldávia e Roménia utilizam muito a água benta para proteger o bebé.

- *“O C. tenho água benta e tem aquele choro que não é bem choro dele, geme e grita, tenho água benta limpo-lhe a cara, tenho lá do mosteiro, a minha madrinha por acaso mandou-me antes de eu parir.”* (E6)

- *“(...) é um olho que também é dito como água santa e isso até cheira e põe-se assim na criança, também quando vamos à missa, no fim da missa o padre abençoa com isso e... padre diz, quando tiver isso em casa e põe no bebé que não acontece nada, (...).”* (E16)

- “(...) mas lá na minha terra se faz uma coisa quando vai pró igreja, você me perguntou tudo(...) Olha aqui, metes aqui... aqui na minha religião, metes aqui como se chama alho, uma dente de alho, e uma moeda, uma coisa de alho e um pouquinho de carvão, assim se faz e depois esta coisa faz-se três dias depois de nascer o menino. Põe ao pé dele e sempre quando toma banho sempre faz esta coisa, primeiros meses assim e vai na igreja e estava a falar com o padre e faz assim uma água e metes sempre quando toma banho, os primeiros dias, estes quarenta dias, é uma água, é só água e estava, vai pra igreja com esta água e diz padre que nasceu um menino não sei quê, não sei quê, diz nome dele, depois não sei o que estava a dizer o padre, depois vai com essa água para casa e mete sempre pouco a pouco até acabar isto. Todo a gente faz assim mesmo quem tem dinheiro e quem não tem dinheiro. E esta coisa se faz sempre com uma linha vermelha e uma branca, sempre tem que fazer assim. E primeiro quando metes esta água, não... sempre quando metes água de banho, quando metes esta água nela, nunca podes dar esta..., pôr na sanita, sempre vai pra rua, vai pra fora e metes numa árvore, sempre, sempre, não podes, por causa que esta água é de igreja, não podes pôr na sanita. Depois quando passa, quando acabas esta água, podes pôr. Eu tenho medo eu estava a fazer assim sempre.” (E12)

Existem ainda outras superstições e rituais que foram verbalizados pontualmente pelas entrevistadas. Uma Angolana (E14) descreve que:

- “ Ah e outra coisa dizem que se a bebé, por exemplo se o marido envolver-se com uma mulher e sem tomar banho tocar-lhe, ela fica doente, chama-se «ufe», acho que é isso, ou a mãe ou o pai que envolver-se sexualmente com outra pessoa e for ter contacto com a bebé, acho que é isso, fica doente, chamam «ufe» e também as crianças não podem estar a comer papas dos bebés, dizem que as crianças não podem comer papas, por exemplo o N. não pode comer o resto de papa dela, ele fica atrasado, é o que dizem, não sei. (...) Ah! e outra coisa, os soluços nós colocamos um papelinho branco” (E14)

Também E13 de Angola, conta que:

- “Há certas províncias né, que assim quando o bebé nasce, os pais, a família do pai tem que confirmar se o bebé pertence mesmo à família, se realmente é, vão lá, levam lá nós chamamos no mato, aqui é aldeia não, leva lá o bebé no mato, fazem um ritual, dão uma comida, por exemplo lá tem um sitio, lá no trinta, chamam o trinta, é bengo, dão comida ao bebé, se o bebé comer, engolir com um dia de vida ou dois, se engolir é porque pertence, se tirar fora, não é, fazem isso pra confirmar se é mesmo.” (E13)

Em relação aos cuidados com a roupa do bebé, três participantes, E15 de Angola, E12 e E16 da Roménia, verbalizaram que a roupa não deve ser estendida na rua à noite:

Roupa do bebé – “Ah de noite isso sim, mesmo aqui tem esses costumes, se tiver assim a escurecer tem que tirar a roupa, dizem que é mau ou faz mal, porquê eu não sei essas coisas, são superstições que uma pessoa tem de saber.” (E15)

- “Eu estava a lavar hoje a roupa da minha filha antes dela ser baptizada não podes deixar na rua durante a noite. Durante o dia podes, ou não podes sair com ela na rua à noite, à noite antes de ser..., (...)” (E12)

- “Também há quem diz isso, quando o sol vai a pôr-se tem que apanhar a roupa para não ficar com mau-olhado, acho que é.” (E16)

A participante romena, E16 também refere que:

- “Também se diz com bebé pequeno não se deve varrer em casa à noite, também é uma coisa do mau-olhado não sei do quê.” (E16)

- “(...) pode ter visitas mas também há uma data de superstições, uma diz que ninguém senta na cama do bebé, quando sai da casa tem que por uma coisa, uma linha qualquer tirar da roupa para deixar ao bebé sono, assim...” (E16)

Para solucionar a doença de asma e o bucho virado, dois elementos brasileiros, relatam as respectivas crenças:

- “Há muitas superstições, (...) agora para as crianças lá costumam, é assim nos problemas de asma, bronquite, eles falam muito, na ciência não tem cura não é, e pronto lá eles dizem que conseguem curar esse tipo de doença por simpatia, mas só um tipo de simpatia que a pessoa não pode saber nunca, então tem um tipo de formiga lá e o nome dela é “bunda de ouro”. Ela tem uma pintinha amarela por isso é que tem esse nome, e ela é muito difícil de se encontrar, então geralmente eles costumam pegar essa formiga, colocam em alguma coisa de costura, para colocar no pescoço da criança, e aí quando a formiga morra, quando ela seca, a doença acaba segundo eles e geralmente funciona, pelo menos minha mãe dizia, quando ela era católica e acreditava nessas coisas, dizia que funcionava. Ela já curou asma, bronquite na família com esse tipo de simpatia, mas aí eles usam muitas simpatias, coisas que eu nem sei, mas às vezes minha mãe fala. Esse tipo de coisas dizem que se curam com as simpatias, e dizem mesmo que às vezes funcionam.” (E7)

- “(...) e também o tal do bucho virado que é um perigo, de jogar criança pra cima não pode que a criança assusta e vira o bucho, aí então isso é muito problemas é muita diarreia, dá febre dá tudo na criança, quando ela assusta e vira o bucho e a criança fica doente, então isso lá a gente evita muito de fazer, aí o que é que cura, aí vai uma pessoa lá a casa, faz oração e tal, uma mão fica mais comprida do que a outra, o pezinho, então quando está assim, o bucho está virado, aí ele faz uma oração lá e volta ao normal, acabou.” (E8)

Na Moldávia segundo E6, existe o hábito de guardar o primeiro corte de cabelo do bebé. Joaquim citando Van Gennep, chama-lhe ritos de passagem da primeira vez (1983).

Cabelo do bebé, o primeiro corte - “(...) o cabelo sei que se guarda, (...)” (E6)

Com o intuito de dar sorte ao bebê, na Roménia é elaborado um ritual, que foi descrito por E12:

- “(...) e estava a fazer mais, mas não tenho agora, tenho uma..., olha quando se faz esta coisa aqui para ela (aponta para a garrafa com as fitas), estava a fazer uma mesa para o «oscitor» (incompreensível)...chama-se... «oscitor» (incompreensível, expositor???) na minha terra, há umas coisas que vai para dizer que vai fazer ela na vida dela, não sei como se chama... (...) é uma coisa para expor na mesa, como se chama... estava a expor coisas em cima da mesa para ela ser inteligente, para ela ser... estava a pôr coisas... ou não sei dizer... o que tu queres para ela fazer na vida dela, tem que pôr dinheiro, tem que pôr assim ouro para ela ser... tem que pôr um livro de escola e uma coisa para coser por causa que ela é menina não é, estava a arranjar uma mesa, sim ao terceiro dia de... é mesmo quando chegas do hospital, lá na minha terra ficas sete dias e estava a fazer outra pessoa esta coisa. Mesmo no quarto do bebê tens que arranjar uma mesa e tens que pôr três copos, três colheres, três coisas assim de sopa, sem nada nelas, mas tens que pôr um copo de vinho e dois copos com água e tens que fazer um pão, mas tem que fazer uma menina pequenina tem que fazer este pão, tem que começar, por causa ela não sabe fazer toda e depois ajuda a mãe dela, tem que fazer este pão, tem que pôr nele sal, sal, olha, farinha, água, sal e mel e depois metes assim quando ele está acabado assim, metes assim umas moedinhas assim na massa cozida, já cozida e depois pões nesta mesa com este pão e depois tens que... Sim, mesmo assim, três moedas assim e depois tens que sonhar à noite o que vai acontecer com ela, mas eu não sonhei nada por causa que fui eu que fiz mesa para ela. Fiz mas uma amiga romena que mora aqui neste prédio, é mãe de uma criança que está aqui, (...) E este pão depois de manhã metes em cima da mesa e uma muda de roupa do bebê, que compra esta mulher que faz esse pão, esta mulher não sei como se chama aqui...acho que aqui não há, tem que ser uma mulher que vai depois com criança no baptizado. Não é madrinha, ela vai com ela na igreja e depois madrinha volta com ela. Ela vai dar criança à madrinha, depois quando ela vai fazer baptizado vai a madrinha com roupa dela, ela vai com roupa dela, ela vai baptizar, vai mudar de roupa de madrinha e vem com ela para casa. E depois este pão de manhã, esta mulher tem que, de manhã tem que vir esta mulher para cá para tirar coisas da mesa. Ela arranja mesa de noite antes de ficar escuro e depois de manhã, muito cedo de manhã, ela vai e tira este pão de mesa e corta assim bocadinhos e estava a dar só a crianças. Só a crianças para comer todo, para comer todo. Assim é na minha religião. É para dar sorte ao bebê é isso.” (E12)

#### 2.4.9.4.7 – Transporte e segurança

No transporte dos bebês existe diferença entre os grupos, o grupo africano transporta as crianças maioritariamente ao colo nas costas, com panos (figura 58).

- “(...) é nas costas no «babaram» e atam ...” (E1)

- “(...) é ao colo ou nas costas aqui, fazem uns «babaram», (...), e metem nas costas.” (E4)

- “Nas costas. (...) quando eles começam já a sentar, transportam nas costas com um paninho amarrado às costas.” (E5)

- “Normalmente a maior parte era ao colo. A minha mãe era à frente. É assim eu estou a falar neste caso da minha mãe, mas pronto, temos vários, tínhamos vizinhos pronto, que transportavam os bebês nas costas, com um pano que se chama na minha terra «capoana», eles amarram os bebês às costas.” (E9)

- “Nas costas, metemos ela nas costas, amarra o pano e tá.(...) usa-se mais mesmo ou nas costas ou transportas ela assim ao colo, cobres ela com um pano e andas assim. Carrinho raramente né.” (E13)

- “(...) tem sido assim ao colo, a nova geração, mas, aquelas senhoras dos matos punham nas costas, mas isso, são aquelas que são mesmo dos matos. Ah essas dos matos, acho que ainda fazem muito, porque elas têm que ir para os campos, (...)” (E14)



Figura 59 – Transporte do bebê africano – Angola (Fonte: Wikipédia)

No Brasil esse transporte também é feito mais ao colo, mas à frente.

- “É aqui mesmo na frente.” (E3)

- “(...) para falar verdade, a minha cidade é pequena, é pouco desenvolvida, e na maioria das vezes transportam no colo. À frente, na maioria das vezes nem todas as mães têm carrinho, (...)” (E7)

- “(...), no colo à frente.” (E11)

- “A R. e a C. sempre no colo.” (E18)

- “As que têm condições é em cadeirinha, a que não tem é ao colo mesmo (...)” (E17)

Nos países de Leste, o transporte na rua é feito em porta bebês, ou ao colo no canguru, à frente.

- “É como aqui há as alcofas, mas lá têm rodas, elas não andam com eles ao colo.” (E2)

- “Em cadeirinha, agora há muitos com cadeirinhas, agora estes anos, dois, três, quatro ou cinco anos, mas antes era muito mais no colo. Não tinha uma coisa para pôr no colo como há agora não, só aqui mesmo, vai com ele para comprar pão, para comprar coisas.” (E12)

- “(...) na rua é nos carrinhos e no porta bebês e ao colo também quem não tiver carrinho mas agora quase toda a gente.” (E16)

- “Ah, ah, é canguru também.” (E20)

Relativamente ao transporte rodoviário, parece que em todos os grupos não existe obrigatoriedade na utilização de cinto de segurança e de cadeira própria de bebé para o automóvel, segundo os depoimentos de participantes do Brasil, Moldávia e Roménia.

Automóvel – “Lá hoje em dia já não sei, as minhas sobrinhas não teve cadeirinha. Era ao colo à frente. Nunca se gosta de carregar o neném à frente pelo problema se houver um acidente.” (E3)

- “Não é como aqui, é ao colo, os maiorzinhos e sem cinto e sem nada, vão o pai com o filho, sentam-no à frente, mas lá também não há como há aqui, se calhar eles estão, senão obrigavam a pôr o cinto, porque lá é assim, aqui na Alhandra toda a gente conhece os policia, lá eles não ligam a isso, como são muitos policia, poucos carros, agora é que começou a aparecer mais, se calhar com o tempo vão começar a puxar mais pelos condutores em questão de segurança, porque lá o bebé quando sai da maternidade vai ao colo, não há ovos para o carro e não há cadeira própria para as crianças.” (E6)

Automóvel – *“Olha hoje em dia eu acredito, eu não sei, quando eu saí de lá não tinha problema de carregar criança no colo desde que fosse no banco detrás do carro, mas acredito que agora também já seja obrigado também cadeirinha lá.”* (E11)

- *“Lá não se usam as cadeiras, mas não é assim tanto, bem a lei diz que precisa, isto no carro”* (E16)

No que respeita ao grupo africano as entrevistadas referem também que não se usa cadeira para transportar o bebé na viatura automóvel, sendo este transporte pouco habitual.

- *“Lá em Angola dificilmente usa-se carrinho, também as ruas, (...) é areia e fica difícil assim com carrinho e no carro também não se usa cadeirinha.”* (E13)

## **2.5 - Vivência da Adaptação da Mulher Imigrante**

Verifica-se que na privacidade do grupo, muitas referências culturais de origem se mantêm. Porém, na interação com a sociedade de acolhimento, a população imigrante adopta muitas atitudes da população portuguesa. Também Machado et al. (2006) no seu estudo, sentiu necessidade de reflectir sobre o processo de aculturação, segundo o qual os conhecimentos individuais e do grupo são sujeitos a alterações quando em contacto com outra cultura, aproximando-se os comportamentos das mães africanas dos praticados pelas mães portuguesas. Constata-se que existe uma maior aproximação, dos comportamentos das participantes com os praticados pela sociedade do país de acolhimento, à medida que o processo migratório se iniciou há mais tempo, que é o caso de E9 e E14, e também, quando existe fusão familiar entre a participante do estudo e um companheiro português. Nesta situação também se denota maior adesão a comportamentos e crenças do país de acolhimento, no entanto menos marcantes, comparativamente ao tempo de migração.

### **2.5.1– Língua**

Verifica-se que a comunicação entre as entrevistadas e os familiares, na maioria das vezes se faz utilizando a língua – mãe.

- “(...) mas com a minha irmã e o meu irmão aí já falo da Guiné (...) Só como os meus sobrinhos quase todos nasceram cá, aí já falo português com eles, (...) Porque o meu irmão já está cá quase há 31 anos.” (E1)

- “Falo crioulo mais com a minha mãe e com os meus irmãos. (...)” (E4)

- “É uma mistura, é assim, com o meu pai falo uma língua que nem eu sei como é que lhe posso dar um nome, é uma mistura de português, italiano, espanhol, moldavo, russo, é tudo e mais alguma coisa.” (E6)

O sujeito do estudo, provindo de Moçambique, fala português, apesar de se falar em Moçambique outra língua, além do português, é esta última, que a entrevistada sabe no momento.

Há a salientar, que, na comunicação entre pais e filhos, as entrevistadas dos países de leste, falam na língua do país de origem, e assim, as crianças, são bilingues, porque na socialização extra familiar a língua que ouvem e falam é o português.

No entanto verifica-se que no caso de E6, que casou com um homem do país de acolhimento, não é tão marcada a necessidade de ensinar aos seus filhos a sua língua.

- “ (...) tentei assim umas vezes, e parece que não é nada com ela, e também não faço questão, só a partir dos quatro anos, é muita confusão, já vi, ucraniano, moldávio, filho de uma russa com um português, ela não é portuguesa, acompanhou um rapaz até aos três anos acho que vai fazer quatro agora em Dezembro, é uma papa de palavras, não se percebe nada, não quero fazer isso com ela. Inglês, Francês, Português, Russo e Moldavo, acho que para eles chega. Para depois eu acompanhar francês e inglês consigo, agora ensinar moldavo ou russo, para mim não quero muito, mas o meu marido quer. Vamos pedir a nacionalidade moldávia.” (E6)

O mesmo não acontece, com as participantes romenas, que fazem questão de ensinar os seus filhos a falar romeno, porque há uma intenção de regressar ao país natal.

- “Sim, nós tentamos sim, porque causa quando ela vai voltar lá, ela não vai acabar toda a escola aqui, quando vai voltar lá, vai ser muito difícil para ela. Sim, eu estava a dizer que também tinha também, mas esta amiga tem, tem filha aqui, vai agora para o primeiro ano, na escola ela não sabe agora escrever romeno, só português só e vai ser mesmo difícil, a A. fez quatro anos lá na Roménia e ela ainda sabe falar e escrever. Em casa falamos com ela em romeno sim, pra ela não esquecer. Falamos todos, sempre falamos romeno em casa, mesmo sempre romeno.” (E12)

- “Sim, falamos romeno, é normal. Mesmo que ele vá aprender português porque vai para o infantário, mas vai aprender romeno, nunca se sabe qualquer dia a gente

*precise voltar para lá, ou acontecer qualquer coisa ou tem que saber, também se é romeno tem que saber.” (E16)*

Uma entrevistada guineense tem intenção de falar quotidianamente português com a sua filha, mas também gostaria de lhe ensinar a falar a língua do seu país de origem.

*-“(...) aqui em casa vou falar com ela português, mas claro que ela vai saber falar crioulo, pronto claro que não vai assim tão bem como eu, mas vai falar.” (E4)*

Apenas uma das entrevistadas brasileiras, não faz questão que os seus filhos preservem o sotaque brasileiro.

*- “A minha filha já nem fala brasileiro, se você fala com ela, já nem se percebe bem. A C., a mais velha, então eu não ligo muito.” (E18)*

É de referir que, o percurso de vida desta mulher no Brasil, não foi fácil, tendo laços de parentesco muito fracos, com a sua família, no Brasil.

Por último, destaca-se a utilização de expressões portuguesas, por parte de uma entrevistada moldávia, casada com um português, residindo em Portugal há cinco anos:

*- “ (...) com um caraças, (...) A malta, (...) Acalme aí a bolinha, (...) era para engatar (...) com aquele sono a caçar ratos (...)” E6*

### **2.5.2 – Alimentação**

Todos os saberes gastronómicos que foram transmitidos aos sujeitos do estudo, servem de base à sua prática, contudo denota-se também, uma assimilação da forma de alimentação do país de acolhimento.

Principalmente os filhos das participantes, têm maior preferência pela cozinha portuguesa.

*Foi buscar alimentos característicos da Guiné - “(...) de vez em quando faço o comer de lá.” (E1)*

*Foi buscar alimentos característicos da alimentação da Guiné, utilizando-os na sua ementa – “ (...) habitualmente, aos fins-de-semana.” (E4) O marido que é guineense, gosta mais da comida portuguesa.*

- *“É o meu marido que come tanto comida moldavo como português, os pratos feitos são diferentes, (...)”* (E6)

- *“Há coisas, certos temperos que faço. Mas... pronto há certos temperos que são mesmo nossos que já vem de trás.”* (E9)

- *“Aqui a gente faz a mesma comida que fazia lá.”* (E10)

- *“Eu estava a fazer comida romena e portuguesa, (...)”* (E12)

- *“Ai eu faço, agora que ele está aos fins-de-semana ou eu, quando estamos os fins-de-semana, normalmente gostamos de comer pratos angolanos. (...) mas os meus filhos não gostam muito, comem assim se eu insistir um bocadinho, mas eu habituei-os, eles é que nunca gostaram, não gostam muito da mandioca, a minha filha começou agora a comer a mandioca mas o rapaz não quer mesmo.”* (E14)

- *“(...) o que eu faço mais, faço mesmo mais é alimentação lá de Angola (...). Ele é meio esquisito, até funchi é que ele (filho) come assim mais ou menos, mas ele também não é assim muito de comida eu até nem sei do que é que ele gosta, nunca foi muito de comer, tenho que andar atrás, nunca foi muito de comer, mas come mais comida daqui, um hambúrguer, gosta muito de esparguete, esparguete ainda vai, funchi também que é aquele de molhinho, come cereais, gosta de cereais.”* (E15)

- *“Ah...agora, (hesitação) não! se calhar mais nossa, eu também faço comida portuguesa.”* (E20)

Os sujeitos do estudo, fazem uma alimentação com base no país de origem, com a limitação, de que, certos produtos, são difíceis de encontrar e o seu custo é elevado, ficando a sua confecção para momentos especiais.

- *“É assim eu feijoada não faço na minha casa. Essas comidas tradicionais lá do Brasil, eu não faço aqui, só quando vem visitas, porque é só comida para fazer para mais gente, então eu praticamente quase não faço. Como eu não tenho casa suficiente para receber visita, eu nunca faço esses pratos na minha casa. O que é que eu faço aqui, a minha casa tem sempre gente mas eu faço sempre churrasco. (...) o churrasco, com a picanha para nós pronto, mas custa muito a picanha, e a gente faz muito churrasco de entremeada e pronto picanha às vezes, porque a gente gosta muito da picanha, (...). A minha cultura, o que eu mais, pronto a tradição que eu uso mais, que fica mais guardada é a parte do churrasco (...) Procuro comprar sempre produtos do Brasil, eu por exemplo agora até estava a falar com o meu marido que ia abrir uma casa que vende todos os produtos brasileiros, que é lá na Amadora e eu quero ir lá comprar (...)”* (E3)

- *“(...) a gente às vezes sai até para comprar, às vezes desloca para ir mais longe à procura e é mais caro. Às vezes sim faço, principalmente quando convidamos pessoas...”*

*olha quando eu cheguei, convidei alguns irmãos da minha religião portugueses, eles vieram cá a casa e preparámos.” (E5)*

*- “(...) aqui às vezes, às vezes eu faço. Sim, às vezes eu faço feijoada que é um prato brasileiro, mas há coisas que nós às vezes sentimos falta. Por exemplo lá no Brasil tem padiola, farinha de milho, tem muita coisa no Brasil que aqui não tem, então a gente sente muita falta dessas coisas. No Brasil você encontra a mesma variedade tanto de doces como de salgados. (...) e disso a gente também sente muita falta, (...) muitas frutas e legumes que são bons, agora aqui a fruta e os legumes são muito caros. Aqui por exemplo, no pingo doce tem, quiabo, chuchu, inhame, são coisas do Brasil, a gente vai lá de vez em quando e compra, mas é uma coisa que a gente não faz directo porque é muito caro, e lá não. (...) muitas das coisas que tem aqui de lá do Brasil é muito caro e como aqui a gente não está muito à vontade nisso, nem sempre a gente pode comprar essas coisas, então a gente tem de comprar as coisas de cá para ir cozinhando.” (E7)*

*Comida angolana – “Faço, compramos nas docas, lá na doca pesca em Lisboa, tem um sitio que vendem comida africana, às vezes a gente quando tem saudade vai lá, é um pouquinho cara mas quando dá a saudade a gente vai lá, compramos, (...) aqui no Pingo Doce vendem, mas só a de milho, a de bombó não. (...) Aqui há muita comida que faz muita falta, ...” (E13)*

Nas situações em que, o marido pertence ao país de acolhimento, a maioria deles adaptaram-se às comidas do país de origem da mulher e são por vezes, eles mesmo que pedem:

*- “De vez em quando, que ele pede, porque eu não gosto muito (risos), ele gosta muito de feijão, feijoada e essa coisa toda e eu pego e faço, para agradar porque eu sou um pouco preguiçosa para cozinhar e a daqui eu acho tão prática. Só fazer uma massa já está, agora o negócio de feijão, a gente passa o dia inteiro na cozinha.” (E8)*

Por outro lado, denota-se por parte das participantes do estudo, uma curiosidade em explorar a cozinha portuguesa, tornando-as adeptas de alguns pratos.

*- “Mas também a culinária daqui é bem gostosa, eu gosto muito por exemplo do bacalhau à Brás, bacalhau com natas, assim essas coisas gosto muito. A comida portuguesa também é boa, mas pronto vou fazendo assim. A verdade é que a gente aprende muito e eu gosto muito de trabalhar na cozinha, porque é um trabalho que a gente aprende muito, na culinária. (...) Eu aprendi um prato que se chama migas. Ah, eu adorei, gostei muito. Eu até falei que se arranjasse outro trabalho gostaria de ser ajudante de cozinha, também para aprender mais sobre a culinária daqui, é bom.” (E7)*

*- “(...) por causa que eu trabalhei no restaurante e agora o meu marido gosta bacalhau, gosta filetes de pescada.” (E12)*

Existem três das entrevistadas que fazem mais comida portuguesa, duas porque não sabiam cozinhar no país de origem e outra em que a união com o país de origem é muito frágil.

- *“Fiz, é raro fazer, porque nem na terra fazia muito. Mas às vezes, quando é a Páscoa, o Natal, faço. (...) É mais a comida portuguesa que é mais simples, não gosto muito, não sou muito, faço comida mas faço porque tem que ser, não gosto muito de cozinhar.”* (E16)

- *“Nesse tipo de coisas eu não preservo, porque estou em casa do marido e aí a comida tem de ser mesmo portuguesa, então aí eu já não preservo muito.”* (E18)

- *“(...) mas aqui quando cheguei não sabia fritar nem um ovo. O meu marido dizia que isso era o mínimo, e que era uma vergonha porque eu não sabia fazer um ovo, e teve que me ensinar (...)”* (E19)

### **2.5.3 – Vestuário**

Todos os sujeitos do estudo vestem roupa similar à que se veste em Portugal, tal como vestiam no seu país de origem. Algumas das entrevistadas provenientes da Guiné e Angola, durante o Verão vestiram por vezes roupa africana. Em relação, aos penteados, todos os sujeitos do grupo oriundo de África, fazem penteados africanos, a si e aos seus filhos.

### **2.5.4 – Festividades**

Na sua maioria, as entrevistadas sabem quais são as festas mais emblemáticas da cidade onde vivem, no país de acolhimento, mas com pouco envolvimento da sua parte.

- *“ Há festas daqui que nós os dois não nos envolvemos”* (E7)

Por outro lado, é impossível transpor para Portugal, a “performance” das épocas festivas dos países de origem. De qualquer forma, estes imigrantes, tentam de algum modo, manter certos hábitos das épocas festivas no seu país.

Abstinência à carne e ao peixe, quarenta dias antes da Páscoa – *“Eu não fiz porque agora estou a dar de mamar, do menino fiz, fiz o ano passado, mas agora como ele ainda é muito pequeno não fiz. (...) Festejamos porque vêm cá os padrinhos, são os meus primos. Os meus primos são os padrinhos. Vêm aqui mais uns casais, depois temos aqui um forno e agora na Páscoa fizemos aquele bolo. (...) Foi a minha prima, benzeu (os ovos) foi aqui nesta igreja, mas o padre não sabia que tinha que benzer, foi eles que pediram, e ele não sabia.”* (E2)

- *“Para dizer a verdade é assim, nós cá, eu e o meu marido ficamos em casa, a única diferença é que no Brasil passamos em família. Aí também a gente sente muita falta, nessas épocas de estar com a família (...).”* (E7)

Abstinência à carne e ao peixe, quarenta dias antes da Páscoa – *“Não, aqui não, eu não consegui sempre, (...).”* (E12)

- *“Às vezes assim aos fins-de-semana fazemos um churrasco para estar todos juntos, escolhemos uma casa e nos juntamos todos, uma música, recordamos lá da Angola.”* (E13)

Verifica-se que a entrevistada guineense E4, não tem um apego tão marcado às festas do seu país de origem como a sua mãe.

- *“Não, eu não tenho, a minha mãe é que tem, coisas da Guiné, são amigas, juntam e fazem festas.”* (E4)

### **2.5.5 – Crenças e rituais**

De entre as vinte entrevistadas, onze delas, casaram no país de acolhimento, seis apenas pelo civil e mais cinco pela igreja (quatro pela igreja católica e uma pela igreja ortodoxa).

As crenças religiosas por parte das entrevistadas, na religião evangélica, no reino de testemunha de Jeová e na religião ortodoxa, são mais sustentadas, do que as crenças das entrevistadas da religião católica. Demonstram mais conhecimentos teólogos, falam muito mais da sua crença.

Religião católica - *“Aqui é raro, (...) porque eu trabalho, e o sábado e domingo é para descansar. (...) Íamos sempre, e em Cabo Verde também íamos sempre.”* (E4)

- *“Sim nós somos testemunhas de Jeová, então essas coisas de casar, de momento eu estou de castigo. Posso frequentar mas não posso dirigir-me (hesitação), não posso*

*falar com ninguém, lá as regras são assim quando se está de castigo. Posso ouvir, fico lá tudo muito bem, mas não posso dirigir palavra a ninguém. A pessoa sente mesmo, e para essas coisas tem que dizer não voltar porque há quem..., se sentir mesmo no coração, se tiver arrependido, se quiser voltar, depois de voltar, volta tudo ao normal. Casando já não tem problemas, porque assim eu vivo, como já sou casada vivo no adultério, se não fosse casada teria a viver na fornicação, quando vivem em união de facto sem o casamento, assim eu estou no adultério. (...) Já tenho muito conhecimento, (...)” (E15)*

*- “Lá na nossa igreja o altar é fechado tem aquela..., não sei se alguma vez viu, ... tem uma coisa assim... Não é ... espere que eu vou-lhe mostrar, só um bocadinho, e a mulher nunca entra, ah... passa atrás daquilo (...) as mulheres nunca entram, só quando...ah, entram no altar só quando é construído uma igreja nova e quando se faz a bênção da igreja, só naquele dia é que as mulheres podem entrar lá. Diz que as mulheres têm o período e isso, não somos limpas.” (E16)*

*- “E também como nós somos evangélicos mas aqui Portugal precisa de ser muito evangelizado, de conhecer Jesus ainda, então na Igreja, a gente conhece muitas pessoas e a gente vai falando, aí tem isso também. Eu acho que Deus nos colocou aqui, (...)” (E17)*

Quatro dos sujeitos, mudaram a sua crença religiosa, já em Portugal, transitando sempre da religião católica para uma outra, por sentirem que a última os transformou, lhes trouxe mais conhecimento e se identificarem com a mesma.

*- “(...) foi pelo conhecimento dos amigos. Fomos uma vez, a gente foi, gostou de frequentar, e até hoje a gente já adquiriu muitos conhecimentos, muitas coisas que a gente achava que estava certo na católica, hoje a gente sabe que está errado, então a gente pretende continuar ali.” (E7)*

*- “(...) a gente estava assim a ter umas complicações espirituais, aí eu pedi pra ele pra gente ir procurar uma igreja, fomos à igreja católica nada, (...)” (E8)*

As entrevistadas opinam que, as congregações na igreja, dentro da mesma religião são similares tanto no país de origem, como no país de acolhimento.

*Religião católica - “(...) às vezes a missa é em crioulo, por causa, que a língua de lá. O dialecto é crioulo, mas de resto é igual daqui.” (E4)*

*Reino de testemunha de Jeová - “É, funciona da mesma forma, o que se faz lá, é o que se faz aqui, nada, nada, em nada muda” (E5)*

*- “(...) mas também já fui na católica aqui e é muito parecida, igual, muito parecida.” (E8)*

- “(...) aqui tem mais brasileiro do que português, que é praticamente a igreja do Brasil que veio pra aqui, (...)” (E8)

Religião evangélica - “A partir dos 13 anos de idade, porque toda a família ia. (...) A mesma igreja. Aqui, quando nós chegámos já tinha.” (E10)

Desta opinião não partilham duas entrevistadas, quando referem que no seu país a igreja católica é muito mais animada,

- “(...) até a missa na igreja católica é mais animada lá (...)” (E13)

e ainda duas participantes da religião ortodoxa, que encontram diferenças nos rituais realizados na igreja ortodoxa em Lisboa.

- “(...) mas acho que não é tão ortodoxa como se diz, porque não faz a mesma tradição, nós fomos lá mas não é a mesma tradição de lá. É igreja ortodoxa, mas são os portugueses, padres portugueses e não é a mesma coisa.” (E2)

- “Aqui foi, foi duas vezes por causa, fui para ver se é mesmo igual e é quase mesmo, as palavras, as coisas são quase o mesmo como lá na Roménia. Fui com minha amiga portuguesa e fui lá e estava a ver uma vez e estava a dar beijinho assim estava a dar um abraço, lá na minha terra não era assim e eu fiquei assim um pouquinho... mas gostei, não é nada mais.” (E12)

Uma entrevistada moldávia, no país de acolhimento, começa a acreditar em bruxaria, após ter vivido uma experiência que a levou até essa crença, levando-a a procurar alguém instruído nessa área, de forma a solucionar o seu problema.

- “ (...) não gosto muito de me encontrar com a ex mulher dele, (...) fez muita coisa à gente, muita, muita, muita coisa à gente. Mas pronto, eu também não sou de desistir, andei, procurei, quis-me tirar daqui, quis dar cabo da nossa relação mesmo quando a gente se conheceu, quis, ouviu que eu estava tirar a carta, eu na altura com o casamento, com a papelada toda, pronto ela andava metida mesmo em coisas más, mas graças a Deus, o meu S. também é uma pessoa, que estás ao pé dele estás ao pé de Deus, não pega nada, mas eu apanho muita coisa, só que é do meu lado porque dele ela nunca conseguiu bloquear, mas muita coisa cá em casa, quando limpava a casa, não podia estar à espera dele, muita porcaria em casa, coisas ligadas por baixo, no escritório, por baixo da cama do lado dele. Quando o conheci ele não conseguia ter relações, parecia que estava tudo bem, tirava, morria, cheios de agulhas lá na cozinha muita coisa que ele encontrou, (...) comecei-o a tratar mal de repente, tratava-o super mal, conta coisas que eu não me lembro, chamava-o às tantas da noite para minha casa e ele vinha, largava tudo, chamava-lhe nomes e mandava-o embora, mas depois estava tudo bem, uma coisa horrível, pronto mas conseguíssemos nos safar disso, e disseram quanto menos a gente ver ela (...) não conseguia começar com o baptizado, não conseguia começar com o casamento, estava mesmo tudo cortadíssimo, foi mesmo do

*pior, andei em stress meio ano, mas agora já está tudo bem, por isso é que de manhã ponho três pauzinhos para ver se limpo, a partir daí... Outro problema que eu tive, que eu cada vez que tocava, (...) tocava nalguma coisa como se fosse isto dela, lembrava-me logo dela, que era dela, é o que ela queria, (...) eu não tinha explicação para aquilo e a gente fomos para ver o que é que se passava, a rapariga disse o que ela quer é ficar para sempre lá em casa, sempre te lembrares que aquilo é dela, (...) fogo eu não acreditava nestas coisas mas quando passei, passei a acreditar, fogo!” (E6)*

Como já foi descrito anteriormente quatro das cinco mulheres do Leste da Europa, têm água benta em casa, para afastar os maus espíritos.

*- “(...) normalmente à quarta e sexta feira mando um bocadinho de água benta, sempre é bom acreditar em alguma coisa.” (E6)*

### **2.5.6 – Valores**

Dezoito das entrevistadas têm sentimentos patriotas em relação ao seu país, ora querendo preservar costumes do seu país, ora tendo sentimentos saudosistas em relação ao mesmo, como se demonstra nas citações seguidamente registadas e em outras já descritas anteriormente, nomeadamente na página 173.

*- “ (...) é assim eu quando vim para cá, também foi um choque para mim, mas tive-me que me habituar, mas o meu marido quer que eu volte a vestir o que vestia. (...) eu quando vim para cá já estava-me a maquilhar, depois a patroa, onde ia a trabalhar até se habituarem, não... e depois uma miúda de 19 anos, não sei quê, arranjada..., pensava que era para engatar os patrões e tive que passar pouco a pouco, tirar um bocadinho da base depois um bocadinho de batom, mudar para outra cor mais clarinha, depois o rímel não assim tanto, comecei a cortar, cortar, as saias só ao fim de semana, de vez em quando lá saia com os meus pais lá vestia uma mini saia mas a minha mãe – Puxa para baixo! (risos) Puxa mais para baixo! Depois não me sentia bem. Porque lá onde eu estou é assim, pessoas já de idade e homens e mulheres era pronto, era faziam o que eles queriam, temas de conversa então tive de cortar. O meu marido quer que eu volte.” (E6)*

*- “Aqui em Portugal, tento preservar o que eu sou de mim, eu quero ser sempre o que eu era lá, e por exemplo eu não quero mudar nos costumes, não... Os costumes, por exemplo a maneira de falar, de lidar com as pessoas, o modo de conversar, e é isso em primeiro lugar. Quero ser sempre, o que eu era sempre, o que eu sempre fui.” (E19)*

Todos estes dezoito elementos mantêm contacto frequente, ou têm informação do seu país. Este contacto a nível do grupo africano, faz-se via telefónica. Nos restantes grupos,

além deste meio de comunicação interactivo, utilizam a Internet, e recebem também informação pela TV, tendo programas de televisão do seu país natal.

- “(...) nós temos a televisão de lá, temos a antena parabólica e uma coisa que pagamos lá na terra como se fosse TV cabo, lá pagamos e temos os programas todos” (E16)

Dos dezoito sujeitos referidos, os dois romenos, vacilam entre valores patriotas e valores de honestidade, acabando por emergir a honestidade, mesmo denegrindo a imagem do seu país.

- “(...) não tenho vergonha para dizer, às vezes não tinha dinheiro para comprar uma banana,” (E12)

- “Estas coisas eu disse à minha amiga – Olha não vou dizer à enfermeira que lá se passa na nossa terra, (...)” (E12)

- “(...) é assim, agora há uma coisa assim, a minha amiga diz, - tu não vais falar disso aqui não é? (...) pronto mas já disse aquela coisa” (E16)

Somente dois elementos não demonstram grande apego ao seu país de origem, uma entrevistada brasileira, e a entrevistada moçambicana, a primeira, tendo sempre um discurso muito depreciativo em relação à sua família, e conseqüentemente sem grande apego ao seu país:

- “(...) na minha família é assim, cada um por si, ninguém quer saber de ninguém.” (E19)

A segunda considera-se já, mais portuguesa que moçambicana, em virtude dos muitos anos, em que já se deu a imigração.

### **2.5.7 – Dinâmica familiar**

As participantes angolanas não aceitam a poligamia quando reportada à sua vivência.

- “O meu marido ter outra mulher, ai pá eu não, eu não aceitava.” (E4)

- “Ai não, eu sou muito contra a poligamia. Claro que não, comigo não, hoje em dia não, não, não, não! Tem que repartir, depois fazem escala, lá em Angola é assim, ou

*então fazem dois dias aqui dois dias ali, ou um dia aqui e um dia ali, ou então uma semana fica aqui outra semana fica ali, é assim.” (E15)*

Na globalidade, verifica-se aqui em Portugal, um papel mais activo dos companheiros das entrevistadas, nas tarefas caseiras e nos cuidados aos filhos. Este facto é consonante com o descrito por Correia (1998, p. 370), na actualidade, nas sociedades ocidentais, “*o homem começa a participar na gravidez da mulher, compartilha o nascimento e as tarefas exigidas pelo bebé pois agora partilha a sua vida com uma mulher que não quer ser mãe a tempo inteiro*”, uma mulher que muitas vezes trabalha, que tem simultaneamente outros ideais.

- *“Ajuda. Enquanto eu estava internada ele (marido) parou de trabalhar esses dias e vai lá todos os dias e quando eu saí ele também ficou em casa quase um mês. A dar banho não, ajuda a lavar coisas à mão do bebé.” (E1)*

- *“(…) ele faz muita coisa em casa, se deixo a casa para ele fazer tudo, ele dá conta sozinho, ele ajuda muito, (…) É como uma verdadeira dona de casa (…) e com a criança também, ele ajuda e faz tudo muito bem.” (E7)*

- *“Eu fiquei muito admirada dele, dele querer tratar, de cuidar, trocar fralda, na maternidade era ele que trocava a fralda, estava o tempo inteiro com ela (…)” (E8)*

Tarefas caseiras e cuidados aos filhos – *“O meu marido sim, ele ajuda muito.” (E10)*

- *“(…) como foi cesariana, o meu esposo teve de cuidar da casa né, eu não podia fazer o trabalho da casa” (E11)*

- *“(…) ele ajuda muito a A., pra ela é como pai dela ele ajuda muito a ela. Ajuda também muito, eu às vezes fico mais nervosa por causa de ela, que eu não estava a dormir bem à noite e não sei quê e ela agora pergunta, pergunta mais coisas da escola ao meu marido, não pergunta mais a mim. Eu disse ao marido: - Oh mas tu ficas sempre aí. E ele diz – Olha deixa, ela fala comigo. (…) em casa faz também,(…)” (E12)*

- *“Ajuda, também já está há mais tempo cá, já vê como é que as coisas são diferentes, essa autoridade a gente vai deixando pra trás que a gente já não segue né, ajuda e muito. É muito ligado à filha.” (E13)*

- *“(…) ele faz, ele é uma autêntica mulher em casa, é daquele tipo de homem que chega, olha para a dispensa vai fazer as compras, eu se for preciso ainda faço lista, ele não, ele abre aqui o frigorífico, vai, traz tudo. Para os miúdos é um pai presente, sempre, prioriza, primeiro para os filhos tudo, as compras primeiro para os miúdos, mesmo na altura que o dinheiro está curto, primeiro abastecemos as coisas para os meninos e depois nós, sempre, sempre. (…) Ele por exemplo, agora sabe que eu de noite estou de empreitada com ela, né, ele de manhã, ele trabalha de noite, está a fazer*

*o turno e chega de manhã, na altura de escola, ele é que os acorda, apanha-os, repartimos sempre as tarefas. Durante a gravidez eu tive também de baixa durante muito tempo, ele ajudava, quando pudesse passar a ferro passava, ele lavava punha a máquina e era assim, era tudo, ele cozinha, tudo, tudo, ele é uma autêntica mulher, tal e qual o meu braço direito. Durante a gravidez tive aqui só com o barrigão, ali na boa vida.” (E14)*

*- “No final da semana ele sai mais cedo e ajuda sempre que está aqui, (...) Faz o almoço, faz o pequeno-almoço, faz tudo. Geralmente no final da semana ele deixa dormir mais tarde, assim mais tarde um pouco, e depois de manhã levanta e faz o pequeno-almoço, e quando eu acordo já está o pequeno-almoço feito.” (E19)*

No entanto à a referir, que muitos companheiros das participantes, os cuidados aos filhos passam pela dimensão de entretenimento e adormecimento, limitando-se os cuidados de higiene e conforto a situações mais esporádicas. O motivo de tal facto segundo as participantes, prende-se também pelo pouco tempo que os pais estão com os filhos.

*- “(...) aqui participa só um bocadinho porque ele trabalha, sai às cinco e tal e entra às oito e tal e às nove horas já é horas de a L. dormir. (...) (Questionada se o pai já mudou alguma vez a fralda ou deu banho à bebé) Não (risos) é só mais para pegar para brincar.” (E4)*

*- “(...) e aqui por exemplo, o pai dele chega ali para as oito e meia, e ele sai para ir para o trabalho antes das sete de manhã, então o tempo com ele é muito pouco, só que ele já conhece o pai, e quando o vê já começa a sorrir, então assim geralmente o pai dele brinca com ele mas é muito pouco tempo que ele tem para brincar com ele. (...) Mas pronto lá ele me ajudava muito e gostei mais de quando estávamos lá porque meu marido me ajudava mais, e estive muito mais tempo com o outro do que com este daqui.” (E7)*

*- “Participa, por exemplo agora que ele chega eu descanso um bocadinho e se ele por exemplo chorar ele é que pega nele.” (E9)*

*- “Ajuda, ajuda, sim. Só quando está dormindo durante a noite em casa, que é raro ele estar à noite em casa, às vezes não acorda, mas durante o dia, sim ajuda. Ele no início tinha um pouquinho de medo agora já troca ela.” (E11)*

*- “E também ajuda também na M., ajuda, penteia a menina, cuida, eu pelo menos... (...) Brinca, se bem que as brincadeiras dele não me agradam, então com o rapaz, ai meu Deus, não gosto.” (E14)*

*- “Ajuda, também não tem muita coisa, porque ela ainda não está a comer. Não nunca deu banhinho. Às vezes passar a toalhita mas de resto não, (...) Brinca muito com ela, ela já conhece o pai, o pai tem mais jeito para fazer dormir, ela como está com o fito da*

*mama às vezes não aceita a posição que eu deito pra ela, mas com pai ela dorme, o pai balança e ela já percebe e dorme.” (E15)*

*- “Sim o banho damos os dois, mas ele mais fica a ver, (risos) mas se for preciso ele faz. (Trocar a fralda) Mudou foi ele primeiro que mudou no hospital e aqui também, mas também como ele está a trabalhar tem menos tempo.” (E16)*

*- “Brinca, brinca bastante com ele, é tanto que quando ele ouve a voz dele fica todo excitado, quando ele chega e pergunta cadê o negão do papai ele já conhece ele. (...) Colabora, a primeira vez que ele trocou a fralda ao G., meu Deus nós rimos demais porque ele colocou talco colocou até na cara do G. (risos) ai ele ficou lá com ele assim, Oh K. não tem jeito de colocar a fralda, a fralda do G. fica assim depois ele fica a tremer, ele ajuda mais no final de semana, ele chega já tarde” (E17)*

*- “(...) dá o biberão, agarra o bebé. Ajuda, ajuda.” (E19)*

*- “Ajuda. Sim, sim, mudar fraldas não, porque ele só mudou se calhar uma ou duas vezes, (risos) porque ele disse eu não sei como é muita força para fechar a...(...) Brincar com a filha – “Isto é ele mais calmo.” (E20)*

Constata-se que os dois companheiros das participantes da Moldávia são aqueles que colaboram menos nas tarefas caseiras e cuidados aos filhos, estando aqui incluído um homem português.

*- “Ele diz vou para a cama, e eu digo - E eu não estou cansada com os meninos desde de manhã, fazer almoço, a casa e não sei quê, não, ele é que está a trabalhar, agora tenho sorte porque a minha filha uma vez disse, - Não, mamã, não, papá! Mudar a fralda cheia de cocó até acima ele até se arrepiou. Ele é muito enjoativo, (...)” (E6)*

O chefe de família, em todos os grupos, maioritariamente é o companheiro, como o referiram as mulheres entrevistadas, sendo este também o principal angariador de rendimentos.

*- “E neste caso aqui também, eu mando em casa, ele manda em mim.” (E6)*

Em oposição, os responsáveis pela educação dos filhos são as participantes, alegando que são elas que passam mais tempo com estes. Duas das participantes, nomeadamente E6 (da Moldávia) e E15 (de Angola), salientam que pretendem educar os seus filhos com os mesmos valores transmitidos no seu país de origem.

*- “Aqui também pronto o pai tem um papel importante, mas eu tenho mais.” (E4)*

- *“Ele deixa-me fazer tudo e mais alguma coisa, criar da maneira que eu quero os filhos, nunca disse nada. (...) Mas eu vou ser assim com os meus filhos, porque aqui na educação se não gosta, dá-se um chapadão vais preso, mas isso eu não gosto, porque como o meu marido diz, depois o resultado é na escola, dar porrada nos professores e faz-se tudo e mais alguma coisa, (...) a minha mãe nunca me bateu, mas eu tive medo do meu pai, ele só me torcia a pele, e fui a menina mimada, mas eu dou, de vez em quando dou na fraldinha, e olha A. não faças isso e ela sobe, cai, deixei uma vez à segunda apanhou, e disse agora ficas ali desde o meio dia até às duas, para as outras coisas é pequenina e para a educação não. É diferente, olha se levam a mal, não levam, para mim, acho que sou a mãe (...) eu educo da maneira que eu acho” (E6)*

- *“(...) é os dois, mas é porque eu é que fico mais com as crianças, lá não é, portanto sou eu que estou mais à frente.” (E10)*

- *“Tento preservar é a educação, porque lá nós temos uma maneira de educar um bocadinho diferente.” (E15)*

Em todos os grupos de participantes, alguns elementos fizeram referência ao papel materno, como muito absorvente, restando pouco tempo para outras actividades e a realização de outros papéis.

- *“(...) mas agora não há tempo para nada.” (E1)*

- *“(...) gostava muito de fazer um curso, mas agora com o bebé não dá, é mais difícil. (...) depois o tempo não dá mesmo. (...) porque ela não me deixa fazer nada.” (E4)*

- *“Pensámos já em continuar os estudos, mas pronto, falta de tempo e depois com os filhos as coisas complicam um bocadinho mais.” (E5)*

- *“(...) agora já não tenho tempo, tenho pena mas já não dá.” (E6)*

- *“É, pois não sei não é, só quando os bebés estivessem mais crescidos. Eu também queria tirar a carta de condução e não consigo por causa dos bebés que temos aqui, não dá.” (E19)*

Três sujeitos do estudo equacionam já a possibilidade de ter mais filhos:

- *“(...) qualquer dia ainda vou ao terceiro... gostava, mas é complicado.” (E6)*

- *“E agora foi uma menina, (risos) a seguir vem um rapaz, se tentar é rapaz, gostava de ter mais. Aquelas dores não esqueci não, para ter filho é tão bom, mas aquelas dores estragam tudo.” (E14)*

- *“(...) se puder e se a idade ainda me deixar gostava de ter (...)” (E16)*

## 2.5.8 - Maternidade



**Figura 60 – Maternidade (Pintura de Tony Figueira)**

A vivência da maternidade das participantes em contexto de migração combina representações e práticas da sua cultura mãe, mais evidentes no puerpério e dentro do seio familiar com comportamentos da cultura dominante. Será explanada em diferentes fases do processo de maternidade: a gravidez, o parto, nos cuidados à puerpera e ao recém-nascido.

### 2.5.8.1- Gravidez

Durante a gestação, como já foi mencionado, foram verbalizadas menos particularidades de cada cultura. Na sua sequência, a vigilância de saúde da grávida e os cuidados durante o estado gravídico, foram assim mais aproximados tanto à cultura do país de

acolhimento como à do país de origem. Em relação às superstições durante este período, existiu alguma disparidade entre os grupos na adoção de algumas crenças referentes ao país de origem e de acolhimento.

#### 2.5.8.1.1 – Vigilância de saúde da grávida

Das vinte entrevistadas dezanove vigiaram a gravidez num centro de saúde, e uma num obstetra particular.

Apenas duas participantes no estudo, fizeram o curso de preparação para o parto, no centro de saúde. Nem todos os centros de saúde tinham a valência de preparação para o parto disponível às utentes.

- *“Em Vialonga e Forte da Casa e fui ao coiso do parto, ginástica.”* (E4)

- *“Ah... não sei, eu quando ficar grávida fui para o curso de gravidez aqui no centro de saúde (...).”* (E20)

#### 2.5.8.1.2 - Cuidados durante a gravidez

Relativamente aos cuidados durante a gravidez, todas as entrevistadas seguiram os cuidados transmitidos pelos profissionais de saúde, durante a vigilância da gravidez. Os cuidados a ter durante a gravidez transmitidos pelo saber popular que as entrevistadas referiram, equiparam-se muito aos cuidados preconizados pela OMS (Organização Mundial de Saúde), para uma gravidez sem risco, à excepção de uma das entrevistadas guineenses que referiu um cuidado específico, mas que não o pôs em prática, beber água de folha de banana seca. As angolanas também referiram que, a grávida a partir do oitavo mês vai para casa da mãe, o que não aconteceu, em virtude de estarem longe da família.

### 2.5.8.1.3 - Superstições durante a gravidez

No que respeita à dimensão, superstições durante a gravidez, as superstições mencionadas pelos sujeitos do estudo oriundas do seu país, não são na sua maioria valorizados por estas à excepção de dois casos.

*- Não, não, dessas superstições, não. Não caio nessa não. (...) já sei que isso não muda em nada, é só fachada, é só mesmo superstição, é irreal, não é como a gente pensa, nós é que colocamos aquilo na cabeça que é, que é, que é, e consoante os nossos pais e a cultura, a tradição, a gente vai prosseguindo mas muitas das vezes sem saber o porquê e se é mesmo real ou não, porque nossos pais já faziam, pronto fica assim.” (E15)*

Verifica-se que os dois casos que acreditam em superstições, são entrevistadas do Leste da Europa, Moldávia e Ucrânia.

*- “(...) mas eu fiz mais é do susto, estava com medo e também isso me acalmava, pronto já passou, ou via uma pessoa feia com aquela deficiência, somos mais frágeis, pensamos logo que está lá na barriga.” (E6)*

*- “E quando eu ficar grávida e...nós também falamos assim nós não precisamos de comprar nada para nossa bebé e depois quando já últimos meses eu se calhar sentir mais do que é preciso porque ela já está a mexer porquê está sentido mais, ela com ele, pronto e eu já disse para ele, olha precisamos comprar isto e isto, oh nós falamos que nós não compramos nada para ela, depois nós temos dinheiro, temos tudo, quando tu “nasceres” eu compro tudo, e eu disse - eu também quero comprar coisas pequeninas, são muito giras. Aí eu fiquei um pouco nervosa porque eu estava sentido que era preciso todas as coisas, já cá na Portugal não eu sei que todos quando já de três, cinco ou seis meses de ficar grávida e tem muitas coisas para bebé.” (E20)*

Alguns sujeitos relataram superstições da cultura portuguesa, transmitidos por portugueses, mas aos quais também não dão grande importância.

*- “Aqui é que o pai do M. uma vez me disse eu vestia calça com botão e ele me disse que podia fazer mal, com o cinto também (...)” (E1)*

*- “Uma tradição, pronto são superstições que eu não acredito, há pessoas que acreditam. (...) e ela estava a dizer assim: - Posso-te pedir uma coisa? (...) - Você pode deixar o baptizado do nené agora mais à frente? - Pode, porquê? - Porque eu estou grávida. - E qual é o motivo de você não poder baptizar? - Porque dizem que não é bom. - Eu não acredito nessas coisas, mas a minha cunhada (portuguesa), a irmã dele, é muito supersticiosa, muito, muito, quando a gente fala para fazer alguma coisa ela: Não, não, porque faz assim, assim (...)” (E3)*

- *“Não, não, eu não creio nessa coisa de superstição, mas por acaso aqui me falavam se colocasse chave no bolso podia fazer mal ao bebê e eu pensava mas como sentir o quê, mas olha vou evitar, né, não vou fazer nada para prejudicar o bebê.”* (E8)

#### 2.5.8.2 – Parto

Nas sociedades modernas o parto sofre a influência da cultura médica tornando-o frequentemente num controlo que, não permite à mulher dar a resposta vinda do seu próprio corpo, como nos afirma Correia (2008). Todos os partos das entrevistadas sofreram a influência da cultura medicalizada dominante nesta sociedade. Assim, da análise das entrevistas conclui-se que catorze dos sujeitos, não tiveram um parto como o esperado, em virtude de o compararem com experiências suas anteriores ou de outros. Estas expectativas, para alguns foram superadas, para outros inatingíveis. O parto é muito avaliado pela dor e o risco que mãe e bebê correm. Tal como nos afirma Lozoff et al. (1998), nas sociedades mesmo as não industrializadas a dimensão de dor e o risco de morte são sempre inquietações relevantes no parto.

Assim muitas participantes avaliaram o parto pelo sinal vital dor e pelo risco para a sua saúde e do bebê:

- *“Não, em Almada nem tive dores, porque elas fizeram aquilo na coluna, não tive dores nenhuma, pronto aqui com o outro já tive as dores, tive um parto normal, mas mesmo assim foi um parto..., porque a doutora, eu cheguei lá com dores, a doutora me deu uma injeção para eu conseguir dormir, adormeci, acordei de manhã, tinham parado as dores, não tinha dores nenhuma, depois já me puseram um liquido para ter dores e depois o bebê nasceu normal, não pararam as dores, tive umas duas horas dores e ele nasceu, nasceu logo.”* (E2)

- *“Pronto, cesariana, não imaginava. (risos)”* (E4)

- *“(...) nessa parte aí eu acho que no Brasil é melhor do que aqui. É melhor pelo seguinte motivo, porque aqui eu acho que é muita tortura, porque está ali só uma cortina separando uma mãe da outra, e assim a gente ouve o choro da outra e a sala de parto é muito próxima, e então leva para lá e é um escândalo e é muito calor. (...) Outra coisa também é quando a mulher precisa de levar pontos, leva lá, e nem um pouquinho de anestesia sequer. Aqui, aqui não leva anestesia e eu levei pontos e senti. (...)”* (E7)

- *“Tal e qual como ganhar um bebê aqui, é totalmente diferente de lá, porque geralmente quando a mulher já está na entrada de parto né, vem aquilo, começa a*

cólica, aí ela vai diminuindo, depois vem aquele sinal de parto, aí vem a bolsa e rebenta, muitas moças não, às vezes tem que ser no hospital mesmo para rebentar a bolsa né, mas quando isso tudo acontece o bebê já está para nascer, no caso dela foi totalmente diferente. (...) aí depois chega no hospital é coisa rápida, aí a gente chega no hospital o que é que acontece, o médico coloca um soro para aumentar a dor. Aqui eu já achei o contrário parece que colocou o soro para diminuir a dor. E já estava com muita dor, quando o médico diz que ela não tinha nada, nada. Mas como não está, se o sinal e tudo já veio? Aí ficou sofrendo, na sexta, no sábado, (...) Aí quando nasceu já era onze e pouco da noite de segunda-feira, não interessa correu tudo bem, né, tá aí, a princesa.” (E8)

- “É assim há coisas que nós não sabemos e depois ah... pronto, sabia que em principio era parto normal ou cesariana, mas a cesariana do outro filho foi diferente, foi anestesia geral e deste foi um bocadinho mais difícil, achei mais difícil porque o corpo também não ajudou muito. Pronto tive aquelas horas, não foram muitas horas, fui para lá de manhã e ele nasceu depois às quatro e dois. (...) fiquei muito inchada, tive que ficar um mês de baixa, coisa que não aconteceu com o outro, e... pronto custava-me a fazer as coisas, já não tinha, é claro que a idade também não permite certas coisas e já não temos tanta agilidade, (...) mas pronto correu tudo bem.” (E9)

- “Não, nunca é igual. Cada um foi diferente, mas aqui foi, é porque foi interrompido aqui, mas eu não tive a dor normal que tive no Brasil.” (E10)

- “Eu já estava preparada, apesar de ter um pouquinho de medo porque era a primeira vez, estava, não estava assim insegura, nem... Não, acho que me deu um pouquinho de medo assim, na hora né, eu já estava na sala do parto e isso, aí como era cesariana por causa da anestesia né, que muita gente fala, fiquei com um pouquinho de medo, mas depois foi tudo tranquilo.” (E11)

- “Eu até... eu estava com muito medo, primeiro, né, ai diziam, é difícil, dói muito e não sei quê, eu achei que seria assim mais, fiquei mais motivada como me trataram, a pessoa fica mais, (...) a pessoa até esquece o medo, conforme é tratada, é muito diferente mesmo, e correu muito bem.” (E13)

- “(...) por exemplo a M. eu fui visitar uma amiga, eu já tinha tido sinais durante a madrugada, ainda saí fiz umas caminhadas com a minha malinha, (...) fui para casa, à hora de visita fui ver uma rapariga, fiz a visita mas depois como já tinha tido aquelas moinhas aconselharam-me a ir ver como é que a coisa estava e prontos fui dar entrada nas urgências mais tarde, então (...) deram-me um balão de soro primeiro e segundo quase a meio já tinha contracções fortes, então fui logo para a sala de partos e depois de vinte minutos ela nasceu. Já o N., dei entrada, mandaram-me aguardar, né, já ali na maternidade, eu nas calmas fiquei a subir descer as escadas, subia, descia, mas não estava assim a demonstrar que eu esta aflita, porque ao longo da gravidez eu sempre tive moinhas e prontos aquilo era mais umas, só que estava a fazer intervalo e então prontos assim que entrei, assim que fui observada rebentaram-me a bolsa de águas e depois vinte minutos depois ele nasceu. Da M., fui às nove da manhã e ela só nasceu às dezasseis e trinta e um, vai lá vai. Estou mesmo velha. Pensava que ia ser completamente diferente, (...)” (E14)

- “(...) foi posto a soro, ainda me rebentaram as águas de manhã e depois das 6 da manhã até às 11, não tive dilatação, só dilatei até 4cm, disseram que era melhor, disseram que era muito lento e tinham que apertar um pouco, depois das 11 até há uma já fiz a dilatação com a ajuda do soro, depois nasceu, foi mais difícil porque ele estava enrolado e por isso que nem o vi bem, depois dele nascer teve a oxigénio, (...) nasceu com índice de apgar de 5 e depois de um minuto o 6 e depois teve sete, e depois diz lá que ao minuto dez já estava 10. Bem eu não sou, muita gente estava a dizer há nunca mais volto a ter, (...) nem tive assim muitas dores em trabalho e não me custou assim tanto, foi só na hora mesmo, mas já estava à espera e ainda estava à espera de mais, toda a gente diz que é mau, eu já tinha uma ideia que vai ser muito mal e ainda foi melhor do que eu pensava.” (E16)

- “Ai, eu tinha muito medo de morrer e, todo o mundo me contava uma história, K. o que aconteceu no meu parto, K. ai aconteceu, ai meu Deus eu não vou aguentar ter esse filho não porque eu senti muita falta de ar durante a gravidez no final piorou, foi bem cansativa, ai eu dizia eu não vou ter força para pôr o bebé cá fora não, (...) e eu não esperava ser normal não. Eu esperava ser cesariana porque, nossa por ele estar alto, minha barriga machucou ficou uma bolinha vermelha, com muito sangue, durante a gravidez toda não estoirou uma estria, eu acho que subiu tanto, apertou tanto que apareceram umas estrias aqui na barriga. Parto normal é melhor, é assim eu durante a gravidez toda pedi a Deus que fosse normal mesmo, só que no final que eu vi que estava complicando um pouco, ai eu preferia que fosse cesariana porque ia ser menos sofrido pra mim e pra ele porque ficou com a cabecinha machucada, (...) ficou muito chateado por o terem puxado com ferros porque ninguém, eu acho que humano nenhum gostaria de ser puxado, então isso ai fiquei chateada, eu não estava com dilatação, tiveram que me rasgar até atrás por isso eu fiquei noutra dia estava em casa sentindo dor por causa disso, pelo corte que levei, então foi um pouco delicado, até hoje estou sentindo dor em cima da cicatriz onde levei os pontos.” (E17)

Outras participantes, não valorizam tanto o factor dor, mas mais o facto de no final ter corrido tudo bem, ou seja, mãe e bebé estarem salvos de perigo, identificando alguns sujeitos, nestas situações, alguns factores que proporcionaram ainda um maior bem-estar ou poderiam ter proporcionado, se tivessem acontecido

- “Foi conforme esperava (...) Sempre gostava que a minha irmã tivesse presente mas foi provocado e não deu.” (E1)

- “É, provocaram-me o parto, puseram-me a soro, mas correu bem, eu gostei.” (E6)

- “Eu gostei muito (...) gostei também como foi com comida, comida é mais boa aqui do que lá. Lá na Roménia estava a dar uma sopa, a fazer com só poucas coisas para tu teres, para uma gente que está no hospital que precisa não é. Lá na Roménia há coisas para fazer mais, e faz só poucas, vai ao hospital, fogo, ui... Não sei porque é aquilo lá.” (E12)

- “*É, foi ao encontro sim.*” (E15)

Uma participante brasileira avalia o parto em relação ao nível de saúde do seu bebê, mas não pelos riscos inerentes ao parto, mas por ter feito algo durante a gravidez que poderia pôr em risco a saúde da criança.

- “*Foi assim, o F. aconteceu, foi assim quando eu soube já estava de dois meses grávida, e foi um susto, porque eu não esperava ter outro bebê, (...) quando eu fiquei grávida eu fiz coisas que não devia, sabe porque eu não queria mais, e depois eu passei a gravidez toda cheia de medo de ele nascer com deficiência, (...) mas graças a Deus correu tudo bem. (...) eu tinha medo porque eu pensava que ia ser como o das outras meninas, mas quando eu tive, bem... Foi, superou as minhas expectativas. As dores, é difícil, mas é uma coisa que passa tão rápido.*” (E18)

Vislumbra-se também, em alguns pareceres das entrevistas, uma certa frustração em não ter uma voz mais activa e participativa no parto, assim como serem melhor esclarecidos e informados.

- “*Se você não fizer laqueadura é pelo facto de depois pode querer ter outro filho, ou mesmo se acontecer alguma coisa, morrer e depois querer ter outro filho, você vai, pronto, vai ficar triste por não poder ter talvez, e você faz um tratamento para depois fazer tudo de novo e isso tudo. Quando chegou a hora da cirurgia ele cortou e disse: Olha está aqui a folha, você quer guardar a folha? Não, eu vou optar por você. E rasgou aquilo, para impedir de fazer. Mas com 38 anos eu ia pensar em ter um outro filho, agora com a vida difícil como está, e as coisas como estão?*” (E3)

- “*(...) mas a mim ninguém me disse nada, só disseram ao meu marido. Também nunca me disseram eu soube isso do meu marido e depois vi no livro dele, (...)*” (E16)

Ramos (2008) faz referência a investigadores que verificaram como é importante, no sentido de promover a qualidade dos cuidados de saúde, incluir as preferências dos doentes nas decisões terapêuticas, envolvê-los (Speedling e Rose, 1985), bem como, fornecer informação aos utentes (Rotter, 1989; Fallowfield et al., 1990; Emanuel et al., 1992; Levine et al., 1992; Vessey, 2002).

Os testemunhos de E7 e E20, também são exemplos de como a omissão de dados na comunicação em saúde e informação pouco esclarecedora, pode conduzir à insatisfação da utente.

- “*O meu filho foi muito grande, e aliás eu nem sei se ele deveria ter nascido de parto normal, porque aqui eu acho que em todos os lados é um pouco assim, porque aqui por exemplo eu comecei a perder liquido na quinta-feira, de manhã e aí o meu marido falou*

*para mim: Eu acho que estás entrando em trabalho de parto. Porém não estava sentindo contracções ainda, e então aguardei durante o dia, e depois à noite já comecei a sentir algumas contracções. Aí quando foi de manhã na sexta-feira, eu fui para o médico, chegando lá, o médico disse que ainda não tinha dilatação e disse para eu voltar para casa e se aumentasse para ir lá outra vez. Aí voltei para casa sentindo muita dor, quase o dia todo sentindo dor e aí recordo que não aumentou a dilatação e ele falou para eu voltar lá só se aumentasse, e então de acordo com isso eu tive de passar o dia todo sentindo dor, passei a noite toda sentindo dor e aí quando eram cinco horas da manhã mais ou menos, eu fui para o hospital. Aí chegando lá, me disseram: Ah mas não te avisaram que quando se começa a perder liquido é para vir? E aí eu falei: Avisaram e eu vim mas o médico mandou eu voltar para casa. Aí as mulheres me levaram para a sala, me colocaram na cama, mas aí já desde o dia anterior que eu tinha entrado em trabalho de parto, e aí foi quando me falaram daquela de o meu filho nascer com o cordão umbilical enrolado no pescoço, então eu acho que cá eles deixam um pouco a desejar, mas aí pronto eu tive o meu filho (...)" (E7)*

*- "Sim, foi cesariana, só que por exemplo, eu não gostava disso, porque quando eu fui, eu disse: - olhe a semana passada ela fica sentada, - ah então pronto, nós fazemos cesariana, e eu disse: - porquê, você vai ver, já passou uma semana ela já pode virar para baixo, é ou não é? Acho eu que sim, ninguém quisera ouvir para mim e eu disse: - não quero fazer cesariana, eu quero fazer parto normal e ninguém quisera ouvir pra mim, porquê?" (E20)*

A ausência de congruência no desempenho dos profissionais de saúde, quando cuidam de uma utente, levam a uma falta de confiança, como verificamos na citação seguinte:

*- "(...) foi um pouco complicado, concerteza foi, porque a principio uma médica tinha falado que ia fazer uma epidural e aí eu já fiquei mais assim relaxada porque pronto é o primeiro filho a gente fica pensando, ai eu vou sofrer muito e ela teve-me a explicar que ameniza a dor, e eu já fiquei mais assim relaxada. Aí depois entretanto mudaram as coisas lá, eu sei que todo o mundo que estava ali naquele quartinho comigo, foi e eu fiquei, meu Deus do céu, nunca mais vou ter o bebé como é que vai ser isso, e nunca mais tinha dilatação e toda a gente tomando banho quente e toque e tal e as dores aumentando e nada, aí eu falei, ai Jesus como é que vai ser isso, foi uma complicação tão grande, depois o médico virou pra mim e falou assim, - Ai mas você vai ter normal. - Mas a outra médica disse que ia ter epidural e que não sei o quê. Aí ele: - Ai mas você tem condições de ter normal. E eu ali sentindo dor, dor, (...) me senti assim, como eu posso dizer, largada, eu fiquei com muito medo, porque tinha falado que era uma coisa depois era outra, aí vem aquela pressão psicológica, ai meu Deus, vai ter que ser normal, como é que vai ser e aquela dor, eu sei que eu desejei a morte ali na hora, que foi assim horrível, mas pronto tirando essa parte de resto foi tudo maravilha." (E8)*

Em Ramos (2008), a autora faz alusão às investigações de Kao (1989) e Thom et al. (2002) que constataram que, o maior preditor de satisfação do utente nos seus estudos, foi a confiança estabelecida no médico, associada a competências relacionais,

comunicacionais e técnicas (confortar, cuidar, encorajar, esclarecer e técnica desempenhada).

A forma como a comunicação é transmitida, nomeadamente o tom de voz, pode gerar conflito e desagrado por parte do utente perante os profissionais de saúde:

- *“Não na hora de ter o bebé não, porque entretanto foi uma confusão danada, ali o meu esposo estava ali comigo (...) e aí eles pegaram e nos enganaram, falaram que ia levar para o bloco de cesárea e chegando lá já não foi nada daquilo, me levaram pra lá de propósito, mas aí para poder tentar forçar um parto normal, para o meu esposo não estar ao meu lado, para não estar ali fazendo pressão também nos médicos, e aí entretanto ele não ficou comigo lá, (...) inclusive um médico até gritou assim comigo que eu fiquei assim passada e ele falou coisas comigo que eu não gostei muito mas aí depois eu pensei, ai agora é sou eu e eu, (...) aí foi que tive a ajuda da ventosa né, da tal ventosa para poder fazer o parto e foi que olha tudo correu bem, mas aí depois que ela nasceu, passou tudo aquilo, aquela dor, (...)”* (E8)

Segundo um estudo de Ambady et al. (2002) mencionado por Ramos (2008) o tom de voz como a comunicação é veiculada pelo profissional de saúde, influencia a avaliação da qualidade dos cuidados por parte do utente, verificando-se mais queixas e insatisfação quando se utiliza um tom de voz mais forte e autoritário, ao invés daqueles que empregam uma voz mais delicada e são mais compreensivos.

Figueirido et al. (2002), reportando-se A Cranley e Pegg, 1993 e Figueirido e Flores (in press) revelam que, a presença de um acompanhante significativo durante o parto (marido ou outra pessoa), são aspectos cada vez mais importantes para a mulher na sua avaliação da experiência do parto. Estes autores dizem ainda que, antes do parto as mulheres preferem ficar sozinhas e no caso de terem alguém, essa pessoa remete-se ao silêncio ou fala de assuntos insignificantes para o parto, só após o parto é que, as mulheres gostam de falar de assuntos relacionados com o mesmo. Em vários casos, os maridos das participantes queriam ter assistido ao parto e acompanhar o trabalho de parto, sem o terem conseguido fazer. São exemplos desta situação os seguintes relatos:

- *“Eu achei pena ele não ter ficado comigo, que ele queria tanto ter visto, mas olha foi como foi, quem sabe o próximo, mas eu não quero ter assim em Portugal, não. Pelo que me falaram no Brasil, é muito melhor a gente ganhar bebé, não é mãe? É totalmente diferente, aqui parece que deixa você até à última para ver se vai fazer a cesárea ou seja o que for, mas tem mesmo que sentir dor tem que ser ali, (...)”* (E8)

- “Não, não deixaram. Eu gostava, mas ele não, (risos) ele tinha medo, ele não ia conseguir ver não. Durante a dilatação, ele perguntou se podia entrar, mas não deixaram ele entrar.” (E11)

- “Não, não teve tempo. Queria, estava lá mas mandaram-no sair para fora, para fazer umas análises ou não sei o quê, ficou, ficou... diz que vai o chamar... Ficou lá fora à espera e ninguém e só viu quando a enfermeira passou com o C.” (E16)

- “Não viu não, porque como foi com ferros, não deixaram. É gostaria, (...).” (E17)

- “(...) ele queria mas não conseguiu entrar, eu nem sabia que ele estava lá fora, mas ele queria.” (E18)

- “Não. Só pouco, se calhar dez minutos só. Queria, só quando nós foi na Centro de Saúde ou na Hospital e eu senta na cadeira e ele manda pôr roupa para cima já na maternidade e ele disse para ele: - Não, não agora não podes andar por aqui, ele depois vem. Porquê? Também não gostei, porque eu... precisava da ajuda dele, é ou não é, para falar, para acalmar.” (E20)

Neste ponto realça-se a postura de três dos seis companheiros africanos, que segundo o seu padrão cultural, descrito pelas entrevistadas, o homem fica à margem de todo o trabalho de parto, quiseram estar presentes e assistir ao parto.

- “(...)\_teve o marido, que acho que era a pessoa interessada.” (E9)

- “Assistiu. Hum, hum queria. Assistiu ao parto e gostou, ah até deu mais valor (risos) Ah puxa é difícil, as mulheres sofrem, pá. Quando ele me via lá a chorar na cama quando as contracções apertaram, aí ele ficou com muita pena, temos que dar valor às mulheres, sofrem muito.” (E13)

Houve ainda situações, em que o marido não queria assistir (E7) e também em que, o acompanhante durante o trabalho de parto não foi o marido, porque este não o queria, mas foi a irmã da parturiente (E12).

- “Não, não assistiu. Há, eu acho que não, porque ele é muito nervoso e eu acho que ele ia passar muito nervosismo, aí acho que não gostaria” (E7)

- “Não, foi minha irmã, ele foi, mas ficou lá fora, ele tinha medo. - Olha não vou lá dentro. Ela gostou, (...)” (E12)

Verifica-se que o grupo do Brasil, tem uma maior percentagem de expectativas não alcançadas, em relação ao parto. Poder-se-á equacionar e relacionar este facto, com

alguns depoimentos das entrevistadas, em que dizem que, a grávida brasileira no seu país, pode planejar e escolher o seu parto.

- “(...) só que lá no Brasil, colocam no meu pensar, o exemplo do meu parto só com três dedos de dilatação dava cesariana, porque lá no Brasil gravidez no máximo será até às 39 semanas, lá não passa disso não, (...) os pontos tive 25 dias com eles, tive tanta dor, ai, ai (risos) . Então lá eles em mim tinham feito cesariana eu não tinha dilatação nenhuma.” (E17)

### 2.5.8.3 - Cuidados à mulher no pós parto

As entrevistadas no pós parto adoptam práticas da cultura de acolhimento e da cultura de origem o que vai ao encontro do referenciado por Ramos: “(...) encontramos comportamentos de saúde, aliando práticas médicas ocidentais e práticas tradicionais” (2008, p. 105).

As mulheres guineenses do estudo, após o parto não efectuaram o banho com água de folha de banana seca ou acácia como é costume na sua cultura.

Tomou banho normal, não se lavou com água de cozer folha de banana seca – “Não (risos), não fiz nada.” (E4)

Porém, as angolanas fizeram vapores com água quente e “apertos” com toalhas quentes, tal como é hábito no seu país, embora muitas não tenham utilizado o “capim” para ferver na água, por ser difícil adquiri-lo aqui em Portugal.

- “Na L. foi assim, eu comecei com água, só água normal, mas depois uma irmã, é portuguesa mas ela já esteve lá em Angola, e ela me disse, olha se puderes compra estas coisas, porque mesmo assim eu às vezes faço para as minhas filhas quando têm bebé. Ela disse que ela faz quando as filhas têm os bebés. E pronto fui à ervanária, e comprei. Olha, ela mandou-me comprar, já não me lembro bem dos nomes, não me lembro, mas pronto. Algumas folhas, que eu comprei lá na ervanária. (...) Já no fim, fiz cá.” (E5)

- “Como aqui não tinha aquele capim, fizeram-me só assim, se tivesse a vir alguém mandava-mos trazer mas não tinha, fez-se assim só com água.” (E13)

- “Ai eu ainda fiz ai um bocadinho, fiz e das outras vezes também fiz.” (E14)

- *“Não, não fiz nada, por baixo com água mesmo morna, mais ou menos porque aqui a água é fria, então prontos com água normal da torneira, mais nada. Não, se tivesse até faria, mas aquelas ervas têm de vir de Angola. Do outro filho em Angola fiz (...).”* (E15)

A participante brasileira E17 também não tomou banho no pós parto conforme é na sua cultura, por dificuldade em adquirir os produtos necessários, mas confeccionou a sopa de galinha com farinha.

- *“Não fiz porque aqui não acho folha de goiaba e de algodão.”* (E17)

- *“Fiz, (...).”* (E17) Uma sopa de galinha com farinha.

Uma das entrevistadas moldávias, apesar de ter as ervas, não utilizou no seu banho.

- *“(...) a minha prima quando nasceu o M. foi-me apanhar. Mas eu esqueci-me de lhe dar e pronto, foi banho normal, nunca fiz.”* (E2)

Quanto a E12, um elemento romeno, também não tomou banho com chá de camomila no pós parto.

Cuidados à mãe - Banhos com chá de camomila – *“Aqui não, aqui não fiz nada, (...).”* (E12)

Ahlkvist e Wirfalt (2000) referem que é importante o profissional de saúde ter conhecimentos sobre as crenças dietéticas da mulher durante a gravidez e lactação, de modo a promover aconselhamentos sobre nutrição culturalmente congruentes. Estes autores concluíram no seu estudo que as mulheres iranianas em contexto de imigração, adoptavam práticas dietéticas que poderiam ser potencialmente prejudiciais à sua saúde, em virtude da sua condição de migrante, não existindo no país de acolhimento alguns alimentos habituais da sua dieta, ou por vezes estes serem demasiado caros, e conjuntamente, estas mulheres possuem uma forte aderência às suas convicções sobre saúde.

Também no estudo corrente, no âmbito das crenças dietéticas durante a lactação, nomeadamente no que respeita ao consumo de alimentos para aumentar a produção de leite, o grupo africano, sempre que necessitou fez uso da sabedoria popular, assim como os outros grupos, brasileiro e Europa de Leste.

- *“Só depois que eu vou lá na minha irmã é que ela fazia aquela coisa para encher o peito (...) Fiz lá na minha irmã. (...) O meu irmão trouxe da Guiné, já feito foi só cozer e eu tomei para ter mais leite.” (E1)*

- *“(...) do M. estava com medo, não comia nada com alho. (...) então, fiquei com essa impressão e nunca comi, tive medo para não perder o peito.” (E2)*

- *“A minha mãe aconselhou-me a comer, por exemplo amendoim cru, a mandioca, mas são alimentos que pronto (...)” (E5)*

- *“(...) mas olha eu não sou muito chegada a mingau, minha mãe fez pra mim, e eu disse - Ai vou comer isso, que bom! Mãe da entrevistada: - Fiz, fiz, aí ela graças a Deus o leite dela está bem, não faltou ainda não.” (E8)*

- *“A minha colega fez pra mim o canjicão e trouxe.” (E11)*

- *“Aqui já, já fiz. Aquilo, lá nas docas não vendem mas vinha de Angola, aqui já conseguimos gigumba, comprámos lá, (...)” (E13)*

Não comeu amendoim e mandioca – *“Não sempre tive, nunca precisei, graças a Deus!” (E14)*

- *“Eu não fiz isso, sempre tive muito leite, mesmo depois de nascer também, depois de dar à luz o bebé, também tem que fazer isso, para quem não tem leite mas eu sempre tive muito leite até hoje, nunca tive esses cuidados.” (E15)*

Verifica-se que no caso de E18, em que existe uma clivagem muito acentuada com o seu país natal, esta participante, utiliza a sabedoria popular do país de acolhimento.

- *“É assim geralmente... aqui eu como bastante sopa, bacalhau também dizem que é bom. É, disseram aqui, e lá no Brasil ninguém me tinha falado.” (E18)*

Todas as entrevistadas no período após o parto, tiveram alguém que lhes deu assistência, algumas apenas o marido, outras a mãe, uma irmã, uma prima, uma amiga, uma cunhada, e até mesmo uma vizinha.

- *“Sim o pai do M. fazia, (sopa) mas eu, por exemplo sopa é uma coisa que eu não gosto muito (...)” (E1)*

- *“Veio cá uma colega ajudar nos primeiros dias.” (E11)*

- *“Olha, dos outros filhos por acaso tive uma amiga angolana, também que andou-me a dar os banhos e desta vez o marido. Quer dizer, foi com ajuda, aliás ele é uma pessoa muito prestável. (...) o meu marido depois teve que ficar mais uns dias em casa, porque*

*ela diz conforme estava, era eu estar naquele repouso, que a coisa estava muito feia, muito feia, (...)" (E14)*

#### 2.5.8.4 - Cuidados ao recém-nascido



**Figura 61 – (Pintura de Elyguevara)**

Também neste âmbito, tal como Ramos (2008) refere, os cuidados maternos ao recém-nascido em contexto de migração sofrem a influência da cultura de origem e da cultura de acolhimento, sendo adoptadas atitudes e comportamentos das duas culturas.

##### 2.5.8.4.1– Cuidador principal

Em Portugal as participantes do estudo na sua maioria foram as principais cuidadoras dos recém-nascidos, contrariando as práticas habituais no seu país. Todavia, conseguiram o equilíbrio, mantendo outro tipo de suporte social informal, que ajudou nas tarefas caseiras, nos cuidados à puerpera e em alguns cuidados relacionados com o bebé.

- “Fui eu, a minha irmã queria que eu fosse para lá mas o pai do M. não queria por causa da avó do M..” (E1)

- “Era bom ter cá os pais, são os pais sempre ajudam mais, assim tem que se aprender tudo logo. Tem que se criar um e depois tem que se criar logo outro. É difícil, porque lá sempre há ajuda, os pais sempre estão lá, ajudam sempre e aqui tem que ser sempre sozinho, a minha prima nos primeiros dias ajudou.” (E2)

- “(...) tenho boas vizinhas, (...) depois tem uma senhora aqui em baixo que é, uma senhora já de idade vem aqui sempre – Olha se precisar de alguma coisa, se tiver dúvida pode ir lá, ela sempre vinha aqui, (...)” (E3)

- “Ninguém, tive que ser eu sozinha, sim. Tive, tive algumas irmãs que vinham cá visitar-me, ou preparar alguma coisa para eu comer, mas pronto a maior parte do tempo tive eu mesma aqui com ela. Houve uma também que veio cá e deu-me conselhos, faço assim ou faço assim, mas pronto.” (E5)

- “Tive a minha mãe. Claro, foi importante foi ela que tomou conta depois dele até aos três anos. Pronto eu depois comecei a trabalhar e ela ficou com ele, ficou mesmo lá na minha casa, ah... sim é sempre importante. Não, fui sempre eu que cuidei do bebé desde o início, ela era mais para ajudar a fazer a comida, mas não é, ...directamente com o bebé não. Do H. tive só o marido (risos) Não, nada de familiares a ajudar. É assim o meu pai faleceu e... a minha mãe pronto já tem setenta e poucos anos também é uma pessoa doente.” (E9)

- “Meu marido, porque ele também não deixou eu fazer nada, não deixava.” (E10)

- “Um pouco difícil, não é porque é difícil, porque eu tenho muito jeito com criança sempre, sempre me dei muito bem em cuidar de criança. Ajudei as minhas irmãs a cuidar dos delas. Tive um pouco de medo por causa do umbigo, aquele receio, mas depois tudo bem. E o difícil também, como foi cesariana, o meu esposo teve de cuidar da casa né, eu não podia fazer o trabalho da casa mas dela eu cuidei. (...) Veio cá uma colega ajudar nos primeiros dias.” (E11)

- “Olha minha sogra ficou aqui sete dias comigo, nos primeiros dias, mas eu é que dava banho ao bebé, eu sozinha, eu acho sempre que é mais seguro ser eu mesma, até hoje... Também, mas até hoje não sei, mas acho que sou eu quem tem de dar o banho deles, e tenho muito medo que ficassem com água no ouvido, que os deixem cair, por isso o banho deles, sou sempre eu que dou. E eu dizia sempre à minha sogra: Olha, deixa o banho deles que quando eu chegar eu dou. Só a cuidados da casa e do almoço, e da roupa às vezes. (...) Olha, lá há mais resguardo do que aqui, porque cá eu não tinha resguardo nenhum, principalmente deste aqui, tive de cuidar do A., tive de cuidar da casa, minha sogra ainda cuidou um pouco da casa quando eu vim para aqui, mas só sete dias porque depois comecei a tirar os pontos, e depois foi para a vida dela e aí eu tinha que fazer tudo não é, e o A. ficava com ela, mas pronto não tive resguardo nenhum” (E19)

Mãe – *“Só veio um dia para passear e falar para ela, é pouca ajuda. Ajudou o marido.”* (E20)

Duas entrevistadas, E6 (da Moldávia) e E18 (do Brasil), tiveram um parco suporte informal para as auxiliar no período de pós-parto. Salienta-se que a mãe de E6 vive em Portugal, mas trabalha e que o marido de E6 é português. Em relação a E18, as suas relações familiares são problemáticas, e, o seu companheiro também é de nacionalidade portuguesa.

- *“(...) eu cheguei a casa comecei logo a limpar, aspirei tudo na primeira semana, limpei antes de ir, depois não chegava limpei depois, em vez de estar a descansar pelo menos duas semanas, o que me custou desta vez, da A. não me custou, (...) eu não posso pedir porque sei qual é a minha situação, mas senti muita falta, (...) mas senti falta das minhas tias, das minhas primas e de toda a gente, havia altura tenho que descansar meia hora, que já caía, (...)”* (E6)

- *“Nem a sogra. Fui só eu. Sim o marido ficava em casa. (...) aí fui mesmo só eu.”* (E18)

Nas situações em que foi possível às participantes terem um familiar feminino experiente a cuidar do bebé, foi este que cuidou inicialmente do recém-nascido. Foram seis os elementos que usufruíram dessa ajuda.

- *“No hospital, pronto no hospital fui eu, e aqui foi a minha irmã como já tinha mais experiência, mas o banho, ela deu banho ao meu filho até um mesinho, até um mesinho era ela que dava banho.”* (E3)

Ajuda da mãe nos primeiros tempos após o parto vai para casa da filha. – *“Ela veio para cá. (...) (Foi ela que ensinou muita coisa) – “Sim, primeiro banho...(risos)”* (E4)

- *“Ah a minha mãe como está cá, né, fui obrigada (risos), por um lado foi bom, é mas eu também depois de uns vinte dias eu saí pra rua pra passear, que eu estava farta de estar em casa já, mas a minha mãe, ela quis fazer tudo por mim, eu não fiz esforço nenhum, até pra cuidar da S. era mais ela, eu ficava só olhando, para aprender.”* (E8)

- *“Foi agora há três semanas para trás e ficou uma semana (mãe da entrevistada) e estava a dar todos os dias ela estava a dar banho a ela e eu estava a olhar. Por causa quando nasceu a A. ela estava a dar banho a A. primeiros dias, primeiros meses, por causa que ela estava a morar ao pé de mim e eu tinha medo, tinha vinte e um anos e tinha medo de fazer alguma coisa, e agora ela fez também, ela me ensinou a mim e disse para não ter medo por causa que não vai acontecer nada.”* (E12)

- *“(...) quem ajudou foi a minha cunhada, a cunhada dele, mulher do irmão, dar banho, lavar as roupinhas, porque a gente tem aquelas roupinhas que não se pode pôr na*

*máquina tem que se lavar tudo à mão, (...) Foi a minha cunhada que me ajudou mas também aqui a pessoa começa a andar muito mais cedo, (...).” (E15)*

*- “A A. (irmã) ela veio antes de ter o G. foi em Abril, veio pra ajudar a olhar pelo G., (...). Tive a minha irmã, ajudou bastante. Foi a minha irmã, ela dormia comigo quando ele chorava era ela que pegava. O J. dormia no outro quarto pra trabalhar, o G. nos primeiros dias chorou demais, (...) É ela me ajudou, até agora ela levanta dá banho nele, ela ajudou-me bastante. Cuida dele durante o dia, quando tenho que sair ela fica com ele.” (E17)*

#### 2.5.8.4.2– Aleitamento materno



**Figura 62 - Maternidade. Pintura de Emiliano Cavalcanti**

Dos vinte elementos do estudo, dezoito deram de mamar.

*- “(...) ele mama no peito e eu lhe dou muito leite (...).” (E7)*

- “Não sempre tive leite, nunca precisei, graças a Deus! (...) Não, eu seguia à risca as indicações que dão cá, mas lá muito cedo, os bebés comem essa dita papa, papa de mandioca.” (E14)

- “Sim está, está só a mamar.” (E15)

Por motivo de doença de E6 na altura da entrevista esta não podia amamentar, parecendo ser uma situação temporária, perfeitamente controlada, para manter a amamentação.

- “Já tive que largar a mama e tudo, ontem fui ao dentista e ele deu-me antibiótico, só que estou a dar mama, queria-me aguentar até aos seis meses, estou a deitar fora o meu leite.” (E6)

Ainda em relação à participante E6, destaca-se ainda o conflito entre diferenças culturais que esta mãe foi confrontada com familiares do companheiro, pertencentes ao país de acolhimento, e que lhe dificultaram a consecução do papel materno, particularmente na manutenção da amamentação.

- (...) passei assim por muitos bebés posso dizer e quando a oiço, -Não podes comer isso... – Não podes comer... Não posso a dar mama tomar um duche, não posso e depois convidar a gente e não comi, só sopas de feijão e podes comer laranjas, e eu - não posso, Podes comer isto.. – Oh pá não posso... Não posso beber coca cola, não posso comer laranjas, Fanta. Mas desta vez já dou respostas, a minha cunhada ainda não foi mãe, a maioria daqui ninguém deu mama, tiveram os filhos e - Podes não sei quê... - Oh pá não posso, não posso... Uma vez eu dei resposta, e eu disse é que às vezes a gente não aguenta que o leite é fraco, que o leite é assim, o meu leitinho até é bom, era bom, era amarelinho, era gordinho, a minha filha mamava cinco minutos, esse mama mais, mas se a criança dorme três horas, à noite dormem não é problema do leite, para quê andar à procura de outros leites da farmácia” (E6)

Realça-se o facto da participante E9, pretender manter a amamentação mesmo após iniciar funções no seu trabalho, fazendo uso dos direitos da licença de amamentação.

- “É assim eu estou a pensar, se tiver direito, que eu ainda não sei àquelas horas, que eu não sei se é uma se são duas, estava a pensar se tiver a amamentar na altura, se tiver a dar mama né, dar de manhã e depois dar à tarde ou à noite, estou a pensar fazer assim.” (E9)

Note-se que E9 já se encontra em Portugal há 23 anos, com uma situação laboral estável.

A hipogaláctia (pouco leite) foi a razão porque os dois elementos deram leite artificial aos seus bebês.

- “(...) há uma que não conseguiu dar leite como eu desde os primeiros dias, não tinha leite nenhum, (...), eu queria que o meu tivesse pronto, não teve, não teve, olha, é um gasto a mais que ele vai me dar.” (E3)

- “Eu gostava sim, era meu sonho, mas a curiosidade foi tanta que não consegui, nem a um nem a outro.” (E19)

No entanto, alguns elementos do grupo africano e Brasil pensam amamentar exclusivamente só até aos três meses, querendo introduzir outros alimentos, alegando a necessidade de ir trabalhar, mas também, em virtude de acharem que é o tempo limite para amamentação exclusiva segundo duas participantes angolanas. Estes dois testemunhos são condizentes com a representação da amamentação evocada pelas participantes angolanas no seu país de origem.

- “(...) eu ia começar a tentar adaptar o leite ao biberão para ela, (...) e pronto eu estou à espera que comece a experimentar cá em casa, a preparar para ela, para ver se ela se adapta antes de eu começar a trabalhar, mas por enquanto ela está a tomar... até aos 3 meses, 3 meses e meio ela vai tomar só do peito.” (E5)

Está a amamentar exclusivamente - “Há, ainda não sei, porque é, eu queria trabalhar assim num café, um part-time à noite, quem me dera que me aparecesse. Eu gostava mais de dia não é, vou ver ainda o que é que eu vou fazer. E já estou pensando onde é que vou deixar à criança, porque assim não atrapalha não é. É o que aparecer primeiro, é o que eu vou fazer. Também não posso ficar esperando não é, muito tempo.” (E10)

- “Água, mama e água. Só mama e água. Agora comida ainda não, talvez com três meses, quatro vai comer já, acho que os seis meses é muito. (risos)” (E13)

- “Dou de mamar, mas já vou começando a fazer sopa para ele, também para poder trabalhar. (Da R. deu de mamar) Até quase um ano. Eu comecei a trabalhar, tinha ela sete meses, mas durante o dia não lhe dava de mamar, dava-lhe comida, mas à noite eu sempre amamentei.” (E18)

Uma participante guineense e a participante ucraniana dão suplemento com leite artificial ao seu bebê.

- “Sim eu sempre dar mama primeiro e depois se ela tem mais fome então dar o biberom.” (E20)

A participante E1, está a amamentar o bebé, mas iniciou leite artificial, dando-lhe de manhã e à noite, durante o restante dia amamenta exclusivamente. O aconselhamento do leite artificial foi fornecido pela enteada que tem uma bebé com sete meses e a razão que defendeu para iniciar suplemento de leite artificial, foi:

- “(...) o bebé chorava, não ficava satisfeito apenas com o peito” (E1)

Verifica-se que E1 e E20, não tiveram um elemento familiar feminino mais experiente junto delas continuamente, nos primeiros dias após o parto.

Relativamente ao aleitamento materno McLachlan e Forster no seu estudo na Austrália, sobre atitudes e práticas da iniciação do aleitamento materno após o nascimento, em mulheres turcas, vietnamitas e australianas, defendem que, é essencial alguma consciência cultural e conhecimentos de evidências de estudos nesta área, permitindo assim intervenções precoces, todavia, sabendo à partida que, os grupos étnicos não são culturalmente homogéneos e não podem ser estereotipados, porque são influenciados por circunstâncias sociais, pessoais e culturais, as quais não são generalizáveis, e para as quais os profissionais de saúde têm que ser sensíveis (2006).

#### 2.5.8.4.3 – Higiene e conforto

Apesar de, nos países africanos e Brasil, o banho de emersão ao bebé ser dado desde o nascimento, apenas uma entrevistada brasileira deu o banho ao bebé antes da queda do cordão umbilical e já no seu domicílio. Todos os sujeitos seguiram as orientações dadas na maternidade a este respeito, assim como, em relação à desinfecção do cordão umbilical com álcool a 70°, à excepção do elemento atrás referido, tendo-o feito sob orientação presencial de sua mãe.

Desinfecção do cordão umbilical – “(...) não foi no meu caso não é, não foi no caso do N., é porque eu já tinha lido, eu já li alguns livros, eu já lia pronto um bocadinho, e pronto nós usamos só mesmo o álcool (...)” (E5)

- “(...) na minha filha cheguei a pôr no meu filho não, por acaso não tenho, mete-se aquilo, aquilo cai muito mais depressa, seca muito mais depressa (...)” (E6)

- “(...) como aqui eles pediram para não fazer isso então eu não fiz. Não. Lá o clima é diferente, é fácil e não complica alguma coisa, aí eu não o mergulhei todo na água não. Eu fiz o que eles pediram, passei com álcool, passei e passei.” (E10)

- “Não, aqui não fiz, só utilizei o álcool, Há coisas que já não seguimos assim muito, aqui já há coisas mais evoluídas (...)” (E13)

Desinfecção do coto umbilical com cinza – “Não! Oh! Não, não fiz! Nunca fiz porque prontos aqui eu, são coisas que eu não tenho a certeza, nunca vi, porque nós, o que eu estava a dizer é fruto de experiência, por exemplo, os banhos eu vi, a minha irmã tomou banho, amigas enfim.” (E14)

- “Com o A. foi feito, a minha família fizeram. Com a F. já não, (...) Sim foi o álcool, foi o álcool.” (E15)

- “Eu, foi com álcool mesmo, é bem melhor.” (E17)

- “Há, aqui em casa é com álcool a 70 graus, não é. (...) com todo o cuidado a limpar, para ficar tudo bem, aí com aquele cuidadinho todo neutralizando, limpava. (...) Cheguei a casa, eu fiz, e pronto como o médico me aconselhou. (...) Fiz assim. Só comecei a dar o banho depois de estar tratado o umbigo. Foi. Do B. ainda deixei passar uns dias, mas depois já dei mesmo.” (E19)

Nestes depoimentos, encontramos participantes que em certos momentos nos cuidados aos seus filhos acharam-se confusas, com o caminho a seguir, ficando perante contradições entre as orientações do país de acolhimento e as do país de origem.

- “Mas sabe porquê é que às vezes eu e minha mãe não se entende, é que ela fala uma coisa e eu aqui aprendi outra e ela tem experiência de lá do Brasil e aqui eu aprendi uma coisa, e aí eu fico meio confusa, mas me falaram isso, mãe é assim, aí eu fico, – Olha então pronto!” (E8)

“Na nova sociedade, exigências culturais contraditórias podem conduzir a família, nomeadamente a mãe, a ter dificuldades em decidir os comportamentos a adoptar em relação ao modo de lidar com os seus filhos (...) A mãe migrante, transplantada de uma cultura para outra, isolada, desenraizada corre o risco de não saber com a mesma segurança quais os gestos e os comportamentos a adoptar, pois as referências não são as mesmas e o sistema referencial vacila” (Ramos, p.57, 2008, citando Ramos, 1993).

No caso da participante E8, como desfrutou da orientação ocular da mãe, durante o puerpério, vivenciou situações de divergência culturais com mais intensidade, contudo

também lhe trouxe mais segurança, tornando-se mais consistentes as suas referências culturais:

- “Aí eu falei, ah mãe eu acho que na banheira ela fica mais relaxada, olha nós chegámos em casa demos banho mesmo com umbigo sem cair. (risos). A minha mãe falou, - Olha mal não vai fazer, você não morreu até hoje, então... e o umbigo dela caiu com sete dias, não demorou muito. (...). Mas a gente aqui, eu só cheguei a passar uma vez o mertiolato, eu falei assim – ai mãe mas eles falaram que não pode e ela disse: – Ai você é que sabe, você quer fazer a cultura deles, você faz, mas eu fiz assim e não deu em nada e eu estava passando álcool e caiu.” (E8)

Todos os elementos vestiram roupas ocidentais aos seus filhos, mesmo os do grupo africano e utilizaram fraldas descartáveis e toalhetes. No entanto, há a referir que, uma angolana penteava a sua bebé com penteado africano.



**Figura 63- Penteado de bebé africano** (Fonte: Foto da autora)

Todas as entrevistadas do grupo de leste europeu, colocaram touca aos seus bebés logo após o nascimento e sempre que estes tiveram que sair de casa, à excepção da participante moldávia casada com um homem do país de acolhimento.

Touca – *“Quando sai do hospital porque não sabia como ia sair de lá de dentro pusemos uma, e agora só ponho se for muito vento.”* (E16)

- *“Sim, isto (mostra uma touca). Em casa para dormir, eu também uso para ela chapéu quando pra dormir, porque ela pode com mãos, pode tirar...essas coisas (aponta para os lençóis). Sim, pode tirar e depois tem frio, porque pra mim diz que cabeça, pernas ter muita atenção, sempre precisa quentinho, e eu ponho isto para ela assim.”* (E20)



**Figura 64 - Touca em bebé da Europa de Leste** (Fonte: Foto da autora)

As guineenses fizeram as massagens aos seus filhos tal como é no seu país, fazendo-o uma mulher experiente (mãe e irmã).

Massagem com óleo de amêndoas doces – *“(...) o M. já fez. (...) A minha irmã faz ao M.”* (E1)

Massagem ao bebé – *“(...) faz sempre, é minha mãe que costuma fazer eu tenho medo. Pronto porque ela também mora longe e trabalha faz três vezes assim por semana. Porque eu tenho medo, ela é pequenina, mas ela não, ela faz. Faz com óleo de amêndoa ou óleo Jonhson. Fica mais calma e dorme muito.”* (E4)

A parturiente da Moldávia também fez a massagem como aprendeu no seu país natal. Foi a própria a fazer, porque já tinha aprendido com o seu primeiro filho. Não deu banho ao bebê com as flores do campo, embora a prima lhas tivesse conseguido.

- *“Sim, eu sempre faço quando lhe dou banho, e depois do banho faço-lhe uma massagem com óleo de amêndoas doces.”* (E2)

Nos outros países, alguns elementos também fizeram massagem ao bebê, mas algumas com a orientação dada na maternidade e centro de saúde, ou em informação escrita e também por familiares.

- *“(...) eu... massagem na cabeça não, mas no corpo eu faço, depois do banho, esticar-lhe as pernas, os braços, às vezes nas costinhas (...).”* (E5)

- *“Faço, com óleo de amêndoas doces, que ele gosta muito.(...) Ah... ninguém, de ouvir dizer. Eu acho que lá era só o banho e mesmo em termos de cremezinhos, não... Eu acho que nem sequer havia, nem sequer...havia essa preocupação de, de...”* (E9)

- *“Eu fiz muita massagem a ele com óleo de amêndoa, com as cólicas que ele tem.”* (E10)

Massagem ao bebê – *“Quer dizer eu tenho o hábito de fazer, porque ela como tem cólicas, gases, então isso é que me leva a fazer, aos pés também.”* (E14)

- *“(...) eu fui fazer as massagens que me ensinaram na maternidade, eu deitava de barriga pra baixo, (...).”* (E17)

- *“Massagem ao bebê, faço. Foi no hospital que ensinaram.”* (E18)

Em relação à participante E8, ela e o marido frequentaram a consulta de enfermagem no centro de saúde, onde aprenderam a fazer a massagem ao bebê. O pai da bebê queria pôr em prática aquilo que aprendeu e acreditou, mas foi impedido pela mãe que não concordava, possuindo esta, sólidas orientações culturais do país de origem sob a presença física da mãe da puerpera.

- *“Eu queria fazer só que nunca me deixam. Mas isso foi o que nos ensinaram no curso. Ensinaram a fazer massagem nos pezinhos, assim tomar banho com ela, encostá-la assim à nossa pele, só que ainda não tive oportunidade. Mas as massagens já podia fazer.”* (Marido da entrevistada E8)

- *“Não, não, porque ela é muito friorenta, não dá tempo, assim que ela sai do banho, ela fica ali tremendo de frio, a gente põe a roupa logo, nem tem condições (risos), mas agora quem sabe quando tiver mais quente né já dá”* (E8)

Em relação ao enfaixamento do bebê, cuidado característico do grupo de países de leste, apenas o fizeram, aquelas entrevistadas em que viram a sua mãe fazer ao seu bebê, pelo menos uma vez.

- “(...) a minha mãe viu-me aflita com a A. na altura que começou com cólicas e não sei quê, já não conseguia mais e ela disse experimenta lá a apertar um bocadinho essas mãozinhas para baixo, aquilo era uma coisa super fácil, é esticar as mãozinhas, pôr a criança. (...) eu com a A. fazia muito isso, (...)” (E6)

- “Olha tu não podes dar banho assim e pôr água assim e sabonete e não sei quê, tens que fazer uma massagem a ela, ela tem dores aqui, tem não sei quê, eu estava a ver e ela gosta não chora. Depois do banho estava a pôr assim numa toalha, estava a limpar bem, (...) (estava a enfaixá-la) eu faço agora, sempre quando, (...) Ela fica calminha, mais ou menos duas horas tens que deixar assim e não estava a dar assim depois de banho, não estava a dar peito a ela, estava a dar uma hora antes e depois duas hora depois de tomar banho, não estava a dar peito por causa que ela estava com muito calor a seguir ao banho e ela estava a dormir sempre depois do banho” (E12)

Não enfaixou o bebê – “Não e lá ainda se usa isso, porque falei com madrinha de casamento nossa, um dia que o bebê está a chorar e não sei o que é que tem, se calhar que está calor e ele não está habituado e ela disse então enfaixa-o, mas nunca foi, (risos) nunca foi.” (E16)

- “(...) cá em Portugal eu não faço isso (enfaixamento do bebê) Quando minha mãe foi para lá, quando ela está a dormir, agora ela já está mais ou menos normal, só quando ela fica muito pequenina, ela dorme e ela está mãos assim ou...e ela punha na... (Arranhava-se?) Sim! e ela já não dorme, minha mãe disse tudo mãos assim, tudo estreitinha e direitinha e quando ela primeiro tempo, primeira vez, ela a enfaixou, ela dorme cinco horas, e eu disse - Olha o que é que fizeste ao meu bebê (risos), cinco horas esteve a dormir.” (E20)

“Entre as tradições sociais e culturais, as do país de origem e a do país de acolhimento, os seus valores culturais e hábitos são frequentemente postos em causa no país de chegada, o que está na origem de muitos conflitos” (Ramos, p.56, 57, 2008), como se pode verificar no relato de uma participante moldávia:

-“Olhe porque elas falavam porque tinha de fazer isso lá, elas ficavam muito revoltadas (refere-se à opinião da sogra e da cunhada, que são portuguesas, em relação ao enfaixamento do bebê), mas sou eu que estou com a criança, sou eu que estou a passar o tempo, sei que tenho que fazer coisas em casa, tenho que fazer o almoço, tenho que limpar a casa, tantas coisas e se isso acalma a criança, mas agora já começaram assim a ...” (E6)

Verifica-se que os cuidados de higiene e conforto típicos do país de origem sobrevieram em detrimento dos do país de acolhimento, quando houve a presença física da mentora

(a mãe ou num caso, a irmã mais velha), e quando esses cuidados foram prestados dentro da privacidade familiar.

#### 2.5.8.4.4 – Cuidados de saúde

Todos os sujeitos do estudo já foram ao médico com os seus bebés, ao centro de saúde e fizeram vacinas.

Para a resolução de problemas de saúde do bebé de menor gravidade, como cólicas, obstrução nasal, as participantes do estudo utilizaram os saberes apreendidos no país de acolhimento, e também saberes do país de origem. Contudo neste âmbito, verifica-se uma maior adesão aos saberes familiares, transgeracionais, nas entrevistadas guineenses, moldávias e brasileiras.

- *“Há coisas que se podem dar para as cólicas, eu ainda não dei ao M., porque ele não precisou (...)”* (E1)

- *“(...) por causa de cólicas do bebé, também costumam dar uma coisa, tenho lá”* (E4)

Colocar azeite na fontanela – *“(...) aqui também meto eu (...)”* (E4)

Chá de funcho para alívio das cólicas – *“Eu não fiz porque não tenho a semente e já nem mandei de lá porque já quando estava a chegar cá pensava que isto já passa.”* (E2)

- *“Com o M. fiz assim, com ele vou pôr hoje, já pus a folha no frigorífico, tem que ser fresca.”* (E2)

Embora sigam alguns saberes da medicina popular em que foram socializadas, as participantes também integram conhecimentos apreendidos no país de acolhimento, na medicina tradicional.

- *“Ele está com cólicas eu já não sabia o que fazer com ele, muitas cólicas, depois pedi de Inglaterra para me mandarem um remédio (a conselho do pediatra do bebé), por acaso a gente tem lá também, dei ontem e hoje. (...) está muito mais complicado fazer cocó, agora com esta água quando sai, suja-se até ao pescoço, tem muitos gases, tem muitos gases o rapaz.”* (E6)

- “*Tem muitas cólicas. Não resolve só com massagem, é que ele toma também um remédiazinho que a enfermeira passou, mas é sempre, eu dou banho de manhã a seguir a acordar, mas quando está mais calor assim eu dou à noite, eu dou a massagem com óleoinho nele, aí ele fica mais calmo.*” (E10)

- “*Sim, mas também foi só uma vez que ela ficou dois dias sem fazer cocó, e eu tive que, massajei e saiu logo.*” (E11)

- “*Quer dizer eu tenho o hábito de fazer, porque ela como tem cólicas, gases, então isso é que me leva a fazer, aos pés também.*” (E14)

- “*Olha, só ensinaram para as cólicas, para fazer massagenzinha na barriga para passar, mas assim no banhinho dele não, não ensinou nada. Olha quando ele chora muito, geralmente eu pego ele, começo a falar com ele, a dar mimiinhos na cabeça, na cara assim para o acalmar. Quando está com cólicas, pego ele e ponho assim na minha barriga, ou às vezes ponho ele de barriga para baixo e com a mão assim por baixo, e vou massajando e assim essas coisas.*” (E19)

A participante moçambicana vive em Portugal há 23 anos, e veio muito jovem, ela segue as orientações do suporte social formal – profissionais de saúde, reconhecendo nelas maior eficiência, em detrimento das instruções originárias do seu país de origem, por as considerar obsoletas. Esta ideia é confirmada por Kitzinger quando afirma que, as sociedades industrializadas do ocidente vivem uma rápida transformação social, existindo um desacordo praticamente inevitável entre as gerações no que diz respeito aos cuidados dispensados aos bebés e comportamento durante a gravidez, de modo que, as regras e proibições que tinham lógica anteriormente passam a ser “histórias de velhas” (1978).

- “*(...) mas agora a minha mãe não..., pronto por exemplo se o bebé tiver cólicas ela não me diz, olha faz este tipo de chá. Porquê? Porque agora é diferente, nós temos outros produtos, outras coisas para os bebés, portanto, já não vai buscar aquilo que se fazia dantes.*” (E9)

No Brasil, como já tinha sido referido, faz-se muito uso dos chás para a solução de problemas de saúde, assim como de outros remédios caseiros, dos oito elementos, cinco experimentaram pelo menos uma vez, estes saberes tradicionais, são eles E3, E7, E8, E11, e E17.

- “*(...) eu fui comprar, eu comprei, mas sei lá o que é que é o chá de funcho, será que se faço um chá de funcho ou faço um chá de erva-doce, é a mesma coisa?*” (E3)

- “(...) geralmente eu gosto de fazer chás, e muitas vezes de erva-doce, é deixa a criança mais calma, mas é muito difícil fazer, e é também para ele não ficar acostumado. Normalmente o nosso filho dorme direito, mas ele estava dormindo muito durante o dia, e à noite não estava dormindo, aí eu lhe dei o chá algumas vezes e pronto dava de mamar. (...) e então assim de vez em quando com certeza que não faz mal coisas assim natural. Então eu aí dei para ele e pronto (...).” (E7)

- “Com a maizena não passou. Foi só mesmo pra tirar dúvida mesmo dela foi só quando deu as borbulhinhas que eu liguei pra ela.” (E11)

- “Ele chorava foi só três dias. Eu consegui resolver, eu fui fazer as massagens que me ensinaram na maternidade, eu deitava de barriga pra baixo, (...), aí eu passei a dar a ele chá de camomila, aí foi aliviando as cólicas dele. (...) até hoje estou dando o lufital, (...) Sim e elixir paragórico (...) eu dei nele, (...) aí, ele faz cocó de manhã e à tarde, aliviou bastante com cházinho de camomila, (...), ele ficou bem calminho.” (E17)

Os elementos da Roménia e Ucrânia neste aspecto, seguem as directrizes do país de acolhimento, embora procurem o parecer dos profissionais de saúde e familiares do seu país de origem, relativamente às práticas emanadas pelos profissionais de saúde portugueses.

- “Massagem para alívio de cólicas Sim eu faço quando ela está assim na minha mão eu faço e ela fica bem. Eu vi que ela tem dores porque ela estava a ficar assim vermelha. (...) e digo a ela para perguntar à minha médica de família na Roménia, para perguntar, eu conheço bem ela.” (E12)

Sair com o bebé à rua passear? – “Não, não, só em casa, em casa, aqui no livro escrito que se o bebé fica bem com saúde, ah...tenha peso, está tudo óptimo e... pronto você pode falar com o seu médico quando posso sair a primeira vez na rua ... ah...Só quando tem muito boa, com sol, ah... e se tem chuva não vale a pena (risos) e pronto quando tem muito vento também não pode...” (E20)

#### 2.5.8.4.5 – Sono e repouso

Os bebés das participantes do estudo na totalidade dormem no quarto dos pais. Em relação a dormirem na cama dos pais ou em berço, as respostas já são mais variáveis. No grupo africano, onde comumente os bebés dormem na cama dos pais, dos sete elementos, uma guineense (E4) e uma angolana (E14) seguem esta prática. Uma participante brasileiras (E10) também o faz.

- *“Ela dorme comigo, o marido dorme na sala, (risos), porque ela acorda uma em uma hora ou duas em duas horas para mamar e ele não dorme (risos)”* (E4)

- *“Dorme comigo. Dormimos os três (o marido também). A menina é que dormiu no berço separado, foi a minha menina. A menina é que dormiu separado, porque ela era muito boazinha. Acordava de noite, mamava, e a gente colocava de novo para ela dormir mesmo sendo no meu quarto, mas este aqui não, o berço está lá no quarto mas ele não dorme. Dorme mesmo comigo, dorme ao meu lado não é, porque se dormir no meio o pai, não pode no meio, então eu fico do lado e ele fica no cantinho protegido por que eu não me mexo muito.”* (E10)

- *“(…) ela a princípio dormia na alcofa e eu pus a alcofa ali assim na cama prontos porque eu com aquela coisa, ela sempre mamou deitada, porque eu não consegui me deitar, agora imagine ainda dorme comigo.”* (E14)

Todas as restantes participantes, os seus filhos dormem em berço no quarto dos pais.

- *“Tenho duas camas para eles, tenho lá no quarto, os dois porque o M. depois assustasse.”* (E2)

- *“A minha casa é pequena, só tem uma sala e um quarto, e pronto ela assim tem a cama ao lado da minha e assim ela dorme.”* (E5)

- *“Dorme no berço no meu quarto.”* (E11)

- *“O C. dorme no bercinho, daqui a nada já não cabe no bercinho mas já tem a cama dele já está preparada, e dorme na cama, só de manhã às vezes levamos assim ao pé de nós pra ele gosta de dormir com o nariz, sentir que o nariz está num de nós.”* (E16)

- *“É, coloquei sempre no berço logo desde o primeiro dia, só quando as cólicas dele estava demais ai eu estava deixando ele dormir comigo, mas pra ele não acostumar a dormir comigo, coloquei ele no berço, logo, logo.”* (E17)

Salienta-se o facto de E19, do Brasil, o filho mais pequeno dorme em berço, mas o mais velho ainda dorme com ela na cama.

- *“Olha eu fiquei mal acostumada, do A., primeiro filho não é, sempre dormiu comigo e dorme até hoje. Mesmo na cama. Agora quando o B. nasceu eu disse: Agora não vou comprar uma cama para este, quando tiver oportunidade compro outra cama. Então já tinha a cama do A. mas o A. não usa, eu pus ele, e ele também não gostou. Ele dorme no berço, e o A. sempre comigo.”* (E19)

Relativamente a práticas de adormecimento, a maioria adormece ao colo embalando, ou no berço ou cama, mas, servindo-se do “toque” da mãe com o bebé. Também é prática comum a utilização da chupeta para adormecer os bebés.

- *“O meu filho não dorme no colo, ele começa a ficar chatinho para dormir, vai para a cama, mas fico perto dele, saio de perto dele começa a chorar.”* (E3)

- *“Às vezes ela dorme no meu colo ou no berço, ela fica lá com a chucha (risos).”* (E4)

- *“(...) geralmente ele adormece na cama também, porque é assim ele não está muito acostumado ao colo, porque quando eu for trabalhar, tenho de arranjar alguém para tomar conta dele, não vai dar para estar o tempo todo com ele, então assim eu pego no colo mais é para dar peito, geralmente eu deixo ele mais na caminha, ou quando estou na cozinha deixo ele na cestinha, também para ele estar mais perto de mim, mas ele começa com sono.”* (E7)

- *“Não, não embalo não, não de jeito nenhum porque senão acostumo-o. No meu menino, no primeiro, nossa era terrível o primeiro menino, este não. Quando ele acorda eu dou de mamar para ele, viro para ele arrotar, ele arrota e volta a dormir na mesma. De dia fica um pouco mais no colo não é, mas eu tenho que fazer também.”* (E10)

- *“(...) mas o pai gosta muita de pôr no colo.”* (E11)

- *“Ela dorme facilmente, é só pôr a chupeta, pões ela no berço, fica a conversar até adormecer. Às vezes assim um carinhozinho só, mas faço mais, tenho saudade de lhe tocar, toco ela e não se quê, senão ela basta estar com a chupeta, pões a no berço e dorme. (...) É lá mesmo no berço,(...)”* (E13)

- *“Agora eu queria que ela fica na cama. Agora mais na sua cama, só por dia, ela dorme lá na mesa, porque ela brinca, brinca e depois eu dar chucha e ela dorme, ela gosta de dormir na mama. Sim, sim, tira a mama 15 minutos, oh...abre o olho, que se passa? (risos) Canto, canto e também danço para ela (risos). Sim ela até fica lá na mesa e já está a dar e dança para ela. E ela gosta quando falo com ela, ela gosta muito.”* (E20)

Relativamente a práticas de adormecimento destaca-se o praticado pelas participantes E2 e E12, que embalam os filhos posicionando-os numa almofada em cima dos seus pés.

No grupo africano dois elementos cantam para os seus filhos ao adormecê-los, são eles E14, E15.

- “Não, tem alturas que... há dias que limito-me apenas a pôr na cama, na cama com a chupeta mas depois de já tratadinha né, tomado banho, mamado, ponho-lhe a chupeta e pego-lhe na mãozinha, ela adormece. Outras vezes quer mesmo dormir ao meu lado. (...) eu ponho o DVD com louvores ou canto e ela sossega.” (E14)

- “Geralmente é ao colo mas ultimamente ela como está a mamar os dedinhos, então adormece na cadeirinha. Às vezes, às vezes canto uma musiquinha pra qui e pra lá.” (E15)

No grupo brasileiro dois elementos cantam para os seus filhos para adormecê-los (E17 e E19).

- “No colo, no colo mas tem que abanar ele, ele está com muita manha, muita manha, ele está acostumado a fazer consolo, e aí eu deito ele e aproveito e limpo a casa aí quando ele stressa já começa, chora chora, aí não quer ficar mais não. Claro, no início cantava mais agora pra dormir dá tanto trabalho que se tiver a adormecer e cair uma moeda no chão ele acorda, o sono dele está muito levinho até ele adormecer mesmo, bem levinho, é tanto que ele está assim no meu colo ele abre olhinho e fecha de novo, ele está muito malandro está bem cheio de manha.” (E17)

- “Olha é ao colo, este à noite é na cama, vou para a cama com ele e eu mesma o adormeço. Para este não, durante a noite não é preciso cantar, mas durante o dia é. Ponho no braço e é sempre, cantando, cantando.” (E19)

Do leste europeu, apenas uma participante romena (E16) não canta para o seu filho:

- “Agora habituou-se mal não quer adormecer mesmo se dorme de dia à noite não quer dormir, dorme assim nesta posição ao colo. Durante o dia adormece aqui no carrinho, agora há bocado adormeceu no carrinho. Não, não costumo (cantar para ele), nem gosta de ser abanado, ele gosta de ficar assim, e às vezes a passear com ele um pouco assim.” (E16)

As outras participantes do grupo de leste cantam para os seus filhos, embora E6 revele pouco tempo para o fazer:

- “Esse é mais colo, esse é que está a dar mais..., ela não. Cantei, para a A. cantei muito, muito, cantei muito para ela, para esse não já não tenho tanto tempo, não tenho paciência com dois, é despachar fazer o almoço, despachar a fazer o jantar, pôr roupa, lavar roupa, não há tempo.” (E6)

Pensando no estilo de maternagem, perante o grupo estudado, verifica-se que, embora com muitas variantes e condicionantes, poder-se-á relacionar os grupos, na globalidade com os estilos de maternagem característicos. O grupo africano e o grupo brasileiro, é predominantemente cinestésico e táctil, ainda que esteja sujeito a alguns factores como

o ter que trabalhar que influenciam a sua forma de interagir com o bebé. Verifica-se também que o grupo da Europa de leste, utiliza mais as interacções visuais e as verbais, salvo uma excepção.

#### 2.5.8.4.6 - Crenças e rituais

As participantes da Guiné e do grupo de leste europeu, acreditam mais nas crenças e rituais, relacionadas com o recém-nascido. Também Ramos (2008), nos diz que, algumas práticas subsistem mais à aculturação, designadamente as práticas mágico-religiosas, confirmado por diversos estudos: Stork, 1986, 1988, Ramos, 1993, 1996 e Monteiro 2005.

Por outro lado, da análise das respostas das participantes, verifica-se que a credence existe mais nas participantes que veneram a igreja católica e ortodoxa.

Coto umbilical - *“No M. atei ... e coloquei debaixo da almofada.”* (E1)

- *“Ainda foi comigo também foi assim. Tinha uma amiga que também teve uma menina ... também foi menstruada e ela pediu-me o meu penso e eu não tive vergonha de dar. Ela disse-me eu preciso para a menina não... (...) Mas eu também passei..., porque quando aquela minha amiga pediu-me eu dei (...).”* (E2)

- *“(...) dizia, até mesmo essa coisas todas sabia, não deixar a roupa pegar a lua, isso é de cá, eu não sabia nada disso, eu comecei a lavar a roupa, e ela viu e perguntou – você já está a lavar a roupa do neném, olha não deixe depois das cinco horas, não pode apanhar lua, senão ele vai ficar com lua, houve um dia que eu estendi a roupa e fui ter com a minha patroa depois vi que não conseguia chegar em casa antes das cinco horas pedi a esta vizinha para apanhar – B. colhe a roupa para mim!”* (E3)

Colocar o coto umbilical num cordel e pôr debaixo da almofada do recém-nascido - *“(...) eu por acaso da L. fiz, (...)”* (E4)

Colocar fita vermelha no bebé – *“Fiz com a A., o C. tenho água benta e tem aquele choro que não é bem choro dele, geme e grita, tenho água benta limpo-lhe a cara, tenho lá do mosteiro, a minha madrinha por acaso mandou-me antes de eu parir.”* (E6)

Coto umbilical – *“Tenho guardei, lá na minha terra guarda-se e (...), e estava a fazer mais, mas não tenho agora, tenho uma..., (...) estava a arranjar uma mesa, sim ao terceiro dia de... é mesmo quando chegas do hospital, lá na minha terra ficas sete dias e estava a fazer outra pessoa esta coisa. (...) uma amiga romena (...), assim ela estava a filmar assim com uma câmara esta mesa para se ver como é, para mostrar lá na*

*Roménia que fizeram assim, mesmo como é lá na nossa terra, mas eu fui muito cansada e não estava a sonhar nada. (...) É assim na minha religião e eu fiz assim.” (E12)*

A participante E16 da Roménia, apesar de praticar muitas crenças da sua cultura e religião, referiu duas situações em que não as pôs em prática, embora fosse incentivada a fazê-lo, mas, por ética e educação, para quem não conhece a sua cultura, não o fez, e a outra situação fê-lo por necessidade.

*- “(...) por exemplo a minha vizinha vem muitas vezes visitar-me, eu como vou perguntar à mulher estás assim menstruada, não tenhas vergonha, pergunta à mulher se está..., oh, nunca...não mas eu nunca... eu nem sabia disso e já veio aqui, não, ...não sou muito com as superstições.” (E16)*

*Teve que sair com o bebé antes de ser baptizado. – “Não, ao segundo dia tive que sair para ir no cartório para registar bebé e depois tive ir com ele para fazer teste de pezinho, lá depois do parto a enfermeira é que vai a casa, aqui tive que sair, depois saímos assim às compras às vezes levamos ele.” (E16)*

Relativamente ao baptismo, os bebés cujas mães se guiam pela igreja católica ainda não foram baptizados, mas as mães têm intenção de o fazer.

*- “Sim, vou baptizar, (...)” (E3)*

As mães seguidoras da religião ortodoxa, as duas romenas já baptizaram os seus filhos, as duas moldávias têm intenção de o fazer.

*- “(...) ela tem um menino, foi baptizá-lo, foi agora na Páscoa, nós também se Deus quiser. Aqui baptizamos numa igreja, mas acho que não é tão ortodoxa como se diz, porque não faz a mesma tradição, nós fomos lá mas não é a mesma tradição de lá. É igreja ortodoxa, mas são os portugueses, padres portugueses e não é a mesma coisa. (...) Então vamos baptizar lá.” (E2)*

A participante E20 ucraniana, embora eleja a religião ortodoxa como a sua, refere que não é seguidora de todas as suas práticas.

Já as entrevistadas que seguem a igreja evangélica e testemunha de Jeová não são devotas a crenças e superstições.

*- “Sim há!,... no meu bebé não!” (E7)*

- *“Não, não fez nada disso. Não, não porque na nossa religião a gente não crê nessas coisas, assim tem que pedir para o pastor orar, e tirar toda a inveja, toda a coisa ruim assim, mas nós mesmo aqui em casa a gente não fez nada não.”* (E8)

Objectos contra o mau-olhado – *“Ah não! Nunca usei nada.”* (E18)

No entanto as seguidoras da igreja evangélica e testemunha de Jeová, já fizeram a apresentação dos seus bebés na igreja, como é costume nestas religiões.

Vai aos cultos de testemunha de Jeová - *“Levo as crianças, sempre que vou levo.”* (E5)

- *“Não, a gente apresenta não é, porque a gente fala que a criança não se baptiza, (...) Depois de nascerem, aí a gente apresenta. Aí é que decide, qual a igreja que vai ela querer baptizar, é por conta deles quando já são mais velhos.”* (E10)

Frequenta a igreja evangélica – *“Já o G. já foi apresentado, nós vamos todos os domingos, todos os domingos.”* (E17)

- *“Não, ainda apresentar mesmo não, mas já fui com ele à igreja. Nunca o levei para apresentar, mas já o levei à igreja comigo, sim.”* (E18)

Os elementos ortodoxos (moldávios e romenos) utilizaram muito a água benta para proteger os seus bebés, contra o mau-olhado, (E2, E6, E12, e E16), (figuras 65 e 66).

- *“(...) quando fui na igreja estava a fazer uma, não sei onde meti uma coisa, ah está aqui (mostra uma garrafa).”* (E12)



**Figura 65 - Garrafa com água benta - Igreja Ortodoxa** (Fonte: Foto da autora)

- *“Sim ponho sempre uma fita vermelha para proteger do mau olhado, mas por exemplo o padre daqui que temos em Lisboa não acredita, diz que é superstição, enquanto tiver aquele olho santo da igreja, não sei se os católicos têm, aquilo é um olho que é abençoado e (...). Nos católicos não há? Eu tenho aqui (foi buscar), (...)”*  
(E16)



**Figura 66 - Água benta – Igreja Ortodoxa** (Fonte: Foto da autora)

As participantes guineenses utilizaram a pedra mau-olhar, para prevenir o mau-olhado.

- *“Sim, o M. tem. Isso dá sorte e também para o mau olhar”* (E1)

- *“Sim, mau-olhado é esta conta, esta coisinha aqui também. (que traz ao pescoço) Ela também tem, na pulseira, sim.”* (E4)

As brasileiras que se regem pela igreja católica, também utilizaram rezas, fitas e ervas contra o mau-olhado.

- *“O meu nênem andou assim um bocadinho esquisito, está deitado e faz assim ... (expressão visual) e dizem que é mau-olhado. E ela disse coloque arruda deite-o de lado e pronto. Ela de vez em quando ora por ele, (...)”* (E3)

- *“Olha, olha no Brasil eu usei umas fitas em ouro que atava no bracinho deles, mas aqui não usei não, porque eu tinha noção que lá teve mau-olhado. Tenho a certeza e foi aí que eu vi uma amiga minha que estava mau-olhado nele. Olha foi assim, porque quando eu fui daqui para lá, eu comprei um biberão assim grande. Sim, para levar para eles leite, mas não levei o leite normal, e quando cheguei comprei um e ele não pegou ao bico do biberão, não pegou, ele só pegava com o outro leite, e quando eu vi eu estava com ele, dando o leite para ele, e uma colega chegou para mim e disse: Ah, o*

*teu bebé é tão lindo, mas também é muito gordo, olha o tamanho do biberão que ele bebe o leite? Olha, depois disso ele não bebeu mais, já não estava bebendo nada, já estava vomitando, e não bebeu mais, tanto que detestou e eu tive de comprar outro, para ele poder beber, e aí ele ficou doente, ficou magro, vomitando, tive que o levar para rezar, minha cunhada arranhou uma pessoa para eu ir rezar e aí eu rezei, e o senhor confirmou e disse que foi mau-olhado. Depois disso passou, das três vezes e depois disso passou, e foi tudo normal.” (E19)*

Relativamente à prática da circuncisão masculina por parte da cultura africana, as participantes guineenses e angolanas teriam-no feito peremptoriamente se tivessem tido filhos homens. Releva-se a atitude da participante moçambicana, que não o fez.

*- “(...) ele foi feito (o filho mais velho), só que aqui é que não têm sítios para (...) ele adoeceu, naquele momento queria já fazer circuncisão mas não deu porque ele adoeceu e depois tive que viajar, viajei logo em seguida, mas lá na Inglaterra, apesar dos ingleses mesmo de cultura não fazem, mas como lá tem muitos imigrantes, normalmente até são angolanos que fizeram isso, (...) pra nós é mesmo costume mesmo (...)” (E15)*

Relativamente ao cordão umbilical, a maioria das entrevistadas guardou o coto umbilical, não por superstição mas mais por recordação, apenas as participantes guineenses, uma romena e uma angolana guardaram por crença.

Coto umbilical - *“(...) minha mãe mandou eu guardar até um aninho (...)” (E3)*

Coto umbilical - *“Eu guardei, o resto não sei, eu guardei.” (E6)*

Coto umbilical - *“Eu deixei aqui guardado, (...) não sei, mas eu deixei guardado, não sei o que vou fazer. Vou deixar ele ali pra quando ela ver.” (E8)*

Coto umbilical - *“(...) Por exemplo eu guardei, não sei porquê mas guardei. – Olha tu não podes deitar isso, dá azar tens que guardar (risos) e guardei.” (E13)*

Coto umbilical - *“Ai eu guardo. Não eu não sou supersticiosa, mas guardo.” (E14)*

*- “Pelo menos eu guardei. O da C. desapareceu, alguém roubou ou não sei, agora o do F. guardei. Não, não, não foi superstição. Foi mesmo por recordação.” (E18)*

Coto umbilical - *“Guardei. Não, não. Eu gosto sempre de guardar. Guardei o cordão, aquilo que usava para limpa-lo no banho, essas coisas, está tudo guardado.” (E19)*

A entrevistada da Moldávia E6, também guardou o primeiro corte de cabelo da filha, porque é costume no seu país, mas por recordação.

- “(...) a minha filha nasceu com um rabinho de cavalo aqui, castanho desta cor e o resto loira, então eu cortei e guardei. (...) guardei como lembrança, para ter o cabelinho, para me lembrar e um dia, e a pulseirinha também guardei e dele também guardei.” (E6)

Quanto á moçambicana E9, as rezas contra o mau-olhado próprias da sua cultura de origem, nunca as utilizou.

Rezas para mau-olhado – “Não isso não. Para o mau-olhado há aquelas figas, que é o que eu sei, mas nunca pus ao meu (risos).” (E9)

#### 2.5.8.4.7 – Transporte e segurança

Todas as entrevistadas do estudo tinham cadeira para transportar o bebé na rua, nos transportes rodoviários e em casa. Contudo, das sete participantes africanas, uma guineense e duas angolanas, já transportaram ou fazem tenções de transportar os seus filhos às costas, passando-se esta situação mais no seio familiar.

- “(...) eu tenho lá, e metem nas costas, eu já meti L. (risos). Mas, só aqui em casa, porque ela não me deixa fazer nada. (...) como eu ando sempre em casa, meto ela no coiso, e pronto. (...) Não, à rua não!” (E4)

- “Já, mas é assim eu pus aquilo... ela estava muito chata, estava chateada, e eu disse para ela, é para ficares calma, e o irmão disse, oh mãe mas tens que fazer isso para nós, eu não conseguia atender os dois, eu vou pôr um nas costas e depois apanho o outro. Fiz isso, mas ela é muito pequena não dá para pôr ainda também não é, mas eu pus assim nas costas com os pés fechados, não podia abrir, porque ela ainda não senta, então amarrei, mas acho que ela nem esteve ali 2 minutos. Começou a gritar (...)” (E5)

- “Ainda não. Ainda a acho pequena, há quem já põe, com ela assim mesmo com um mês, uma semana, já pode ir pra costas, mas eu não tenho assim muito jeito né, ainda não meto não, também não há necessidade, é mais assim quando o bebé é muito chato, chora muito, não deixa a mãe fazer nada, nas costas sentem-se à vontade, tu metes ele nas costas e consegues fazer tudo, podes fazer. Já ela é calminha não há necessidade.” (E13)

Também Ramos no seu estudo (1993, 1996) e Rabain e Wornham (1990), citados por Ramos (2008) ao investigarem os comportamentos maternos de mulheres africanas imigradas em França, concluíram que, estas mantinham certas práticas oriundas do seu país natal, como, a massagem ao bebé e o seu transporte nas costas, em situação dentro de casa, porém, no exterior, algumas mães utilizavam os carrinhos de bebé, as

cadeirinhas e o saco canguru, provenientes do país de acolhimento. A entrevistada E13 dá primazia no exterior, ao transporte do bebé em cadeira, mas não exclui também a utilização do transporte nas costas:

Qual o transporte na rua? – *“Carrinhos, mas se está tudo bem podes pôr nas costas, andar por aí, ir ao Pingo Doce. Aqui ficam muitos admirados, uma vez eu estava com o bebé de uma amiga assim mais ou menos com quatro meses, ficava comigo às costas, fomos ao Pingo Doce, a senhora começou – Então ela assim não cai, como é que tu fazes. – Não, está segura, não cai porque metemos o pano enrolas e dobra assim, não cai. Já tomei jeito, é hábito já.”* (E13)

Relativamente, aos restantes elementos do estudo, africanos, brasileiros e da Europa de leste também transportaram os seus filhos, ao colo à frente, com o auxílio do canguru por alguns participantes dos três grupos.

- *“(...) só tenho o canguru para o M. à frente e a cadeira”* (E1)

- *“Na cadeira.”* (E3)

Qual o transporte na rua? – *“Sim, de carrinho. Normalmente é de carrinho.”* (E5)

- *“Hoje em dia temos o ovinho para os transportar, quando foi do meu R. era mais ao colo. Sempre ao colo à frente.”* (E9)

- *“A R. e a C. sempre no colo.”* (E18)

- *“Para mim, agora mais fácil com a... mochila, o canguru, pra mim mais fácil, porque com carrinha, este carrinha muita pesada, para cima para baixo”* (E20)

## **2.6 – Influência do Suporte Social no Processo de Maternidade da Mulher Imigrante**

À luz do averiguado em outros estudos, também é claramente reconhecido no estudo em questão a importância do suporte social na consecução do papel materno, especialmente, e dominativamente, o suporte social informal. Foi referido também por algumas participantes a utilização de recursos comunicacionais não interactivos, na obtenção de informação no que respeita ao processo de maternidade.

### **2.6.1 – Suporte social informal**

Constata-se que das vinte participantes, apenas uma referiu que o suporte social informal parece ter sido pouco influente no recente processo de maternidade vivenciado. Esse elemento foi E18, uma participante brasileira, referenciando que, não teve nenhuma orientação nem da sua família nem do marido, no entanto da primeira filha era a mãe que dava banho à filha e que cuidou dela.

Na investigação realizada por George (2005) concluíram que, as principais fontes de informação das recentes mães, são as famílias e os amigos e não os profissionais de saúde ou os serviços. Também no estudo em questão, na sua maioria o suporte social familiar (em destaque para o papel de mulheres experientes), foi fundamental na adoção do papel materno e na resolução de problemas inerentes ao mesmo. Das dezanove participantes todas retiraram dúvidas e foram orientadas em algumas situações por familiares.

- “(...) o meu irmão preparou (...) Lá com a minha irmã (...). Só depois que eu vou lá na minha irmã (...) A minha irmã faz.” (E1)

- “(...) eu só criava como criavam a mim com a base de lá. (...) tenho ali, a minha prima trouxe da Rússia, (...)” (E2)

- “Quando tenho dúvida ligo pra irmã (...) ligo pra mãe e pergunto.” (E3)

- “Ela (a mãe) veio para cá. (...) Foi a minha mãe que me disse (...) (ajuda) da minha irmã também.” (E4)

- “A minha mãe aconselhou-me (...) Sim, eu ligava, porque era mais fácil ligar para ela, ficava mais barato, do que ela ligar para mim.” (E5)

- “(...) a minha mãe viu-me aflita com a A.” (E6)

- “É às vezes ela (mãe) me telefona, eu falo com ela, e aí ela me ensinou estas duas (...)” (E7)

- “Só a minha mãe, (...) ainda está cá (...) ela quis fazer tudo por mim, (...) Sim, ensinou bastante coisas. (...) Muita, muita ajuda, não sei que seria de mim sozinha.” (E8)

- “Tive a minha mãe. Do H. tive só o marido (...)” (E9)

- *“Meu marido, porque ele também não deixou eu fazer nada, não deixava. (...) Sim, ele ajudou muito. Falaram para mim. A mãe também. A minha mãe sempre mandou (...)”* (E10)

- *“(...) eu liguei pra minha avó.”* (E11)

- *“Sim normalmente pergunto a ela (mãe) (...) a minha mãe estava a dizer (...)”* (E12)

- *“Tenho muito, muito mesmo, quase sempre ligo e às vezes ligam-me. (Quando tem dúvidas liga à mãe) Hum, hum, ligo. É, dá. (...) liguei pra minha mãe (...) Ela me disse (...) Ligo mais, converso mais com a minha irmã, a minha irmã mais velha.”* (E13)

- *“(...) quem ajudou foi a minha cunhada (...)”* (E15)

- *“(Ouve-se o computador, uma chamada em romeno no Messenger) É uma afilhada minha que também teve bebé e estamos a trocar conselhos.”* (E16)

- *“A A. (irmã) veio pra ajudar a olhar pelo G., (...)”* (E17)

- *“(...) eu liguei para a minha mãe (...)”* (E19)

- *“Ah...quando eu tenho dúvidas eu pergunto a todos, (risos), todos, pergunto a minha mãe e minha amiga porque ela também teve bebé no mês de Maio, (...)”* (E20)

Em alguns elementos, também foi preponderante o suporte social oferecido por amigos, vizinhos e por elementos da igreja frequentada.

- *“(...) tenho boas vizinhas (...) ela sempre vinha aqui, dizia, (...) olha se precisar de alguma coisa, se tiver dúvida pode ir lá, (...)”* (E3)

- *“Então aí no dia seguinte eu estava conversando com a dona da casa que a gente estava morando anteriormente, e ela me estava informando: M. olha, a criança não precisa mamar durante a noite, a última mamada você deve dar aí por volta da meia-noite, e depois só deve dar no outro dia. Aí eu fiquei, será que devo, será que não devo, e ela disse que quem a orientou foi o médico do hospital em que ela trabalha. Aí eu comecei a fazer isso, e agora graças a Deus eu tenho dormido bem, (...)”* (E7)

- *“Veio cá uma colega ajudar (...)”* (E11)

- *“Sim, às vezes pergunto a amigas porque já tenho duas amigas que tiveram bebé agora há pouco tempo. Não, aqui! Uma mesmo mora aqui perto e são nossos afilhados por acaso os dois e pergunto às vezes mas graças a Deus não tive muitas dúvidas porque sou a mais velha e já cuidei dos meus irmãos e o próximo irmão nasceu quando eu tinha seis anos e depois os outros vieram já estava crescida e já sei um pouco e... não, não tive assim muitas dúvidas, (...)”* (E16)

- “ (...) eu chamei a R. que ela tem já dois meninos, aí eu chamei ela pra ver, que eu fiquei com medo, (...) o umbigo dele estava assim todo tombadinho, aí meu Deus o umbigo desse menino, aí ela achou que era normal.” (E17)

O apoio solidário oferecido por indivíduos pertencentes a um grupo religioso foi referenciado por participantes pertencentes à religião testemunhas de Jeová.

- “(...) tive algumas “irmãs” que vinham cá visitar-me, ou preparar alguma coisa (...) Houve uma também que veio cá e deu-me conselhos (...)” (E5)

O suporte social informal foi realizado presencialmente e também muitas vezes à distância, através do telefone e Internet.

#### 2.6.1.1 - Informação e esclarecimentos retirados de meios de comunicação não interactivos

Das vinte participantes, cinco delas, nomeadamente, uma guineense (E4), duas angolanas (E5 e E13), uma brasileira (E17) e uma ucraniana (E20), fizeram referência a fontes de informação escrita, que lhes foi útil na capacitação do papel materno.

- “(...) eu já tinha lido, eu já li alguns livros, eu já lia pronto um bocadinho, (...) algumas coisas eu já sabia, já tinha lido num livro. Eu fui lendo, comprei livros. Sim alguns livros, algumas informações.” (E5)

- “Li, li muito. Tenho livros aí até. Foi útil, foi muito mesmo. Hum, hum, muita, muita coisa mesmo.” (E13)

- “(...) neste livrinho aqui que vem no estojo de natura ensina (...)” (E17)

- “Só eu ver na livro (...) É assim, minha mãe comprou livro lá na Ucrânia. - Isto é enciclopédia – “O vosso bebé antes de nascer até à escola” Sim, aqui tem muito bem escrito a gravidez..., depois o parto, o nascimento, o segundo mês, terceiro e pronto.” (E20)

#### 2.6.2– Suporte social formal – Profissionais de saúde

O suporte social formal ministrado particularmente, pelos profissionais de saúde, na ajuda para aquisição de competências maternas é também percebido pelas

participantes, como útil, mas de uma forma menos veemente que o suporte social informal. O suporte social fornecido pelos profissionais de saúde é analisado segundo o seu papel, como educadores de saúde, e segundo o seu desempenho, durante a estadia na Maternidade.

#### 2.6.2.1 - Educação para a saúde

Relativamente à educação para a saúde emanada pelos profissionais de saúde ela é relevante para a maioria das participantes do estudo, mas, a par ou muitas vezes atrás de outras fontes de informação informais. Denota-se por parte dos elementos da Guiné e da Europa de Leste uma menor importância e confiança à informação veiculada pelos profissionais de saúde do país de acolhimento.

A participante guineense E4 referiu relativamente aos profissionais de saúde que não sentiu ajuda nenhuma, mas que correspondeu ao que esperava. Contrariamente, a participante E1 aproveitou a entrevista para retirar dúvidas sobre o aleitamento artificial.

A participante E2, como se visualiza no depoimento seguinte, não reconhece nos profissionais de saúde que lhe prestaram cuidados durante a maternidade e no centro de saúde, a base de apoio nos conhecimentos necessários para cuidar do bebé.

- *“Como criar do bebé? Ai eu não sei, eu acho que não liguei tanto a isso, (...) Pois são dois dias, nem dá tanto para aprender. (...) Eu vou só lá (Centro de Saúde), as pessoas dizem, é também pouco, como se vai uma vez por mês, depois a doutora tem mais pacientes, a pessoa vai faz a consulta normal vê se tem alguma coisa, (...)”* (E2)

As restantes participantes do Leste da Europa, também não demonstraram muita confiança nos serviços de saúde portugueses, procurando confirmação nos profissionais de saúde do seu país de origem, particularmente E12 e E20.

- *“Na Roménia porque aqui não tenho médico de família, tenho esta médica que esteve comigo quando fui grávida e para ela agora não tenho mas inscreveram-me numa senhora (...) mas não é médico pediatra, é clínico geral. (...) É pediatra mesmo por isso eu pergunto. Ela esteve sempre a cuidar da minha A., e estava a conhecer a minha A. e quando fala com minha mãe para mandar as vacinas da A. e ela perguntar se faz outras vacinas aqui, por causa há outras vacinas que lá na Roménia não há, ou há e se faz noutra idade não como aqui. E eu perguntei à minha médica se vou fazer aqui? Ela diz que é bom, não faz mal. Mas eu sempre pergunto porque tenho medo.”* (E12)

- “(...) se tiver alguma dúvida depois quando vou lá ao Centro de Saúde pergunto, mas em geral não tenho...” (E16)

- “(...) pergunto aos enfermeiros que estão cá no Centro de Saúde, pergunto a todos e depois vou ver qual é a melhor. (...) Não, eu só por exemplo eu tenho muito peso quando ficar grávida, tenho muito, muito peso e eu liguei para o nosso médico, médico ucraniano e eu perguntei a ele, olha que posso fazer e ele disse que menos água e quando queres comer comes muitas frutas, não come bolas, não come doces, só come muita, muita fruta para não levar a peso.” (E20)

A participante E6 procura ajuda no médico pediatra privado.

- “Conhece o Dr W., o pediatra aqui de Alhandra, foi ele que disse se conhecia alguém em Inglaterra. A água é transparente mas tem um cheiro aquela erva, hortelã, tem cheiro a hortelã e a uma erva qualquer.” (E6)

Os elementos angolanos, o moçambicano e os brasileiros, vêm os profissionais de saúde das instituições públicas, como educadores de saúde.

- “Eu já estive a aconselhar-me com a médica de família, (...) No centro de saúde deram, deram algumas informações. Ajudaram muito, por exemplo aos cuidados pré natais, quando estava grávida ainda, o que devia comer, o que não devia, o que não era aconselhado comer, o descanso, que a pessoa tinha que descansar, essas coisas. Depois também pouco antes dela nascer, deram alguns papéis, estive sempre bem informada sobre tudo.” (E5)

- “Mesmo aqui a gente aprende, eu acho, mais do que lá, no médico, a enfermeira orienta muito, nisso daqui, aqui é melhor, porque tem todo o acompanhamento com o bebé e eles ensinam tudo para que você faça bem em casa, aquilo que está errado, eles explicam para não fazer, então nisso aí a gente tem muita orientação, e lá não tem muito dessas coisas não, porque é assim, o meu primeiro filho eu era assim muito inexperiente, então assim achava que o desenvolvimento dele estava normal.” (E7)

- “Eu acho que foi suficiente, acho que até muita tem mais orientação do que eu, porque eu nem sabia que tinha preparação para o parto aqui no centro de saúde do Carregado e fiquei sabendo depois que eu tive ela. Mas acho que não precisava de mais não.” (E11)

- “É, ajudam qualquer dúvida, por exemplo ela estava com muitas borbulhinhas na cara, eu estava muito preocupada, fui lá pró centro e disseram-me que era normal, usei só um óleo, disseram para usar só um óleo e usei e passou. Também ela houve um tempo estava com a barriga assim muito grande e lá disseram vai fazendo massagem assim no sentido dos ponteiros, fui fazendo e melhorou.” (E13)

- “Não, eu seguia à risca as indicações que dão cá (...).” (E14)

- *“Aos profissionais. A minha cunhada ajudou-me nalguns pormenores e os profissionais.”* (E15)

- *“Agora no dia do leite e também nas vacinações eu fui lá no posto médico para tirar as dúvidas. (...) eu fui fazer as massagens que me ensinaram na maternidade, (...)”* (E17)

- *“(...) e pronto fui passando no médico. (...) Foi, sim. Eu fiz tudo como me ensinaram no hospital.”* (E19)

- *“(...) e uma coisa que eu acho engraçada, e que hoje aprendi, é que cá quando a gente tem filhos, ajudam a dar banho, a lavar o umbigo, e eu não sabia na altura da C., ninguém me disse nada, eu nunca tinha tido bebé, nunca tinha pegado um bebé no colo, e então eu ficava preocupada com o que fazia no umbigo para aquilo secar, e eles não tinham cuidado nem nada (...). Não, aqui eu segui mais a orientação do hospital, da minha médica, e ela é muito boa, e pronto eu fui seguindo as orientações sempre do hospital. E do F. também. Não, segui sempre as orientações do hospital. Só mesmo o tipo de orientação principal, mas isso, eu tive lá no hospital.”* (E18)

#### 2.6.2.2 - Atendimento dos profissionais de saúde durante a estadia na maternidade

A estadia na maternidade na globalidade foi vivenciada positivamente pelas participantes de todos os grupos do estudo, superando as suas expectativas, em virtude da representação inicial que tinham formado da maternidade do Hospital de Reynaldo dos Santos e também, nas entrevistadas da Roménia pelo facto de compararem com experiências análogas no seu país de origem. Houve algumas referências a aspectos negativos por parte de alguns profissionais, mas sendo estes, elementos pontuais dentro de um atendimento positivo pela restante equipa profissional.

O grupo guineense não formulou grandes expectativas, relativamente aos profissionais de saúde do serviço de Obstetrícia do Hospital de Reynaldo dos Santos, mas também não verbalizou expectativas muito depreciativas, satisfazendo assim, medianamente o atendimento, como se verifica no relato:

- *“Chamei a enfermeira duas ou três vezes. Não tenho razão de queixa de ninguém (...) Deram tudo, sempre que eu perguntei deram.”* (E1)

A participante E3 medeia a qualidade do atendimento na estadia hospitalar, pelas competências relacionais, de empatia dos profissionais.

- *“Eu imaginava que ia ser pior, eu quando digo a você, quando tive no planejamento ali em Alverca no CATUS, eu pedi à minha médica se eu podia ir para Lisboa, tinha medo do hospital de Vila Franca, eu oiço falar muito mal do hospital e ela disse que eu poderia ir para lá se tivesse um endereço seu ainda antigo,(...) como o meu marido é bombeiro e estava nos hospitais constantemente e vê muita coisa eu estava com medo, mas eu não posso reclamar, pronto a equipa que esteve comigo desde a cesariana, desde o período que eu estava lá, a senhora que me atendeu foi assim meio estúpida, uma ou outra era muito simpática, depois foram uma simpatia todos eles desde o anestesista, foi tudo muito simpático, não posso reclamar, ora tomara que todo o mundo tenha a sorte que eu tive, foram simpáticos, tem sempre aquela que...isso é normal em qualquer lugar, né (...) muito simpático, e gostei muito aqui, só que na hora do parto, e eu disse que ia decidir durante o parto e ele disse: Não eu decido por você, é o primeiro filho você já está com 38 anos, tudo bem que se você quisesse poderia ser porque já está com 38 anos mas eu não faria porque pode acontecer alguma coisa com o cordão umbilical. E pronto ele me disse isso e pronto segui tudo porque vejamos que o meu filho tem algum problema, (...).” (E3)*

A confiança no clínico é um preditor de qualidade referenciado por duas entrevistadas, superando esta mais valia todas as outras contrariedades. Também nestes testemunhos se verifica que a avaliação realizada pelas participantes se baseia principalmente nas competências associadas às relações interpessoais, entre profissional de saúde e utente.

- *“No meu caso foi bem melhor. Foi melhor daquilo que eu estava à espera, porque eu ouvia algumas reclamações do hospital mas pronto, eu cheguei até a falar com a médica sobre isso, e depois aconselhava-me a fazer uma visita antes de tê-la, mas estavas sempre naquela de como é que vai ser, mas foi além da minha expectativa, fui muito bem atendida. Nessa altura já me tinham falado do médico que fazia o parto, que era muito bom, já me tinham falado dele, e pronto eu ficava na expectativa que era bom, e graças a Deus foi mesmo assim. Houve uma enfermeira que eu achei que pronto ou pressionava mais, ou dava menos atenção, ou às vezes chocava muito, estava irritada, chateada e não sei o quê, mas pronto a gente levou aquilo numa boa. Depois na altura que eu falava, veio aquele médico que eu já estava à espera e pronto. Fiquei mais calma, só de vê-lo fiquei mais calma e ele estava acompanhar-me durante o parto todo, e disse-me que tinha de fazer força na hora certa, foi, foi além da minha expectativa.” (E5)*

- *“(…) E outra as pessoas vêem o hospital de Vila Franca como a casa do terror, põem muita coisa assim naquele hospital e eu dizia, ai gente isso depende dos médicos não é bem assim e que não sei o quê. Me falavam: - Ai você vai ganhar em Vila Franca você é maluca. E eu falei: - Gente! Mas... – Ai não, você é doida. – Mas eu não vejo nada de mais eu sempre fui lá, sempre fui muito bem recebida, fui muito bem tratada, não vejo o quê. Há pessoas, depende dos médicos, né. Dr., foi ele que me fez o parto e eu fui seguida por ele também lá. Mãe da entrevistada: - O médico dela é uma pessoa legal.*

*Quando a gente tem o pré natal com o médico e vai ser com outro é complicado, mas quando é um médico que você já conhece, já teve contacto com ele, confia mais né. (...) Eu tinha assim mais ou menos uma noção de pessoas que tiveram lá e me passaram, realmente pra mim, a parte ruim foi só na hora de ganhar ela, do parto, mas assim a recepção, as enfermeiras, tudo um espectáculo, achei assim muito bom. Gostei” (E8)*

Uma participante aborda as condições físicas degradantes da instituição e a falta de competências relacionais por parte de alguns elementos de enfermagem mais antigos, embora não lhes desse o devido valor ao aperceber-se que o comportamento rude não era directivo, ou seja, não era só para a participante, era geral. Todavia, na globalidade foi submetida a um bom atendimento durante o internamento.

*- “(...) gostei da primeira vez, que foi ali também, (...), só o que eu não gosto muito é das enfermeiras mais velhas ali, são um bocado refilonas, a primeira vez, não estava na casa de banho, isso é que eu não gostei, estava suja, fartei-me de tocar, tocar, pronto sentia-me já mesmo, foi muito sangue, foi sangue a mais, pronto pedi um resguardo, porque aquele já estava sujo, começou lá a gritar, depois queria fazer xixi, sujou-se toda e não sei quê, a segunda vez pedi para fazer xixi às duas da manhã, a miúda nasceu dez para as nove, depois queria fazer xixi porque aquele soro, vinha com dois soros após o parto, depois estava tão duro, que acordei durante a noite, depois quis tomar banho no outro dia, perguntei para onde é que era a casa de banho, eh está ali, ah! ah! Começou também assim a mandar vir, não gostei, foi a mesma mulher, que eu apanhei naquele turno, à noite e de manhã. (...) Mas pronto desta vez também como estavam lá as outras e também pediram e estava assim mal encarada mas isso, também não estou todos os dias com sorriso na boca. Mas acho que numa maternidade deviam estar só pessoas que gostam ...pessoas que gostam, que a gente estamos a passar uma fase complicada, o parto e depois o pós o parto, precisamos de muito carinho e de apoio. (...), eu depois por acaso fiquei triste, depois do parto, agora não liguei como vi que era a mesma, pensei deve andar sempre assim, não vale a pena. E o estado da maternidade estava uma miséria, eu lembro-me quando me levaram para a cama para o quarto e olhei para o tecto, pensei credo o que é isto! A mim não me faz mal agora para a criança até que o bolor para a respiração é mau, mas pronto. Mas passou-se depressa, até fiquei com saudades, (...)” (E6)*

As participantes E10 e E12, falam do medo de comportamentos discriminatórios por parte dos profissionais, não o tendo sentido, também aqui a tónica recai sobre a dimensão relacional.

*- “É, é do mesmo jeito. É igual a lá. Ah, eu achei que eu fui muito bem atendida aqui, eu gostei muito. E toda a gente ficava olhando, porque é brasileira aqui, e discriminando, mas eu não fui, pode ter sido com eles mas comigo não. Eles me assustarem muito. Sim, sim, que tiverem filhos há pouco tempo também, há dois meses atrás, diziam “ah eu fui mal tratado lá não sei quê” essas coisas assim. Eu estava assustada já. Cheguei lá não foi nada disso, eles começaram a tratar-me bem desde que cheguei lá. Desde que eu entrei nossa, eu fui muito bem recebida. Eu falei para eles*

*assim, porque eu já fiquei internada lá, fiquei internada três dias lá, não oito dias que eu fiquei internada por causa da gravidez não é, mas eu também fui bem tratada de mais, porque ele nunca me maltratou, nunca me discriminou porque eu era brasileira.”* (E10)

*- “Olha, eu como estava habituada lá na minha terra, não era isso que estava à espera, tinha medo, olha eu sou estrangeira não sei se eles vão falar bem comigo, tinha sempre este medo. Mas quando fui lá, quando fui fazer visita e falei com enfermeira, fui mais o meu marido e ele disse – Olha não ficaste assim um pouco mais tranquila. E eu disse fico, fala bem, é bom.”* (E12)

Algumas participantes não apontaram nenhum aspecto negativo, as participantes E11 e E13 comparam com experiências negativas na sua terra natal e mesmo com outras maternidades em Portugal, opinando o atendimento na maternidade como óptimo. A vertente relacional continua a ser o alvo de avaliação, mas também incidem sobre o aspecto de educação para a saúde, emanado pelos profissionais de saúde

*- “Foi. Tive. (...) achei que foi óptimo. Sim tive a orientação necessária. Ah... antes e depois.”* (E9)

*- “Não tenho nada a reclamar, pra mim foi muito bom.”* (E11)

*- “Não esperava ter lá na maternidade, foi muito bom mesmo, a refeição lá é muito boa, é muito diferente de Angola. Ah, lá Angola não tem assim... como é que eu digo, muito cuidado, não demonstra assim aquele amor está a ver, é diferente mesmo daqui, senti muita, muita diferença. (...) É muito diferente mesmo, é melhor aqui, aqui há mais atenção, a pessoa vai, fica mais confiante, é diferente de lá, muito, muito mesmo. (...) Aqui já é diferente dão tudo, até a toalha pro bebé (risos). (...) Eu até... eu estava com muito medo, primeiro, né, ai diziam, é difícil, dói muito e não sei quê, eu achei que seria assim mais, fiquei mais motivada como me trataram, a pessoa fica mais, (...) aqui não, a pessoa até esquece o medo conforme é tratada, é muito diferente mesmo, e correu muito bem.”* (E13)

*- “Da M. nunca tive razão de queixa, se bem que o meu marido viu o parto ficou impressionado. Sim, eu penso que sim, eu, é conforme disse não tive razões de queixa nenhuma. Eu penso que não, porque sinceramente foi como disse não tive razões de queixa, fiquei satisfeita com a informação. Foi ao encontro das minhas expectativas.”* (E14)

*- “Foi ao encontro, eu já contei a ela (à vizinha) que fui muito bem atendida. Não, porque às vezes ouço falar mal de Vila Franca porque tratam mal das pessoas e que as pessoas passam dificuldades quando vão lá ter bebé, mas não foi nada como eu esperava, ia preparada para o pior não para o melhor. (...) fui bem tratada por todos, foi mesmo muito bem.”* (E15)

- “Não, do F. eu não tenho mesmo nenhuma razão de queixa, não tenho mesmo nada para dizer, não tenho mesmo. Foi, exactamente eu não tenho razão de queixa, porque quando as pessoas perguntam pelo hospital de Vila Franca as pessoas têm medo, mas eu digo: Não tenham medo. Não tenho nada para me queixar, nada, nada, foi tudo bem desde o início até sair, até à última hora. (Se pudesse escolher o atendimento que queria ter) - Era o que tive no F., porque o da R. também foi duro de mais. Porque lá como era no hospital da universidade, estava sempre muita gente a dizer mal, até mesmo a explicar, muito... mas pronto também temos que ver que lá é sempre assim.” (E18)

- “Olha foi, em primeiro lugar todo o mundo fala mal de Vila Franca, e para mim foi assim, foi uma grande sorte porque quando eu fui ter o A. eu peguei uma óptima equipa, o médico assim como os funcionários, lá, e para mim foi bom, foi como eu sempre gostaria de ser. (...) Corresponderam, corresponderam sim, e eu gostei muito, é uma coisa assim que as pessoas têm que falar bem, e por mais que alguém fale assim que não gosta e tal, algumas pessoas que dizem isso, eu falo ao contrário, gostei muito e tenho recomendado o hospital para toda a gente.” (E19)

Duas entrevistadas, nomeadamente da Roménia (E16) e Ucrânia (E20), referem-se à unidade e aos profissionais que cuidam dos recém-nascidos, com uma opinião mais pejorativa, uma das participantes centra a sua avaliação na parte relacional, comunicativa, e outra nas condições físicas e organizacionais do serviço, referindo-se também ao campo da educação para a saúde.

- “Foi mais! porque eu como sabia lá da terra (...) e aqui vi que todos os dias mudam, um dia fui tomar duche e chamou para mudar o C. que ficou em cima da cama, para levar C. para mudar a cama. (...) Sim, eu acho que sim, por exemplo se eu perguntei alguma coisa, se tirei alguma dúvida toda a gente me respondeu, mesmo quando precisei de alguma coisa e carreguei naquele botão veio a senhora perguntar o que é que se passa e se não soube-me esclarecer mandou lá para a Neonatologia mas lá... falaram tão mal, tão feio, eu fiquei muito admirado na hora do parto, que estou consciente que eu fiz feio, gritei, como ele estava enrolado e não saía, fazia muitas forças e as senhoras de lá não falaram assim, portaram-se bem comigo, mesmo se eu incomodei, estou consciente que incomodei, porque estava a gritar e elas já estão fartas, não é, mas lá não, lá gritam também contigo e porquê isto, naquelas horas a mulher não pensa o que é que faz nem e quanto muito está alguém que fala bem.” (E16)

- “Ah, não, não queria em Vila Franca porque pra mim disse: - lá está tudo sujo, não sei quê, ah...aquela coisa onde bebês só, como se chama... Sim ele disse quando tu nasceres bebé, a tua bebé anda pra lá, anda pra corredor onde tem todas a gente e fuma, isto assim, e nós não gostamos porque precisava de tudo esterilizado, é ou não é, porque é bebezinho, só nasceu e anda onde tem muita gente, só micróbios e eu não queria, queria na Lisboa, ah...só depois quando já falei cá com médico no centro de saúde ele disse: - Não te preocupes nada, tudo normal e quando já fui para o hospital eu gosto. (...) Não sei, ele explica muito bem, porque se eu não percebo eles explicam com mãos, como é para fazer massagem, para lavar e a língua não é problema. Sim,

*percebi. (...) lá na hospital?, ah, não porque ajuda pouco, ela explica como é que é para lavar a cara dele...como...sim explica. Sim acho que é suficiente, é normal.” (E20)*

Apenas uma participante E7, não ficou satisfeita com o atendimento, ficando muito aquém das expectativas.

*- “(...) então eu acho que cá eles deixam um pouco a desejar, mas aí pronto eu tive o meu filho, (...)” (E7)*

Pode-se concluir que o principal aspecto que norteia o grau de satisfação das participantes durante a estadia na maternidade, são as competências comunicacionais e relacionais, convergindo este facto com o descrito por Ramos (2008, p. 109), *“Uma parte da insatisfação dos utente/doentes com a qualidade dos cuidados de saúde está relacionada com as atitudes e o comportamento profissional dos técnicos de saúde, mais especificamente, insatisfação relacionada com os desempenhos comunicacionais dos técnicos de saúde, em geral”*.



# CONCLUSÕES



Figura 67 – Uma Família (Pintura de Fernando Botero)



## **CONCLUSÕES**

A maternidade é um processo natural, que pode acontecer no ciclo de vida de uma mulher, em qualquer parte do mundo.

Cada sociedade tem o seu padrão de cultura, no entanto este é mutável e dinâmico. As respostas humanas às situações de vida surgidas, balizam-se nas crenças e valores frutificados numa cultura de base. Sendo assim, a cultura exerce influência na concepção saúde – doença de cada indivíduo, assim como na forma de viver a maternidade. Nesta perspectiva, pode-se afirmar que a maternidade é um acontecimento cultural. Certo também é, o facto de que, a singularidade de cada pessoa, não pode ser olvidada, emergindo por vezes concepções, atitudes e comportamentos desviantes em relação às directrizes culturais, onde se socializou. Por outro lado, o processo da maternidade de uma mulher imigrante é influenciado também por todo o processo de adaptação a que foi submetida. Verifica-se que o suporte social é de extrema importância para a eficácia de uma maternidade bem sucedida.

Se a gravidez para as mulheres estudadas, não se inscreve de muitos cuidados específicos, o puerpério já não é assim. No puerpério existem costumes especiais, que por terem sido vivenciados pela mulher imigrante e lhe terem sido transmitidos esses saberes de geração em geração, são muitas vezes colocados em prática. Estes cuidados, na globalidade, realizam-se no seio familiar, na sua microcultura, e reflectem-se em cuidados à mulher e ao recém-nascido.

Constata-se que no meio familiar, as raízes culturais afloram, quer na língua em que comunicam, quer na alimentação, nas festividades, bem como, no processo de maternidade e parentalidade. Esta constatação é corroborada pela investigação de Ramos (1993, 1996) de famílias portuguesas imigradas em França, referenciada em Ramos (2004, 2008), afirmando que, a nível público das relações secundárias estas famílias adoptam comportamentos característicos da cultura dominante, e a nível privado das relações primárias, conservam a sua matriz cultural, sendo que, os cuidados à criança se inserem na esfera privada das relações primárias.

Nas situações que envolvem, pessoas do país para onde imigrou, como é o parto, a matriz cultural da mulher imigrante, exerce menor influência, deixando-se impregnar pela cultura do país de acolhimento.

Verifica-se que, nos cuidados à mulher e ao recém-nascido, existe uma dualidade de atitudes e comportamentos, entre os ensinamentos da sua cultura e transmitidos pelos seus pares, e os ensinamentos veiculados pelos profissionais de saúde. Em situação normal de puerpério e para resolução de problemas triviais, a mulher imigrante experimenta muitas vezes os saberes da sua cultura.

Mostra-se também que, quanto maior é o tempo, que a mulher reside no país de acolhimento, acrescido de um processo de emigração iniciado numa idade muito jovem da mulher, altura em que os ensinamentos para a preparação da maternidade não foram ainda bem efectivados, a matriz cultural do seu país de origem enfraquece e dominam os padrões culturais do país de acolhimento. De uma forma mais ténue, também se verifica em alguns elementos que estabeleceram uma relação coabitacional e íntima com um elemento do país de acolhimento, uma menor potenciação de valores e representações da sua cultura de origem, por exemplo a nível da língua, da alimentação, em virtude da partilha do espaço íntimo com alguém de outra cultura. No entanto evidencia-se mesmo assim a adopção de práticas a nível da maternidade balizadas no país natal das participantes, percebendo-se aqui a dominância do papel materno na vivência da maternidade.

Atesta-se também que, a cultura sendo mutável ao longo dos tempos e de geração em geração, poder-se-á presenciar uma mudança de mentalidade, na forma de encarar a própria cultura onde nasceu e foi socializada. Paralelamente, poderá desenvolver-se um interesse cultural referente ao país de acolhimento, e a possibilidade de adesão a certas atitudes e comportamentos, assim como, a mudança de crenças e valores, se verificarem, existirem mais vantagens nessa mudança.

Outra situação que se verifica, é a importância da religião na vida da mulher, e a sua interferência em crenças e valores da sua cultura, e na forma como é vivida a maternidade. As condutas, crenças e valores associados à religião são muitas vezes transversais a várias culturas.

Apura-se que, a mulher imigrante quando vivencia uma gravidez, parto e puerpério no país de acolhimento, procura uma rede social de suporte basicamente informal, que, não sendo a que teria no seu país de origem, é a possível no país que a acolheu.

Embora as mulheres imigrantes do estudo em questão, estejam satisfeitas na globalidade, com o atendimento prestado pelos profissionais de saúde, também é verdade que, as suas expectativas, se regem por uma fasquia muito baixa. Em termos de orientação e educação para a saúde emanada pelos profissionais de saúde, acham-na suficiente, no entanto uma percentagem muito significativa de cuidados prestados no domicílio, à puerpera e bebé, partem de ensinamentos transmitidos provindos da sua cultura. Muitos ensinamentos provêm do suporte social informal, oriundo do seu país de origem, mas por vezes também do suporte informal do país de acolhimento. A importância dada à educação para a saúde, transmitida pelo suporte social formal, nomeadamente os profissionais de saúde, no puerpério não é relevante em relação à originária do suporte informal. Verifica-se também que a avaliação realizada pelas participantes, relativamente à estadia na maternidade, tem como pano de fundo, as competências relacionais e comunicativas dos profissionais de saúde. É essencialmente nestas dimensões que as entrevistadas se basearam para evocar as suas opiniões.

Tal como nos diz, Machado et al. (2008, p. 23), *“A imigração constitui um desafio para os países civilizados mas a experiência acumulada não parece traduzir-se na adopção de boas práticas que possam ser aplicadas efectivamente para uma correcta integração local destas populações.”*. A comunicação veiculada pelos profissionais de saúde é de extrema importância, a qual é transversal a todos os utentes, mas de sobejá relevância neste grupo tão vulnerável, como são os imigrantes. Estabelecer uma relação empática e de confiança é peremptório para se proceder a um cuidar transcultural. Os profissionais de saúde, de forma a produzirem cuidados culturalmente sensíveis e coerentes, devem perceber os padrões de cultura de cada mulher, de modo a filtrar conceitos erróneos e que ponham em risco mãe e filho, bem como, aceitar a diferença, dando abertura a atitudes e comportamentos distintos do país de acolhimento, desde que sejam possivelmente praticáveis. O encontro profissional de saúde – utente tem que partir de um modelo de negociação. Deste encontro devem surgir práticas e representações da maternidade mutuamente aceitáveis e apropriadas, sendo estas, alicerçadas nas crenças e valores da utente. As orientações culturais de saúde da utente e as orientações de

cuidados de saúde do país de acolhimento devem ser convenientemente clarificadas, ponderadas, comparadas, e procuradas pontes de equilíbrio, de modo a produzir ganhos em saúde, sem prejuízo de não serem ajustadas às necessidades reais da utente.

As barreiras linguísticas estão muitas vezes presentes nestes encontros, há necessidade de recorrer a intérpretes verosímeis da comunicação veiculada, ou mesmo, a outras estratégias de comunicação, tais como mímicas, gestos, desenhos, o profissional de saúde tem que ser criativo. O prestador de cuidados de saúde transculturais deve ser também, perspicaz na percepção de sinais e pistas que a utente emana, no seu comportamento verbal e não verbal.

Existe sempre no encontro profissional de saúde – utente, um etnocentrismo dual, ou seja, o profissional de saúde avalia o outro ancorando-se nas suas concepções de saúde-doença e nas expectativas que tem dos utentes, e conjuntamente, o utente julga o profissional de saúde fundamentado nas expectativas que têm acerca destes, e nas suas crenças sobre os cuidados de saúde. Porém, é fulcral, os profissionais de saúde consciencializarem-se deste facto, de modo a distanciarem-se das suas próprias crenças e valores, da sua cultura, ao cuidar da mulher imigrante, não fazendo juízos valores, quando certas ideias e comportamentos por exemplo, lhes parecem bizarros e descontextualizados, estando assim abertos às diferenças culturais.

O profissional de saúde tem que perspectivar a utente como informadora cultural, é ela que lhe vai dar informações sobre a cultura que rege a sua conduta de vida. Deste modo previne-se a construção de estereótipos culturais, que muitas vezes nada têm a ver com a utente em questão.

Na educação para a saúde realizada pelos profissionais de saúde, devem-se envolver a família ou os promissores prestadores de cuidados à mãe e filho, por forma a ter um amplo conhecimento das necessidades reais da mulher e recém nascido, conseguindo assim, diminuir também, a clivagem entre culturas.

O contexto onde se protagoniza o encontro entre profissional de saúde e utente, também vai ter influência, nas tomadas de decisões e comportamentos dos seus intervenientes. A visitação domiciliária oferece ao profissional de saúde, a visão do habitat natural da

utente, a utente está no seu mundo, sendo uma mais valia, na correcta avaliação das necessidades de cuidados e nas suas formas de resolução.

É essencial, tal como nos afirma Ramos (2008, p.83), *“a adopção de modelos explicativos multifactoriais e interaccionistas em saúde. Só uma abordagem, multidimensional, interaccionista e ecológico-cultural permitirá ter em conta a complexidade dos processos que intervêm nas relações de saúde e doença, na diversidade das experiências e vivências psicológicas, culturais e sociais dos indivíduos e dos grupos e na sua adesão aos cuidados de saúde”*.

É importante assim, educar e formar os profissionais de saúde para a prestação de cuidados transculturais, as instituições devem promover e proporcionar formação aos prestadores de cuidados de saúde, nesta área, que urge ser trabalhada.

Tendo consciência, que o presente estudo não permite generalizações, como estudo qualitativo que é, seria interessante realizar outros estudos similares a este, aumentando o número de entrevistadas e alargando a outros países de origem. Só assim poder-se-á perceber certos padrões culturais na área do processo de maternidade da mulher imigrante, onde os estudos realizados actualmente, são tão reduzidos.



## **BIBLIOGRAFIA**

ABRUMS, Mary E.; LEPPA, Carol (2001) *Beyond Cultural Competence: Teaching about Race, Gender, Class, and Sexual Orientation*, “**Journal of Advanced Nursing**”, vol.40, (6), September, pp. 270 – 275

ACIDI - Alto Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (2004) **Nações Unidas recomendam políticas multiculturais** <http://www.acime.gov.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=516> Retirado a 4 de Março de 2008

ACIME - Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (2004) **Almas Feridas** <http://www.acime.gov.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=319> Retirado a 30 de Março de 2007

ACIME - Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (2005) **Imigração em Portugal. Informação útil** <http://www.acime.gov.pt> Retirado a 30 de Março de 2007

ACIME - Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (2007) **FIDH – Fluxos migratórios continuarão a aumentar** <http://www.acime.gov.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=1789> Retirado a 30 de Março de 2007

ACIME - Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (2007) **Filhos de imigrantes nascem com mais problemas de saúde** <http://www.acime.gov.pt/modules.php?name=News&file=article&sid=1344> Retirado a 30 de Março de 2007

AHLKVIST, M.; WIRFALT, E. (2000) Beliefs concerning Dietary Practices during Pregnancy and Lactation, “**Scand J Caring Sci**”, 14 pp. 105 -111

ALBINO, T. (1992) Algumas considerações antropológicas sobre a maternidade. In – **Perspectivas Antropológicas em Saúde Pública/Comunitária**. II Simpósio da Fundação N<sup>a</sup>. Sr<sup>a</sup>. Do Bom Sucesso,

AURÉLIO, Diogo (2001) Direitos individuais e multiculturalismo. In - **2<sup>a</sup> Conferência – Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental – Diversidade e Multiculturalidade**. Lisboa, ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada

BAGANHA, Maria I. (1998) Migrações internacionais de e para Portugal: o que sabemos e para onde vamos?, “**Crítica de Ciências Sociais**”, n<sup>o</sup> 52/53, Novembro 1998/Fevereiro 1999, pp. 229 – 280

BARDIN, I. (1977) **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Edições 70

BASTO, Marta Lima. (1998) **Da intenção de mudar à mudança: um caso de intervenção num grupo de enfermeiras**. Lisboa, Rei dos Livros.

BENNER, P. (2001) **De iniciado a perito**, Coimbra, Quarteto Editora

BECK, Diana, et al. (2004) **Cuidados ao Recém-Nascido. Manual de Consulta**. Washington, Saving the Children Federation

BOBAK, I.; et al. (1999) **Enfermagem na Maternidade**. 4<sup>a</sup> Ed., Loures, Lusociência

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. (1994) **Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto, Porto Editora.

BRAZELTON, T. Berry (1991) **Cuidando da família em crise**. São Paulo, Martins Fontes

BUTIAM CÓ, João Ribeiro (2007) Os “limites” da racionalidade migratória guineense: redes, capital social e determinantes sócio-culturais nas dinâmicas migratórias contemporâneas, “**SOCIUS Working Papers**”, N<sup>o</sup>4, SOCIUS – Centro de Investigação em Sociologia Económica e das Organizações

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela M.(1998) **Metodologia da Investigação – Guia para Auto Aprendizagem**. Lisboa, Universidade Aberta

CARMO, Hermano (2001) A educação intercultural: Uma estratégia para o desenvolvimento. In - **2ª Conferência – Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental – Diversidade e Multiculturalidade**. Lisboa, ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada

COLLINS, N.; et al. (1993) Social Support in Pregnancy: Psychosocial Correlates of Birth Outcomes and Postpartum Depression. “**Journal of Personality and Social Psychology**”, Vol 65, (6), pp. 1243-1258

COLMAN, L. L., COLMAN, A. D. (1994) **Gravidez: A Experiência Psicológica**. Lisboa, Edições Colibri

CORREIA, Maria de Jesus (1998) Sobre a maternidade, “**Análise Psicológica**”, Nº 3, (XVI), pp. 365-371

CRONIN, C. (2003) First-time Mothers – Identifying their needs, perceptions and experiences “**Journal of Clinical Nursing**”, 12 (2), Mar., pp. 260 - 267

DAVIDIDHIZAR, R., BROWNSON, K. (1999) Literacy, cultural diversity, and client education, “**The Health Care Manager**”, vol.18, (1), September, pp. 39 – 47 <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=1&retrievegroup=0&srchmode=5&vinsts=PRO>  
D... Retirado a 18 de Fevereiro de 2005

DAVIS-FLOYD, R.; BAER, H. A. (2005) **Alternative Health Care** <http://www.davis-floyd.com> Retirado a 12 de Fevereiro de 2008

DAVIS-FLOYD, R.; GEORGES, E. (1996) **On pregnancy** <http://www.davis-floyd.com> Retirado a 12 de Fevereiro de 2008

DE SANTIS, Lydia (2001) Making anthropology clinically relevant to nursing care, “**Journal of Advanced Nursing**”, vol.20, (4), October, pp. 707 – 715

ELIASON, Michele, J. (1993) Ethics and Transcultural Nursing Care, “**Nursing Outlook**”, Vol. 41, Nº 5, September/October, pp. 225-228

ESTEVES, António; AZEVEDO, José (1998) **Metodologias Qualitativas para as Ciências Sociais**. Porto, Instituto de Sociologia

FIGUEIREDO, Bárbara (2001) Perturbações psicopatológicas do puerpério. In - **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra, Quarteto Editora

FIGUEIREDO, Bárbara; et al. (2002) Experiência de parto: Alguns factores e consequências associadas, “**Análise Psicológica**”, N° 2, (XX), pp. 203-217

FIGUEIREDO, Bárbara (2003) Vinculação materna: Contributo para a compreensão das dimensões envolvidas no processo inicial de vinculação da mãe ao bebé, “**Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud**”, Vol. 3, N° 3, pp. 521-539

FONSECA, Maria Lucinda; et al. (2005) **Reunificação Familiar e Imigração em Portugal**. Lisboa, Alto-Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas (ACIME)

FORTIN, Marie F. (1999) **O Processo de investigação - Da concepção à realização**. Loures, Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda

GALANTI, Geri-Ann. (2004) **Caring for Patients from Different Cultures**. 3ª Ed. Philadelphia, UPP – University of Pennsylvania Press

GARCIA-MARQUES, Leonel (1999) O Estudo dos estereótipos e as novas análises do racismo. In – **Novos Racismos**. Oeiras, Celta Editora

GAUTHIER, Benoît (2003) **Investigação Social. Da problemática à colheita de dados**. 3ª Ed. Loures, Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda

GEORGE, L. (2005) Lack of preparedness: experiences of first-time mothers “**The American Journal of Maternal/Child Nursing**”, 30 (4) Jul/Aug, pp. 251 - 256

GIL, António Carlos (1989) **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 2ª Ed. São Paulo, Editora Atlas S.A.

GONÇALVES, S. (2005) **Ansiedade e Suporte Social em Grávidas Imigrantes**. Monografia, Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada

GRANT, L. F.; LETZNING, T. (2003) Status of cultural competence in nursing education: a literature review, “**Journal of Multicultural Nursing & Health**”, Vol. 9, N°2,

<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=2&srchmode=1&sid=17&vinst=PROD&fmt=4>

Retirado a 21 de Fevereiro de 2005

GREEN-HERNANDEZ, C.; et al. (2004) Making Nursing Care Culturally Competent, **“Holistic Nursing Practice”**, Vol. 18, N°4, Jul/Aug.

<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&sid=3srchmode=1&vinst=PROD&fmt=4&s>.

.. Retirado a 21 de Fevereiro de 2005

GUILLÉN, M.; et al. (2000) **Cuidados de Enfermería en Neonatología**. Madrid, Editorial Sintesis

HARVEY-VALLANDER, J. (1998) Becoming a mother was a difficult, multifactorial process **“Evidence Based Nursing”**, 1(1), Jan., pp.27 - 31

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. (INE) (2008) **Estatísticas Demográficas 2006**. Lisboa, INE

JENKO, M.; MOFFITT, S. (2006) Transcultural Nursing Principles **“Journal of Hospice and Palliative Nursing”**, vol. 8, nº 3, May/June, pp. 172 - 181

JOAQUIM, T. (1983) **Dar À Luz. Ensaio sobre as práticas e crenças da gravidez, parto e pós-parto em Portugal**. Lisboa, Publicações Dom Quixote

KITZINGER, Sheila (1978) **Mães – Um Estudo Antropológico da Maternidade**. Lisboa, Editorial Presença/Martins Fontes

LEA, A. (1994) Nursing in today’s multicultural society: a transcultural perspective, **“Journal of Advanced Nursing”**, vol.20, (2), August, pp. 307 – 313

LEAL, Isabel; SOUSA, Eunice (2008) A Importância do Apoio Social no Processo de Adaptação à Maternidade, **“Pensar Enfermagem”**, vol.12, nº1 1º Semestre, pp. 34 – 40

LEININGER, Madeleine (2001) **Culture Care Diversity e Universality - A Theory of Nursing**. Mississauga, National League for Nursing

LEITÃO, José (2001) Multiculturalidade, diálogo intercultural e cidadania. In - **2<sup>a</sup> Conferência – Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental – Diversidade e Multiculturalidade**. Lisboa, ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada

LILADAR, C.; NOVAIS, G. (1998) **Cuidar em situação de multiculturalidade: percepção dos enfermeiros sobre o cuidar face à grávida de cultura diferente**. Lisboa, Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende

LOPES, L. M. M. C. (2005) **Gravidez e Seropositividade em Mulheres Imigrantes na Região de Lisboa**. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa, Universidade Aberta

LOWDERMILK, D.; et al. (2002) **O Cuidado em Enfermagem Materna**. 5<sup>a</sup> Ed., Loures, Lusociência

LOZOFF, B.; et al. (1988) Childbirth in cross-cultural perspective, “**Marriage and Family Review**”, 12, (3-4), pp. 35-60

MACHADO, M. Céu; et al. (2006) **Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes**. Lisboa, Laboratórios Bial

MC CURDY, David (1994) **The Rituals of American Hospital Birth** <http://www.davis-floyd.com> Retirado a 12 de Fevereiro de 2008

MCLACHLAN, H.; FORSTER, D. (2006) Inicial breastfeeding attitudes and practices of women born in Turkey, Vietnam and Austrália after giving birth in Austrália, “**International Breastfeeding Journal**” 1:7  
<http://internationalbreastfeedingjournal.com/content> Retirado a 12 de Fevereiro de 2008

MARINHEIRO, P. P. (2002) **Enfermagem de Ligação: Cuidados Pediátricos no Domicílio**. Coimbra, Quarteto Editora

MARTINS, Eva; SILVA, José (2001) Cultura(s) e diversidade. In - **2<sup>a</sup> Conferência – Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental – Diversidade e Multiculturalidade**. Lisboa, ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada

MELO, Rosa (2005) **De Menina a Mulher – Iniciação Feminina entre os Handa no Sul de Angola**. Lisboa, Editora Ela por Ela

MONTEIRO, Ana P. V. (2005) Multiculturalismo e Cuidados de Enfermagem, “**Pensar Enfermagem**”, vol.9 nº1 1º Semestre, pp. 48 – 57

MONTEIRO, C. A. (1997) **Comunidade Imigrada: Visão Sociológica – O caso da Itália**. São Vicente, Gráfica do Mindelo

MONTEIRO, I. R. A. dos M. (2005) **Ser Mãe Hindu**. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa, Universidade Aberta

NEVES, L. (1999) Enfermagem e Multiculturalidade, “**Informar**”, Nº 19, Outubro/Dezembro, pp. 21 – 24

ORNELAS, José (2001) Diversidade e desenvolvimento comunitário. In - **2ª Conferência – Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental – Diversidade e Multiculturalidade**. Lisboa, ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada

PESTANA, M. T. A. T. (1995) **A Formação dos Enfermeiros e a Educação para a Saúde num Contexto Multicultural**. Tese de Mestrado em Relações Interculturais, Lisboa, Universidade Aberta

PHAHUWATANAKORN, W. (2004) **The relationships between social support, maternal employment, postpartum anxiety, and maternal role competencies in Thai primiparous mothers**. Doctoral Dissertation – Research, Catholic University of America

PHILLIPS, Debby. A. (2000) Language as Constitutive: Critical Thinking for Multicultural Education and Practice in 21st Century, “**Journal of Advanced Nursing**”, vol.39, (8), August, pp. 365 – 372

PINHEIRO, C.; et al. (2003) **Diciopédia 2004**. Porto Editora Multimédia

PINTO, I. M. R. C. (1999) **O Comportamento Cultural dos Macaenses Perante o Nascimento**. Tese de Mestrado em Relações Interculturais, Macau, Universidade Aberta Internacional da Ásia

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette (1995) **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª Ed., Porto Alegre, Artes Médicas

PONTES, F. (2002) Enfermagem Transcultural: Um Subcampo a Explorar, “**Revista Sinais Vitais**”, Nº 44, Setembro, pp. 59 – 66

QUIVY, Raymond (2003) **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 3ª Ed., Lisboa, Gradiva.

RAMOS, Maria da Conceição (2008) Impactos Demográficos e Sociais das Migrações Internacionais In - **Saúde, Migração e Interculturalidade**. João Pessoa, Editora Universitária da UFPB

RAMOS, Natália (1993) **Maternage en milieu portugais autochtone et immigré de la tradition á la modernité. Une étude ethnopsychologique**. Tese de Doutoramento em Psicologia, Paris, Universidade René Descartes

RAMOS, Natália (2001) Comunicação, cultura e interculturalidade: para uma comunicação intercultural, “**Revista Portuguesa de Pedagogia**”, Ano 35, nº 2, pp. 155-178

RAMOS, Natália (2003) Etnoteorias do Desenvolvimento e Educação da Criança. Uma Perspectiva intercultural e Preventiva. In - **Psicologia, Sociedade e Bem Estar**. Leiria, Ed. Diferença

RAMOS, Natália (2004) **Psicologia Clínica e da Saúde**. Lisboa, Universidade Aberta

RAMOS, Natália (2007) Comunicação e Interculturalidade nos cuidados de saúde, “**Psychologica**”, nº 45, pp. 147-169

RAMOS, Natália (2008) **Saúde, Migração e Interculturalidade**. João Pessoa, Editora Universitária da UFPB

RELVAS, A. P.; ALARCÃO, M. (2002) **Novas Formas de Família**. Coimbra, Quarteto

ROCHA-TRINDADE, Maria Beatriz (1995) **Sociologia das Migrações**. Lisboa, Universidade Aberta

ROSA, A.; et al. (2002) **A imigração em Portugal**. Lisboa, SOS RACISMO

RUDNICKI, T. (2007) **Resiliência e o trabalho do psicólogo hospitalar: considerações iniciais**

[http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151608582007000200010&lng=en&nrm=iso](http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151608582007000200010&lng=en&nrm=iso) Retirado a 28 de Outubro de 2008

RUTTER, M. (1989) Pathways from childhood to adult life, “**Journal of Child Psychology & Psychiatry**”, 30, pp. 23 – 51

RUTTER, M. (1991) **Some conceptual considerations. Fostering Resilience Conference**. Washington, Institute for Mental Health Initiatives

RUSSO, H.; SOEIRO, A.. (2007) **Imigrantes de Leste. Vivências diferentes num espaço comum**. Azeitão, Autonomia 27, Lda

SALMERON L. (1998) **First time mothers’ educational needs related to infant caretaking and self-care**. Doctoral Dissertation – Research, Oklahoma State University

SALOMÉ, Jacques (1999) Construire une famille ou apprendre à être parents aujourd’hui, “**Cahiers de la Puericultrice**”, N°.144, Décembre, pp. 35 – 37

SEF- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2003) **Relatório de Actividades 2003. Imigração, Fronteiras e Asilo** <http://www.sef.pt/portal/v10/PT/asp/page.aspx> Retirado a 5 de Março de 2008

SEF- Serviço de Estrangeiros e Fronteiras (2006) **Relatório de Actividades 2006. Imigração, Fronteiras e Asilo** <http://www.sef.pt/portal/v10/PT/asp/page.aspx> Retirado a 5 de Março de 2008

SELLTIZ, W. C. (1987) **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. 2ª Ed., São Paulo, EPU

SHAIK, Olivia A. S. (2004) **Como el estrés afecta a los emigrantes** [http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo\\_s.asp?texto=art43001](http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art43001) Retirado a 30 de Março de 2007

SINGH, D. (2002) The information needs of first-time pregnant mothers “**British Journal of Midwifery**”, 10 (1) Jan. pp. 54 - 62

SOARES, Isabel (2001) Vinculação e Cuidados Maternos. In - **Psicologia da Gravidez e da Maternidade**. Coimbra, Quarteto Editora

SOMMER, Sheryl (2001) Multicultural Nursing Education, “**Journal of Advanced Nursing**”, vol.40, (6), Septembert, pp. 276 – 278

SOUSA, José E (2003) **A Oeste do Paraíso: Os imigrantes ucranianos em Portugal**. Tese de Mestrado em Relações Interculturais, Lisboa, Universidade Aberta

ST. CLAIR, A.; MCKENRY, L. (1999) Preparing Culturally Competent practitioners, “**Journal of Nursing Education**”, Vol. 38 N°5, May, pp. 228 – 234

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. (2002) **Investigação Qualitativa em enfermagem: - avançado imperativo humanista**. Lisboa, Lusociência.

TITIEV, Misha (1963) **Introdução à Antropologia Cultural**. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian

TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. (2002) **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra**. 5ª Ed., Loures, Lusociência

TUBERT, S. (1996) **Mulheres sem Sombra – Maternidade e novas tecnologias reprodutivas**. Rio de Janeiro, Editora Rosa dos Tempos

UNESCO (2002) **Declaração Universal sobre a Diversidade Cultural** <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001271/127160por.pdf> Retirado a 28 de Fevereiro de 2008

UNESCO (2005) **Convenção sobre a protecção e a promoção da diversidade das expressões culturais** [http://www.unesco.pt/cgi-bin/cultura/docs/cul\\_doc.php?idd=17](http://www.unesco.pt/cgi-bin/cultura/docs/cul_doc.php?idd=17)

Retirado a 4 de Março de 2008

VALA, J. (1996) Análise de Conteúdo In – **Metodologias das Ciências Sociais**. 9ª Ed., Porto, Edições Afrontamento

VIANNA, Carlos (2001) A Casa do Brasil de Lisboa e os brasileiros em Portugal. In - **2ª Conferência – Desenvolvimento Comunitário e Saúde Mental – Diversidade e Multiculturalidade**. Lisboa, ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada

WIKIPÉDIA **Angola** [www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com) Retirado a 20 de Abril de 2007

WIKIPÉDIA **Brasil** [www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com) Retirado a 20 de Abril de 2007

WIKIPÉDIA **Guiné-Bissau** [www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com) Retirado a 20 de Abril de 2007

WIKIPÉDIA **Moçambique** [www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com) Retirado a 20 de Abril de 2007

WIKIPÉDIA **Moldávia** [www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com) Retirado a 20 de Abril de 2007

WIKIPÉDIA **Roménia** [www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com) Retirado a 20 de Abril de 2007

WIKIPÉDIA **Ucrânia** [www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com) Retirado a 20 de Abril de 2007

WHALEY, L.; WONG, D. (1989) **Enfermagem Pediátrica. Elementos essenciais à intervenção efetiva**. 2ª Ed., Rio de Janeiro, Editora Guanabara

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO (1998) **Pospartum Care of the Mother and Newborn. A practical guide**. Geneva, World Health Organization

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO (2006) **Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice**. Geneva, World Health Organization



## **ANEXOS**



## **ANEXO I – GUIÃO DA ENTREVISTA**



**ANEXO II – DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DA ENTREVISTA**



## GUIÃO DA ENTREVISTA

### Objectivos da entrevista:

- Compreender de que modo é vivenciada a adaptação/aculturação da mãe imigrante face aos cuidados ao seu filho, no período neonatal
- Identificar os dados sócio demográficos da mãe do recém nascido, em contexto de imigração
- Verificar de que forma a cultura de origem da mãe, e, a do país de acolhimento, condicionam os cuidados ao seu filho, no período neonatal, em contexto de imigração
- Analisar a influência, da intervenção de Enfermagem na adaptação/aculturação da mãe face aos cuidados ao seu filho, no período neonatal, em contexto de imigração

**Local da entrevista:** \_\_\_\_\_

**Data da realização da entrevista:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Hora de início:** \_\_\_\_\_

**Hora de terminus:** \_\_\_\_\_

### **1ª PARTE – LEGITIMAÇÃO DA ENTREVISTA**

- Informação sobre os objectivos da entrevista e duração.
- Pedir autorização para gravar e assegurar confidencialidade e anonimato.

### **2ª PARTE – IDENTIFICAÇÃO DOS DADOS SOCIO DEMOGRÁFICOS**

<b>Questões</b>	<b>Indicadores</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Data de nascimento</li><li>✓ Nacionalidade</li><li>✓ Naturalidade</li><li>✓ Local de residência</li><li>✓ Agregado familiar</li><li>✓ Genograma familiar</li><li>✓ Habilitações literárias</li><li>✓ Profissão / Ocupação</li><li>✓ Crenças religiosas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Caracterização da amostra</li></ul>

### **3ª PARTE – IDENTIFICAÇÃO DO PERCURSO MIGRATÓRIO**

<b>Questões</b>	<b>Indicadores</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Tempo de residência em Portugal</li><li>✓ Locais que residiu antes de vir para Portugal</li><li>✓ Razões da vinda para Portugal</li><li>✓ Locais que residiu em Portugal</li><li>✓ Dificuldades sentidas na chegada a Portugal e de que forma as ultrapassou</li><li>✓ Aspectos/acontecimentos significativos (positivos e negativos) nos primeiros dois anos em Portugal</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Percurso migratório</li><li>✓ Adaptação / aculturação</li><li>✓ Suporte social</li><li>✓ Resiliência</li></ul>

**4ª PARTE – INTERACÇÃO ENTRE CULTURA DE ORIGEM E CULTURA DO PAÍS DE ACOLHIMENTO**

<b>Questões</b>	<b>Indicadores</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aspectos mais importantes da cultura de origem e o que tenta preservar. Porquê.</li> <li>✓ Participação em actividades culturais e sociais da cultura de origem</li> <li>✓ Aspectos onde a cultura portuguesa exerceu mais influência</li> <li>✓ Relacionamento com os portugueses</li> <li>✓ Participação em actividades culturais e sociais com os portugueses</li> <li>✓ Que aspectos da cultura de origem tenta passar aos mais novos. Porquê.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aspectos: Língua (língua que fala com os familiares, nomeadamente os filhos), vestuário, alimentação, rituais, festas, religião, educação e cuidados com os filhos e familiares</li> <li>✓ Aculturação</li> </ul>

**5ª PARTE – MATERNIDADE E CUIDADOS AO RECÉM NASCIDO NO PAÍS DE ORIGEM**

<b>Questões</b>	<b>Indicadores</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conceito da maternidade, como é visto o aborto</li> <li>✓ Cuidados durante a gravidez</li> <li>✓ Importância do sexo da criança</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alimentares, higiene, rituais, medicina popular, crenças, desejos, hábitos de trabalho, vigilância de saúde, interditos durante a gravidez</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cuidados durante o parto</li>   <li>✓ Cuidados no pós parto</li>   <li>✓ Cuidados ao recém nascido nas seguintes dimensões: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aleitamento materno</li>   <li>▪ Cuidados de higiene</li>   <li>▪ Relação/vinculação precoce</li>   <li>▪ Estimulação precoce</li>     <li>▪ Sono e repouso</li>   <li>▪ Cuidados de saúde</li>     <li>▪ Crenças</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Simbolismo da dor, acompanhamento, posições, local, quem faz o parto, indução, hora, rituais, crenças, superstições, práticas e farmacopeia para facilitar o parto</li>   <li>✓ Alimentação, repouso, higiene, medicina popular, rituais, crenças, interditos neste período, vigilância de saúde</li>   <li>▪ Aleitamento materno (horário, técnica, a partir de que altura, até que idade) ou substituto. Práticas para aumentar o leite e para a resolução de problemas</li> <li>▪ Banho, coto umbilical, massagem, utilização de óleos, vestuário</li> <li>▪ Principal cuidador do recém nascido, papel da mãe e do pai</li> <li>▪ Conhecimento das competências do recém nascido, demonstrações afectivas, estimulação visual (face dos pais, contacto olho com olho, objectos coloridos), auditiva (cantar, música, falar), táctil (toque, a massagem, contacto pele com pele, formas de transportar a criança), olfactiva (aplicação de alguma essência, compressa com leite da mãe) e gustativa (utilização de chucha, leite da mãe ou outros líquidos). Quem habitualmente estimula o recém nascido</li> <li>▪ Horário, local onde dorme o recém nascido (berço, cama dos pais, quarto dos pais ou outro), modo de embalar</li> <li>▪ Vigilância e vacinação, saberes familiares para preservar a saúde do recém nascido, farmacopeia utilizada para a resolução de alguns problemas e quais, sinais de alarme para recorrer aos serviços de saúde</li> <li>▪ Rituais, superstições, práticas (relativamente ao primeiro banho, ao vestuário, ao sexo da criança), interdições, festas, objectos mágico religiosos</li> </ul>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Participação da família e do pai nos cuidados ao recém nascido</li> <li>✓ Ensino e educação dos filhos</li> </ul>	
--	--

**6ª PARTE – A MATERNIDADE E OS CUIDADOS AO RECÉM NASCIDO**  
VIVENCIADOS PELA MÃE IMIGRANTE NO PAÍS DE ACOLHIMENTO

<b>Questões</b>	<b>Indicadores</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ O que é que pensou e fez juntamente com a sua família, para se manter saudável durante esta gravidez. E o que achou que não deveria fazer.</li> <li>✓ Por quem quis ou queria estar acompanhada durante o parto</li> <li>✓ O parto aconteceu conforme esperava</li> <li>✓ Relate-nos a sua experiência durante o período em que esteve a maternidade</li> <li>✓ Que atitudes tomou para melhorar a sua saúde e a do seu bebé desde o nascimento até esta altura</li> <li>✓ Como é que os outros membros da família participaram na gravidez, no parto e agora na paternidade <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quem toma normalmente conta do bebé. Durante a semana e ao fim de semana</li> <li>▪ Quem a ajuda com o bebé habitualmente e às vezes</li> <li>▪ Quem ajuda financeiramente nas despesas com o bebé</li> <li>▪ Quem toma as decisões importantes relacionadas com o bebé</li> <li>▪ Quem prepara o leite</li> <li>▪ Quem muda a fralda</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alimentares, higiene, rituais, medicina popular, crenças, desejos, hábitos de trabalho, vigilância de saúde, interditos durante a gravidez</li> <li>✓ Simbolismo da dor, acompanhamento, posições, local, quem faz o parto, indução, hora, rituais, crenças, superstições, práticas e farmacopeia para facilitar o parto</li> <li>✓ Dificuldades sentidas</li> <li>✓ Apoio da equipa de saúde/estratégias para a educação</li> <li>✓ Sentimentos que envolveram a experiência</li> <li>✓ Alimentação, repouso, higiene, medicina popular, rituais, crenças, interditos neste período, vigilância de saúde</li> <li>✓ Cuidados ao recém nascido nas dimensões: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aleitamento materno</li> <li>▪ Cuidados de higiene</li> <li>▪ Relação/vinculação precoce</li> <li>▪ Estimulação precoce</li> <li>▪ Sono e repouso</li> <li>▪ Cuidados de saúde</li> <li>▪ Crenças</li> </ul> </li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quem lhe dá banho</li> <li>▪ Quem o vai ver quando chora à noite</li> <li>▪ Quem cuida da sua roupa</li> <li>▪ Quem o leva a passear</li> <li>▪ Quem brinca mais com ele</li> <li>▪ O bebé vai às consultas médicas e de enfermagem. Quem o leva</li> <li>▪ Quando tem algum problema ou dificuldade com o bebé com quem pode contar e pedir ajuda ou conselho</li> <li>▪ Como é um dia típico do bebé</li> </ul> <p>✓ Já em casa, que tipo de informação obteve relativamente aos cuidados ao recém nascido</p>	<p>✓ Que tipo de informação foi fornecida</p> <p>✓ Quem prestou a informação</p>
---	--

**7ª PARTE – INFLUÊNCIA DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NOS CUIDADOS A PRESTAR AO RECÉM NASCIDO**

<b>Questões</b>	<b>Indicadores</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ O que esperava, e a sua família também, dos enfermeiros que cuidaram de si, durante a gravidez, no período em que esteve na maternidade e depois de ir para casa</li> <li>✓ Corresponderam às suas expectativas. Porquê</li> <li>✓ Se pudesse escolher, que tipo de informação/apoio gostaria de ter tido durante a gravidez, na maternidade e depois de ir para casa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Enfermagem transcultural</li> <li>✓ Representação social dos enfermeiros por parte da mãe imigrante</li> <li>✓ Necessidades sentidas</li> <li>✓ Estratégias de educação para a saúde mais valorizadas pela mãe imigrante</li> <li>✓ Políticas e estratégias para a saúde</li> <li>✓ Suporte social</li> </ul>



### **CONSENTIMENTO INFORMADO**

Maria João Pereira Sopa, enfermeira graduada, a desempenhar funções no serviço de Obstetrícia do Hospital de Reynaldo dos Santos e actualmente a frequentar o VI Mestrado em Comunicação em Saúde da Universidade Aberta, está a realizar um estudo de investigação cujo tema é “Os cuidados maternos ao recém nascido em contexto multicultural e migratório”.

Confirmo que expliquei à entrevistada de forma clara e esclarecida os objectivos do estudo e a sua finalidade.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007

### **CONSENTIMENTO INFORMADO**

Confirmo que fui informada e esclarecida do âmbito da entrevista, bem como dos seus objectivos e finalidade, pelo que me disponibilizo para nela participar. Os dados obtidos serão exclusivamente para fins académicos e científicos. Mais afirmo que até à consecução do estudo, posso decidir retirar a minha participação.

Autorizo ainda a recolha de imagens, também para fins de investigação e/ou ensino.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007