



# sexualidade planeamento familiar

**ADF**

ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA

nº **52/53**



Pág. **4** A Mulher com Obesidade:  
que vivência da sexualidade?

Pág. **10** Experiências de mães  
e pais adolescentes

Pág. **18** O Follow Up Contraceptivo Após  
Interrupção Voluntária da Gravidez

Pág. **23** Descendências  
numerosas

Pág. **28** Violência Sexual  
Sexualidade versus Gênero

Pág. **40** A IVG vista pelos  
Profissionais de Saúde



# sexualidade planeamento familiar

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <b>Director</b>           | José Pacheco   |
| <b>Coordenadora</b>       | Elisa Guerreiro  |
| <b>Conselho Editorial</b> | Ana Nunes de Almeida (Sociologia)<br>António Manuel Marques (Sociologia)<br>Conceição Brito Lopes (Direito)<br>David Rebelo (Ginecologia/Obstetrícia)<br>Duarte Vilar (Sociologia)<br>Dulce Morgado Neves (Sociologia)<br>Francisco Allen Gomes (Sexologia)<br>Gabriela Moita (Psicologia, Educação e Sexologia)<br>João Dória Nóbrega (Ginecologia/Obstetrícia) |
| <b>Propriedade</b>        | APF - Associação para o Planeamento da Família   |
| <b>Redacção e Sede</b>    | Rua da Artilharia Um 38 - 2ª dt, 1250-040 Lisboa<br>Tel. 21 385 39 93   Fax 21 388 73 79<br>apfportugal@mail.telepac.pt  |
| <b>Design e Produção</b>  | Ideias Virtuais<br>Rua Acácio de Paiva, 16 - 2ª esq, 1700-006 Lisboa<br>Tel. 21 845 13 90   Fax 21 845 13 91<br>ideiasvirtuais@ideiasvirtuais.pt   |
| <b>Fotografia de Capa</b> | Lara Santos, Técnica da APF Algarve com utente da<br>Unidade Móvel   |
| <b>Registo</b>            | 106 347  |
| <b>Depósito Legal</b>     | 74683/94   |
| <b>ISSN</b>               | 0872 - 7023  |
| <b>Tiragem</b>            | 3200 exemplares  |
| <b>Preço de Capa</b>      | €2,5   |
| <b>Assinatura Anual</b>   | €9 - Particulares<br>€15 - Instituições  |

# Sumário

nº52/53 • Janeiro/Junho 2009

## Editorial

1 *José Pacheco*

## Actual

2 Cairo +15 - *Duarte Vilar*

4 A Mulher com Obesidade: que vivência da sexualidade? –  
Um estudo de Caso – *Catarina Moisão, Helena Germano*

10 Experiências de mães e pais adolescentes – *Ludmila  
Fernandes*

18 O *Follow Up* Contraceptivo Após Interrupção Voluntária  
da Gravidez – *Marta Fragoeiro*

23 Filhos a mais: descendências numerosas e a questão do  
(não) planeamento dos nascimentos – *Vanessa Cunha*

28 Discursos genderizados sobre a sexualidade e a violência  
sexual – *Sónia Martins, Carla Machado*

40 A IVG vista pelos profissionais de Saúde - apresentação dos  
principais resultados de um inquérito realizado aos Serviços de  
Saúde – *Equipa da Linha Opções*

46 Caracterização dos Comportamentos Sexuais dos  
Adolescentes que frequentam o



Olá Jovem – *Patrícia Mira Granja*

## Internacional

55 Visita de Trabalho à Guiné-Bissau

57 O Fundo para a Saúde, Escolhas e Direitos – uma  
resposta inovadora e multi-stakeholder ao desafio do  
financiamento

A revista Sexualidade e Planeamento Familiar publica artigos e notas de investigação ou debate nos domínios ligados à saúde sexual e reprodutiva e à actividade da APF. Os originais podem ser enviados em disquete ou por email, não devendo ultrapassar os 19 500 caracteres. Os artigos deverão ter indicação do(s) nome(s) do(s) autor(es), referência ao seu estatuto profissional e contacto para correspondência.

As referências bibliográficas (apenas as citadas no texto) deverão ser indicadas por ordem alfabética no final do texto, obedecendo às seguintes normas:

López, F.; Fuertes, A. (1999) *Para Compreender a Sexualidade*. Lisboa: APF.

Gomes, F. A. (1987). A sexualidade na segunda metade da vida. In F. Allen Gomes; Afonso de Albuquerque; J. Silveira Nunes (Coords.) *Sexologia em Portugal*, vol I (pp. 94-103). Lisboa: Texto Editora.

Savin-Williams, R. C.; Diamond, L. M. (2000) Sexual identity trajectories among sexual minority youths: gender comparisons. *Archives of Sexual Behaviour*, 29 (6), 607-627.

A equipa editorial reserva o direito de, com conhecimento e anuência dos autores, proceder a alterações ou adaptações do texto ou das figuras e quadros dos artigos para publicação.

# Editorial

José Pacheco [Vice-Presidente da APF, Director da Revista  
"Sexualidade e Planeamento Familiar"]

Este número caracteriza-se pela diversidade de temáticas abordadas – a IVG, a parentalidade, a mulher e os comportamentos sexuais dos adolescentes.

A questão da **IVG** foi abordada em dois interessantes trabalhos – um de Marta Fragoeiro sobre boas práticas, ao nível do *follow-up* contraceptivo, onde se verifica que, apesar disso, cerca de 10% das mulheres escapa a essas meritórias medidas; outro, da Equipa da Linha Opções que, num inquérito preliminar e exploratório aos diversos serviços de saúde onde se pratica a IVG, se perfilam algumas questões pertinentes nesta matéria, apesar de só um terço das instituições abordadas ter contribuído para o estudo.

A segunda questão – **a parentalidade** – surge equacionada em dois artigos. Vanessa Cunha, analisando a questão dos «filhos a mais» verificou que essa problemática surge, predominantemente, nos contextos sociais mais desfavorecidos. Não é raro encontrar, no estreito segmento da classe mais alta da sociedade, famílias com muitos filhos mas, provavelmente, não consideram que sejam «a mais». Ludmila Fernandes, investigando as mães e os pais adolescentes, delineou cinco **ideais-tipo** de parentalidade, na adolescência (cooperante, desprotegida, autónoma, frágil e demitida) que se interconectam com os impactos, dessa condição, no plano académico, profissional e de percurso de vida.

A terceira questão – **a mulher** – é analisada, de igual modo, em dois artigos. Um primeiro, onde, Sónia Martins e Carla Machado, realizam uma bem documentada revisão da literatura sobre os «discursos (sobre a mulher) genderizados sobre a sexualidade e a violência sexual». Inclui *sobre a mulher* porque, a meu ver, exis-

tem também discursos genderizados sobre o homem e estes não estão ao abrigo de também serem vítimas de violência sexual e relacional. Um segundo, um estudo exploratório sobre a forma como a mulher obesa vivencia a sexualidade, admitindo-se que comer possa ser uma modalidade de evitar o sexo ainda que outras formas possam ser perfiladas no domínio das hipóteses – às vezes porque comer em excesso pode ser um reflexo da falta de sexo ou de amor ou outras porque, não se sentindo bem com o corpo e com a imagem, sentem que ninguém as desejará sexualmente.

A última questão – **os comportamentos sexuais dos adolescentes** – foi estudada por Patrícia Granja, a partir de uma amostra recolhida no centro de atendimento *Olá Jovem*. Sendo uma amostra por natureza enviesada, na medida em que não foi recolhida aleatoriamente na população em geral, não deixa de ser relevante para conhecermos melhor a sexualidade dos adolescentes que procuram os centros de atendimento.

A todas as autoras as minhas felicitações pela qualidade dos trabalhos apresentados.

A todos desejos sinceros de boas férias.

# Cairo +15

Duarte Vilar (Sociólogo, Director Executivo da APF)

Comemora-se este ano o 1º aniversário sobre a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), que foi organizada pelas Nações Unidas e se realizou no Cairo em 1994. Esta Conferência foi um marco nos Direitos Sexuais e Reprodutivos. Ao contrário das conferências anteriores, muito centradas nos cenários demográficos e nas discussões das políticas demográficas, a CIPD foi um importantíssimo fórum de debate internacional sobre Saúde Sexual e Reprodutiva e sobre Direitos Humanos (Sexuais e Reprodutivos) onde se confrontaram claramente diferentes posicionamentos éticos e políticos nestas matérias.

O Plano de Acção do Cairo representou uma vitória das posições defensoras dos direitos sexuais e reprodutivos sobre posições mais conservadoras e retrógradas nestas temáticas. Este Plano constituiu um novo consenso mundial nas prioridades de acção em termos de questões como a saúde sexual e reprodutiva da Mulher, a saúde e os direitos dos jovens, o papel dos homens, o combate à SIDA, a promoção e a igualdade de oportunidades entre homens e mulheres.

As décadas seguintes foram décadas difíceis, muito marcadas pela política da Administração Bush, que muitas vezes transformou a implementação do Plano de Acção do Cairo em palcos de discussão ideológica perfeitamente estéreis.

Mas mesmo estando longe dos compromissos que praticamente todos os países do planeta firmaram, o Plano de Acção esteve na base quer de mudanças legislativas e políticas muito importantes, no plano dos direitos sexuais e reprodutivos, quer no plano da mobilização dos recursos internacionais para o apoio a

programas e serviços de planeamento familiar, sobretudo nos países mais pobres.

Em Portugal, estes 15 anos foram igualmente marcados por importantes debates públicos em questões como a IVG ou a educação sexual, mas foram também anos de significativos progressos em termos do acesso à contraceção, na prevenção e no combate à SIDA, na elaboração dos planos para a Igualdade, ou de luta contra a violência e, mais recentemente, no acesso ao aborto legal a pedido das mulheres.

A política externa portuguesa, nomeadamente no âmbito da Cooperação e Ajuda ao Desenvolvimento estava, há 15 anos, muito afastada destes temas e, por exemplo, a contribuição portuguesa para o FNUAP – Fundo das Nações Unidas para a População era simbólica.

A nossa Associação, tem tido, sobretudo desde 1998, um importante papel na mudança desta situação, colaborando com os organismos governamentais na integração destas temáticas no discurso, nas políticas e nos planos da Cooperação Portuguesa, e na pressão para que Portugal honre os compromissos que assumiu no Cairo, em termos da ajuda financeira internacional aos programas de Saúde Sexual e Reprodutiva. É com satisfação que podemos afirmar que, em parte, esta mudança já foi alcançada.

## EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS

Foi já aprovada pela Comissão de Educação da Assembleia da República um novo projecto de lei que define a integração da educação sexual nas escolas.

A nova lei define a educação sexual como um direito das crianças e dos jovens portugueses e estabelece um programa mínimo de 12 horas/ano.

Define também como é que as escolas devem integrar a educação sexual, de forma a que este direito exista de facto e não só no papel, como temos visto desde 1984.

Apenas dois comentários – o projecto colheu apoio de alguns partidos políticos enquanto outros votaram contra, o que aliás tinha já acontecido na aprovação da Lei 120/99, sobre este mesmo tema. Esperamos que a nova lei contribua de facto para alcançar este direito adiado e esperamos que, mais tarde, os partidos que agora votaram contra, não venham dizer, como já mais de uma vez o fizeram sempre que se discutiu a questão do aborto, que o problema afinal estava na falta de educação sexual...

O segundo comentário é que teria sido desnecessário que a Assembleia da República votasse uma lei que operacionaliza a introdução da educação sexual nas escolas. Mas se o teve de fazer, e em boa hora o fez, tal se deve à profunda inércia do Ministério da Educação nesta área educativa. De facto, desde Setembro de 2007, que as propostas de Daniel Sampaio e do GTES têm andado perdidas nas gavetas do Ministério à espera, não sabemos de quê!

#### **PARABÉNS À SOCIEDADE PORTUGUESA DE SEXOLOGIA CLÍNICA**

Damos agora os parabéns à Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica (SPSC) que acaba de celebrar o seu 25<sup>o</sup> Aniversário, com novos corpos directivos e muitos projectos de actividade.

As sociedades sexológicas têm sido, desde sempre, companheiras de acção das associações de planeamento familiar. A promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva que inclui questões como o acesso à contraceção (que é, antes de tudo, um instrumento essencial para uma vivência gratificante da sexualidade), a educação sexual, as abordagens integradas dos problemas na vivência da sexualidade, esteve sempre na base desta proximidade.

As questões dos direitos sexuais e reprodutivos, nomeadamente o direito essencial à expressão da sexualidade, sem coerção, sem discriminação e sem exploração, têm sido uma plataforma ética e política que tem unido estes movimentos.

Em Portugal não se fugiu à regra. Muitos dos fundadores da SPSC eram voluntários da APF, muitos dirigentes e voluntários da APF foram e são dirigentes e membros da SPSC.

Aqui fica também o desafio para que esta nossa parceria se reforce e frutifique.

#### **ESTUDAR A IVG NO PÓS REFERENDO**

Por último, publicamos pela primeira vez, neste número da revista, dois estudos sobre a IVG em Portugal no pós-referendo.

A revista da APF continua a cumprir um papel essencial e inovador que, de resto e como vimos na edição anterior, tem procurado, desde a sua origem em 1978, conhecer melhor a realidade da Saúde Sexual e Reprodutiva para nela melhor se intervir e, por outro lado, contribuir para desconstruir mitos, ideias feitas sobre diversas matérias das nossas áreas de actuação, neste caso a IVG.

# A Mulher com Obesidade: que vivência da sexualidade? Um estudo de Caso

**Catarina Moiso** (Psicóloga Clínica, AMETIC - Apoio Móvel Especial à Terceira Idade e Convalescentes)

**Helena Germano** (Terapeuta da Fala, Psicóloga e Mestre em Psicossomática, Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal)

## RESUMO

A ideia central deste estudo exploratório foi a de compreender como é que as mulheres com obesidade experienciam e vivenciam a sua sexualidade e ainda de que forma é que a sexualidade e a obesidade se influenciam. O estudo teve duas participantes e foi utilizada uma metodologia qualitativa de estudo de caso, sendo os instrumentos a entrevista semi-directiva e a prova projectiva de Rorschach. A recolha obtida nas entrevistas incidiu sobre os antecedentes pessoais (infância e adolescência), os acontecimentos relacionais marcantes, a história actual e a história de sexualidade de cada uma destas mulheres. A prova projectiva constituiu-se como meio auxiliar das entrevistas na compreensão da vivência do corpo, da imagem e da sexualidade.

Conclui-se que ambas as mulheres vivenciam a sua obesidade com sofrimento e angústia corporal e que esta por sua vez afecta a sua sexualidade.

**Palavras-Chave:** *obesidade, sexualidade, afecto, vinculação.*

## ABSTRACT

The central idea of this exploratory study was to understand how these women experience and live their sexuality and in what form of which the sexuality and the obesity are influenced. The study had two participants and a qualitative methodology of case study was used, being the instruments to semi-directive interviews and the Rorschach Test. The gathering obtained in the interviews happened on the personal records (childhood and adolescence), the important relations-

hips, the current history and the history of sexuality of each one of these women. The Rorschach test constituted an auxiliary way for the interviews in the understanding of the existence and way of living the body, the image and the sexuality.

The conclusion is that both women live their obesity with suffering and physical anguish and that affects their sexuality.

**Keywords:** *obesity, sexuality, affection, attachment.*

## INTRODUÇÃO

Na sociedade actual e com o desenvolvimento de alguns hábitos alimentares e de saúde pouco “ortodoxos”, assistimos a um aumento exacerbado de problemas de peso. Em Portugal continental verifica-se uma prevalência de 38,6% de indivíduos com excesso de peso e 13,8% de indivíduos com obesidade (Carmo et. al., 2006).

Sabemos que os factores ambientais desempenham um papel importante quando falamos de obesidade mas devemos compreendê-la como uma doença crónica de etiologia multifactorial na qual podem estar presentes factores genéticos, endócrinos, psicológicos, comportamentais e/ou culturais.

Embora a obesidade seja uma temática importante e actualmente bastante estudada a inúmeros níveis, parece ser pertinente estudar um tema que praticamente não se encontra na literatura que é a vivência da sexualidade de mulheres com obesidade.

A ideia central do presente trabalho não é a de descobrir e catalogar disfunções sexuais estabelecendo depois relações de causa efeito puras com a obesidade mas sim a de compreender a forma como estas mulheres experienciam o corpo sexuado, a relação profunda na qual exprimem a sua sexualidade pois a “sexualidade é o desejo total e a realização simbólica mais elevada da espécie: é por isso o seu mais intenso prazer, a sua mais constante procura, seu mais fugidivo soluço” (Milheiro, 2001).

Assim este estudo tem como objectivo compreender de que forma é que a sexualidade é vivida, experienciada e integrada por mulheres com obesidade ao nível do corpo, do afecto, no plano simbólico e que influências se trocam entre o excesso de peso e a sexualidade.

## SEXUALIDADE E OBESIDADE

Existem estudos relevantes que fazem a ponte entre a sexualidade e a obesidade, apontando dificuldades na vivência da sexualidade consequentes do excesso de peso. Nos anos 70, foram averiguados os dados de inúmeros psicanalistas e concluiu-se que no caso da obesidade, a aparência física pode impedir os relacionamentos de cariz sexual bem como estes pacientes parecem comer para evitar as relações sexuais e vendo no alimento um substituto destas. Os resultados obtidos demonstraram que 47% destes pacientes admitia comer para evitar o sexo (Rand & Stunkard, 1976).

A obesidade tem sido descoberta enquanto “escudo protector que tem como função principal isolar o indivíduo dos avanços sexuais de potenciais parceiros ou ainda pode funcionar como uma defesa de evitamento para a intimidade sexual” (Adolfson, 2004). No mesmo sentido vão os estudos de Moreno e Bonfim (2004) que indicam que a obesidade funciona como um escudo protector das relações afectivo-emocionais bem como dos impulsos sexuais e agressivos.

Têm sido estudados também os efeitos da perda de peso na sexualidade dos pacientes obesos sendo que os resultados obtidos permitem concluir que a sexualidade destes pacientes melhorou em 63% dos casos, a qualidade da relação no casal modificou-se em 70% dos casos e a aparência física vista como positiva aumentou em 50% dos casos, donde se conclui que os pacientes ao diminuírem de peso modificam as suas vivências de sexualidade (Herpertz et. al., 2003). Tra-

vado (2004) no seu estudo acerca da avaliação psicológica da população com obesidade concluiu que 20,2% da população avaliada (212 indivíduos) referem problemas ao nível sexual e conjugal e ainda 35% destes sujeitos refere insatisfação com o corpo e com a auto-imagem.

Por seu turno, num estudo sobre as atitudes e actividade sexual em mulheres obesas (100 mulheres), concluiu-se que existe uma prevalência de um auto-conceito negativo, inibições mais acentuadas em discutir a temática sexo com o parceiro, relações amorosas mais infelizes e também ideias negativas quanto à sua atractividade física (Shapiro, 1980 cit. por Areton, 2002). Por outro lado, estas mulheres com obesidade gostariam de modificar uma das partes do seu corpo, sentem que a obesidade interfere com os seus relacionamentos, nomeadamente com as relações sexuais e dentro destas demonstram insatisfação em termos da frequência com que praticam o acto sexual bem como do prazer que dele tiram. Concluiu também que as mulheres obesas dão mais ênfase ao peso como causa de não terem um relacionamento amoroso e ainda que estas mulheres consideram que se fossem mais magras escolheriam outro tipo de parceiros. Por fim, estas mulheres sentem que não praticam o acto sexual com a frequência que desejariam e as suas necessidades sexuais não costumam ser satisfeitas.

A satisfação sexual e os relacionamentos amorosos são muito importantes na vida do ser humano e quando estas relações não existem, muitas vezes o sujeito tenta colmatar a sua ansiedade através da comida (Adolfson, 2004).

Nos dias de hoje, existem novas estratégias médicas e psicológicas para o tratamento da obesidade bem como um grande investimento na prevenção e tratamento desta patologia mas pouco investimento no que concerne à compreensão desta população objecto de estudo mas também pessoa, pessoa com sofrimentos, com afectos e em relação com o mundo e com o outro.

Por isso, a sexualidade será estudada aqui na sua vertente mais profunda, a de relação com o outro, de trocas afectivas. Coimbra de Matos (2002) afirma: “o afecto é a expressão socializada do desejo e satisfação sexuais, tendo em conta os seus obstáculos, disfarces e vias colaterais, e os seus sucessos, insucessos ou realizações ambíguas”.

## MÉTODO

Para responder à questão central deste estudo – que influências se trocam entre o excesso de peso e a sexualidade na mulher – foi delineado um estudo exploratório, descritivo e transversal, com metodologia qualitativa – estudo de caso.

A escolha de realizar um estudo de caso deve-se ao facto deste permitir um conhecimento mais aprofundado do ser humano, não tendo que o comparar a uma população “normativa” pois “consagra a ideia do individual e do singular, constituindo uma forma única de aceder à subjectividade do sujeito” (Marques, 2001).

O presente trabalho foi realizado com dois participantes escolhidos mediante:

- sexo (feminino)
- diagnóstico de obesidade
- idades compreendidas entre os 30 e os 45 anos
- não menopausicas
- que ainda não tenham sido sujeitas a cirurgia bariátrica
- que tenham um companheiro há, pelo menos, seis meses sem psicopatologia prévia

O estudo foi realizado no Serviço de Psicologia do Hospital Pulido Valente, EPE em colaboração com a Unidade de Obesidade Mórbida do Serviço de Cirurgia Geral e Digestiva do mesmo hospital.

Os instrumentos utilizados foram a entrevista e o Teste Projectivo de Rorschach. Foram feitas 4 entrevistas com cada mulher e passada a Prova Projectiva de Rorschach. A junção de ambos permite aceder ao corpo na sua dimensão orgânica, biológica e fantasmática e criar sentidos e ligações, compreender o dito e o não dito.

Desta forma, na primeira entrevista foi explicitado o objectivo do estudo bem como os instrumentos a ser utilizados, assinado o consentimento informado e iniciou-se a relação e a recolha da anamnese. Numa segunda sessão, depois de criado um espaço empático, continuou a recolha da história de vida e foi aplicado o teste projectivo de Rorschach. Por fim, seguiram-se mais duas sessões com o pano de fundo da temática da sexualidade. Esta temática não foi abordada anteriormente para não ser elemento de sugestionabili-

dade que poderia enviesar os dados colhidos através do teste projectivo. A informação recolhida foi analisada qualitativamente à luz da corrente de Coimbra de Matos, da teoria psicodinâmica.

## DISCUSSÃO DOS CASOS

Os casos foram analisados tendo em consideração os antecedentes pessoais, acontecimentos relacionais marcantes, a história actual, a sexualidade e os resultados do Rorschach de ambas as participantes.

**Eduarda** é uma mulher de 32 anos, casada há 13 anos, trabalha como governanta/cozinheira em casa particular e tem o ensino secundário concluído. Encontra-se há 3 anos em lista de espera para cirurgia bariátrica e o seu peso é de 113kg (IMC = 42).

Relativamente aos antecedentes pessoais, dificilmente retorna à infância pois esta é marcada pela falta de uma mãe e de um pai que estando presentes, a sua ausência magoava, feria. Foi crescendo sem ter uma base segura em casa com a mãe ou com o pai, sem ter a possibilidade de pedir “ensina-me a ser gente: sentir as minhas emoções, ter sentimentos; pensar os meus pensamentos, ter pensamento; ser sujeito, reconhecer-me como alguém em devir – com subjectividade, intencionalidade, projecto, esperança e entusiasmo” (Coimbra de Matos, 2003 pp. 160). As recordações que evoca têm uma carga negativa, parecendo que dentro de casa e na relação com a mãe viveu em falta, em desamparo e a imagem que criou do conceito de mãe ilustra-o bem (sic) “*eu acho que as mães andam sempre com a vassoura na mão*”.

Quando começou a sentir que o seu corpo era diferente por volta dos 16 anos, que a comida que ingeria ficava retida em si e que nenhuma dieta que tentasse fazer trazia resultados abonatórios, o que lhe diziam era sempre *agora para a tua irmã consigo arranjar esta roupa e para ti não, vêes a tua irmã agora já está mais magra*, estas comparações constantes a par com o desinvestimento na infância deixaram-na sempre em pé de desigualdade para com a irmã e provavelmente influenciaram em muito a que não construísse uma identidade própria e coesa, o que aliás fica corroborado pelas respostas Rorschach.

Época de grandes conflitos, angústias e inseguranças a adolescência de Eduarda parece uma pintura de uma

natureza morta, sem movimento, sem dinâmica, apenas uma descrição factual dos acontecimentos, “a vida mental reduz-se à funcionalidade adaptativa. Desejo e sonho abortam; impulso e fantasma adormecem” (Coimbra de Matos, 2003, pp. 21) e esta pobreza no mundo fantasmático bem como na capacidade de imaginar estão patentes tanto nas entrevistas como no teste projectivo, a ancoragem à realidade sufoca o sonho e a criatividade.

Em termos de acontecimentos relacionais marcantes, aos 16 anos leva pela 1ª vez um namorado a sua casa e é confrontada pelo autoritarismo do seu pai. Depois mantém um relacionamento de 3 anos com um rapaz mais velho mas que termina e, por fim, conhece o actual marido com quem inicia a sua vida sexual aos 19 anos, namora cerca de 1 ano para depois casar e vai viver para a casa da sogra com quem mantém uma relação muito conflitual desde há 13 anos. O marido de Eduarda é mais velho 10 anos e é invisual, aparece no seu discurso como marido passivo e como objecto de cuidados e preocupação constantes por parte de Eduarda. Relata que o marido sempre tomou menos iniciativa relativamente à vida sexual bem como nos momentos amorosos *sou sempre mais eu que tenho a iniciativa de fazer, marcar fins de semana, pensar olha hoje vamos ali, essas coisas, comprar uma lingerie mais ousada (ri) ou alguma coisa assim, sou eu que tenho mais as ideias, ele raramente me faz assim algum tipo de surpresa*. Eduarda sente que as suas necessidades e desejos não são satisfeitos.

Relativamente à sua imagem Eduarda tenta defender-se através do humor mas são nítidas as suas dificuldades, o excesso de peso acarreta consigo comentários desagradáveis na rua, serviu de rótulo na época da escola e embora encare o espelho com a facilidade dita não gosta de se ver em fotografias e muito menos que lhas tirem porque quando as olha é como se confirmasse tudo aquilo que quer ultrapassar através de uma gargalhada ou do humor que lhe servem como “pensos rápidos narcísicos”.

A sua relação com a comida é de dependência, parece encontrar no alimento a compensação e a satisfação que não teve na infância, quando está sozinha ou não tem nenhuma actividade que a distraia refugia-se na comida quase como se quisesse fugir ao vazio que sempre espreita por detrás da porta, comendo enche esse vazio.

Eduarda vivencia a sua sexualidade como um conjunto de comportamentos mecânicos e instintivos sem a capacidade de a viver num plano simbólico, no Rorschach as dificuldades na construção da identidade, da imagem do corpo, da diferenciação entre os sexos e da identidade sexual estão bem assentes, não funcionam ainda como alicerces de uma casa forte feita de tijolo mas de uma casa feita ainda de palha que ao primeiro sopro de vento desmorona.

A sexualidade e a obesidade nesta mulher parecem seguir o padrão que se instalou na sua vida desde a infância, por um lado o alimento que enche um vazio que não é nem pode ser elaborado porque não se conheceu o alimento indispensável para a sobrevivência – o afecto – e por outro lado a sexualidade que é vivida num plano concreto, palpável e que não amadureceu, ficou apenas reduzida a um acto mecânico.

**Conceição** é uma mulher de 30 anos de idade, casada há seis anos e com um filho de 5 anos, é educadora de infância de profissão. Encontra-se há 3 anos em lista de espera para cirurgia bariátrica e o seu peso é de 125kg (IMC=42,5).

No seu discurso retorna facilmente à infância, sendo que perdeu a mãe, aos 7 anos, que faleceu num acidente de viação. Ficou a viver com o pai que trabalhava por turnos e passava pouco tempo em casa, tinha uma ama que tomava conta de si. Relativamente à relação com o pai sentiu desde sempre que este era muito rígido e pouco carinhoso, com muitas normas e regras mas pouca flexibilidade e afecto, afirma que a partir do falecimento da mãe começou a comer mais mas que só por volta dos 10/11 anos é que começou a ficar com excesso de peso e pensa que a falta da mãe pode estar relacionada. Nesta altura o pai voltou a casar o que foi sentido como muito positivo por Conceição. Tem pena que os seus pais não tivessem controlado um pouco mais a parte alimentar, não os culpa por isso porque tem tendência a culpabilizar-se a si própria mas confessa que teria sido uma ajuda *sei que se calhar se me tivessem dado muito mais para trás, se calhar não era assim... Sinto que eu sempre comi aquilo que quis porque eu lembro-me que não havia grandes restrições... ah a Conceição é um bom garfo! Não culpabilizo quem me criou mas culpabilizo-me a mim*.

No seu percurso escolar confessa que tentava sempre travar amizade com aquelas(es) que sobressaíam na

turma, que funcionavam como líderes *eu tentava colar-me um bocadinho ali aos líderes da sala, não sei por segurança, por insegurança talvez minha porque me sentia protegida porque me sentia bem*. Passou por uma fase na adolescência em que gostava muito de usar as camisolas do irmão mais velho *chegava à escola vestia por cima mas não tanto para esconder porque eu até gostava de andar de saias e sempre fui assim um bocadinho vaidosa* mas tinha sempre muita atenção à sua roupa e àquilo que vestia porque sempre teve medo de parecer ridícula por ter excesso de peso.

Relativamente aos acontecimentos relacionais marcantes refere que ao longo da adolescência *não fui muito, muito namorada*. Aos 19 anos iniciou o 1º relacionamento sério que durou 1 ano e aos 20 anos iniciou a sua vida sexual, recorda-se que foi um momento doloroso mas relata também que sentiu *um bocadinho de vergonha* em desnudar-se diante dele e inclusive *tinha de ser tudo às escuras, estava tudo às escuras*. Depois conhece o actual marido (que tem mais 10 anos que Conceição) com quem namora 3 anos, casa-se e na lua-de-mel engravida. Com o esposo sentiu vergonha em desnudar-se da primeira vez mas desde aí nunca mais, a sua vida sexual decorreu sem problemas até há 5 anos atrás.

Refere que na gravidez sentiu um desejo sexual exacerbado e depois do parto até aos dias de hoje a sua vida sexual deteriorou-se em termos de desejo, actividade e frequência, considerando que o peso que ganhou após o parto é o factor explicativo para os problemas sentidos na vida sexual. Refere (sic) *eu própria tinha mais interesse, mais apetite sexual e agora não tenho tanto, pelo cansaço, por estar gorda também*. Este tema é discutido pelo casal de forma aberta sendo que o marido se mostra compreensivo. A sua relação com o esposo é plena, imbuída em afecto, amor e respeito mútuo, o casal funciona como uma unidade sem nenhum dos dois perder a sua individualidade. A obesidade parece ter sido uma realidade ao longo da sua vida, o padrão que encontrou na infância de substituir a ausência com a presença do alimento, manteve-se e perpassa a sua história relacional com o marido que, tendencialmente, a reforçava neste comportamento. A sua vida sofre agora inúmeras limitações entre elas a vivência da sexualidade que em termos fisiológicos parece encontrar no excesso de peso uma barreira intransponível, a falta de agilidade e o cansaço vencem-na, derrubam-na não a deixando ter liberdade para ser quem realmente é.

Conceição parece ter criado um padrão em relação à comida – esta compensa-a quando se sente sozinha, vem colmatar um vazio e daí a necessidade de se sentir cheia, comer até encher *não é fome! É aquela coisa de ir abrir o frigorífico, às vezes não tirava... eu sempre tive que me sentir cheia*.

Conceição elabora a sexualidade como uma vivência completa e plena em que o comportamento se emparelha com o afecto, no entanto, o seu corpo traz-lhe alguma angústia, mostrada na prova projectiva, a qual é apaziguada pelo sentimento de segurança que alcança na relação com este esposo, bom objecto, porto de abrigo para si. Sente-se amada, apoiada e investida por si como muitas vezes não se terá sentido na infância e embora o peso seja factor primordial para uma vivência de sexualidade neste momento mais inibida, menos desejada, consegue elaborar um futuro em que estes problemas tenderão a dissipar-se, a amenizar-se.

## CONCLUSÕES

A vinculação é, sem dúvida, a relação-chave que permite a aquisição da segurança suficiente para explorar o mundo físico e social, adquirir a comunicação formal e íntima e relacionar-se com o outro através do afecto, da troca de afectos mútua. Em ambos os casos, estas mulheres viveram situações relacionais com as figuras de vinculação (mãe e pai) complexas.

Euarda foi objecto de rejeição e falta de amor e investimento; Conceição perdeu a mãe muito cedo e num período importante do desenvolvimento psicosexual (7 anos), teve um pai ausente e autoritário, sendo que esta dinâmica só seria contrabalançada mais tarde pela madrasta.

Ambas encontraram no alimento uma forma de preencher o vazio que as inunda quando estão sozinhas, quando sentem ausência em vez de presença. Nos dois casos também são notáveis as dificuldades vividas ao nível da construção da imagem do corpo, corpo que lhes traz sofrimento, corpo que as angustia como se observa nos protocolos de Rorschach.

Já na adolescência dá-se o pico maior de desejo sexual e a necessidade de procurar ou estar receptivo à satisfação sexual. Tanto Eduarda como Conceição viveram poucos acontecimentos relacionais marcantes nesta fase da vida, por vergonha de mostrarem o corpo com excesso

de peso, não sentindo necessidade de procurar relações que pudessem vir a gratificá-las sexualmente.

Na vivência da sexualidade na fase adulta, as experiências são poucas e as marcantes são as que ocorrem com os respectivos maridos talvez por estes terem sido os únicos a proporcionarem segurança emocional suficiente para a partilha, para a troca relacional.

Eduarda descreve a sua vivência de sexualidade como não estando perturbada embora já não mantenha relações sexuais com o esposo há 3 meses e descreve-a como algo puramente factual. Por seu turno, Conceição elabora a sexualidade, pelas suas descrições, de forma completa, com afectos, amor e uma intimidade onde ambos se aceitam mutuamente, aceitam o seu autêntico *self* e não têm problemas em desnudar-se, criando elos profundos e bastante privados que não sobressaem nas descrições da primeira.

Parecem, de facto, existir ligações entre a sexualidade e a obesidade sendo que estas trocam influências. Por um lado, o sobrepeso torna mais complicado o relacionamento de cariz sexual porque existe cansaço físico, pouca agilidade nos movimentos entre outras consequências, apontadas especialmente por Conceição. Por outro lado, o sobrepeso ao longo dos anos parece

ter marcado o desenvolvimento e crescimento destas mulheres pois tiveram de se adaptar a uma condição física diferente e esta condição física, por sua vez, parece existir como uma protecção para o desamparo sentido desde tenra idade.

O alimento como ambas referem é mais apetecido quando sentem um vazio, quando sentem que precisam de uma compensação, esta compensação deve ser sentida desde logo na relação de vinculação que se cria nos momentos mais precoces da vida, a compensação deve ser o afecto, que permite o conhecimento do outro enquanto diferente mas também enquanto objecto de amor.

Embora situações distintas e percursos diversos, ambas procuraram no alimento um objecto de plenitude, de conforto e fundamentalmente um objecto que preenchesse o vazio que sentiam.

A sexualidade ficou afectada, de uma forma ou de outra, isto porque como diz Milheiro (2001):

*Na sexualidade, os seres humanos crescem como as árvores, desde que os deixem crescer. Não é preciso puxar. Primordial será proporcionar terreno, retirando ervas daninhas que em redor se movimentam.*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adofson, B. (2004). *Obesity, Life Style and Society*. Department of Medicine Karolinska Institut. Stockholm, Sweden.
- Areton, L. (2002). Factors in the sexual satisfaction of obese women in relationships. History and development of analytical studies on obesity and sexuality. *Electronic Journal of Human Sexuality* (2002, January 15). Consultado em 4 de Março de 2006 através de <http://www.ejhs.org>
- Carmo I, Santos O, Camolas J, Vieira J, Carreira M, Medina L, Reis L, Galvão-Teles, A. (2006). *Prevalência da Obesidade em Portugal*. *Obes Rev.* 2006 August;7:233-237. Consultado em 1 Fevereiro de 2007 através de <http://www.publico.clix.pt/pesoemedia>
- Coimbra de Matos, A. (2003). *Mais Amor Menos Doença – a psicossomática revisitada*. Lisboa: Climepsi.
- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A., Senf, W. & Hebebrand, J., (2003). Does obesity surgery improve psychosocial functioning ? A Systematic Review. *International Journal of Obesity*, 27, 1300-1314. Consultado em 4 de Março de 2006 através de <http://www.nature.com/ijo>
- Marques, M., E. (2001). *A Psicologia Clínica e o Rorschach*. Lisboa: edições Climepsi.
- Milheiro, J. (2001). Sexualidade: Aforismos. *Revista Portuguesa de Psicossomática, Jan/Jun, ano/vol. 3, n.º 001*, pp. 9-14.
- Moreno, C. & Bonfim, T. (2004). A imagem corporal e pós cirúrgica em pacientes com obesidade mórbida. *In Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, org. por Leal, I. & Ribeiro, J. (2004)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Rand, S. C. & Stunkard, A. J. (1977). Psychoanalysis and Obesity. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, vol. 5, 459-497. Consultado em 3 de Abril de 2006 através de Psychoanalytic Electronic Publishing
- Travado, L., Pires, R., Martins, V., Ventura, C., Cunha, C. (2004). Abordagem psicológica da obesidade mórbida: Caracterização e apresentação do protocolo de avaliação psicológica. *Análise Psicológica, n.º 3, vol. XXIII*, 533-550.

# Experiências de mães e pais adolescentes<sup>1</sup>

Ludmila Fernandes [Socióloga, Mestre pelo ISCTE]

## RESUMO:

Este artigo resulta de um estudo de natureza exploratória e qualitativa, com a realização de 20 entrevistas a mães e pais adolescentes que tiveram um primeiro filho até aos 19 anos. Nele se descrevem os impactos a médio prazo no percurso de vida escolar e profissional dos adolescentes, evidenciando a diversidade de percursos que podem ser experimentados e os factores que os configuram: o género, a posição social da família de origem, o apoio familiar que é possível e desejado atribuir e a situação na conjugalidade. Os resultados deste estudo revelam cinco ideais-tipo de parentalidade na adolescência: cooperante, desprotegida, autónoma, frágil e demitida.

**Palavras-Chave:** *parentalidade, maternidade, paternidade, adolescência, família, género.*

## ABSTRACT:

The present article is the result of an exploratory and qualitative study based on 20 interviews to adolescent

mothers and fathers who had their first baby before turning 20. In it we find a description of medium term impacts on adolescent's scholar and professional lives, emphasizing the diversity of experiences and also the factors that shape: as genre, social status of the adolescents family, possible or intended family support and married life. The results of this study reveal five ideal-types of parenthood in adolescence: cooperative, unprotected, autonomous, fragile and non-committed.

**Keywords:** *parenting, maternity, fatherhood, adolescence, family, gender.*

## INTRODUÇÃO

Neste artigo abordamos os impactos da parentalidade na adolescência no percurso escolar e profissional das mães e pais adolescentes. A curiosidade científica em explorar esta temática surge a partir da constatação de que Portugal é um dos países da União Europeia (UE 15<sup>2</sup>) onde a maternidade adolescente (por muitos apelada de precoce<sup>3</sup>) é mais elevada. Em 2006, por cada 100 nados-vivos, cerca de 5 são de mães adolescentes,

(1) Procura-se neste artigo sintetizar alguns dos resultados obtidos no decorrer de uma investigação realizada no âmbito de um mestrado em sociologia no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (I.S.C.T.E.) e da qual resultou uma dissertação intitulada Os Silêncios da Parentalidade da Adolescência – Experiências de Mães e Pais Adolescentes, defendida em Dezembro de 2008 e orientada por Ana Nunes de Almeida, Investigadora Principal do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, a quem agradeço todas as sugestões dadas para a realização deste artigo.

(2) Optamos pela UE 15, pois são estes os países com os quais habitualmente se compara Portugal.

(3) Consideramos importante compreender as razões que conduzem a que se adjective a maternidade adolescente de precoce. Esta questão poderá ser explicada pelo facto de esta expressão ser frequentemente utilizada remetendo para um retrocesso ou uma ameaça à concretização dos ideais contemporâneos associados à juventude (v.g lazer e escolarização). Contudo, esta é uma expressão que deve ser questionada, sobretudo quando analisamos os dados recolhidos. Isto porque a expressão maternidade ou paternidade precoce remete-nos para aquilo que aconteceu antes do tempo próprio. E, para alguns adolescentes, a parentalidade não é sentida dessa forma.

# DEPOIS DE EXPERIMENTAR NUVARING® ELA NUNCA MAIS VOLTOU ATRÁS



**DOSE BAIXA  
E CONTÍNUA DE HORMONAS**  
Nuvaring® liberta a baixa dose  
de 15mcg de etinilestradiol  
e 120mcg de etonogestrel por dia

**BOM CONTROLO DE CICLO<sup>1</sup>**

**MENOR PROBABILIDADE  
DE ESQUECIMENTOS  
1 X POR MÊS**

**NUVARING®**   
(etonogestrel/ etinilestradiol / anel vaginal)  
liberta 0,120mg/ 0,015mg por dia

all around satisfaction®

**INFORMAÇÕES COMPATÍVEIS COM O RCM Nome do Medicamento e Forma Farmacéutica** Nuvaring, 0,120 mg/0,015 mg, sistema de libertação vaginal. **Composição Qualitativa e Quantitativa** Nuvaring contém 11,7 mg de etonogestrel e 2,7 mg de etinilestradiol. O anel liberta 0,120 mg de etonogestrel e 0,015 mg de etinilestradiol por 24 horas, durante um período de 3 semanas. **Indicações terapéuticas** Contraceção. **Posologia e modo de administração** Nuvaring pode ser inserido na vagina pela própria mulher. Uma vez inserido, Nuvaring deverá permanecer na vagina continuamente durante 3 semanas e deverá ser retirado após 3 semanas de uso, no mesmo dia da semana em que foi inserido. Após um intervalo de tempo de 1 semana sem anel, deverá ser colocado um novo anel. **Contra-indicações** Trombose venosa actual ou nos antecedentes, trombose arterial actual ou nos antecedentes ou sinais prodrómicos de trombose, predisposição conhecida para trombose venosa ou arterial, história de enxaqueca com sintomas neurológicos focais, diabetes mellitus com envolvimento vascular, factor grave ou de múltiplos factores de risco de trombose venosa ou arterial, história de pancreatite actual ou no passado se associada a hipertrigliceridemia grave, presença ou antecedentes de doença hepática grave desde que os valores da função hepática não tenham regressado aos valores normais, presença ou antecedentes de tumores hepáticos (benignos ou malignos), patologia maligna ou suspeita de situações malignas dos órgãos genitais ou da mama sensíveis aos esteróides sexuais, hemorragia vaginal não diagnosticada, hipersensibilidade. **Advertências e precauções especiais de utilização** Patologia circulatória, tumores, outras situações (ex: hipertrigliceridemia, hipertensão persistente, alterações agudas ou crónicas da função hepática, agravamento da doença de Crohn e de colite ulcerosa, cloasma). Durante a utilização de Nuvaring, poderá ocorrer ocasionalmente vaginite. Antes de se iniciar ou reinstaurar a utilização de Nuvaring, deverá ser feita uma história clínica completa da mulher e deverá ser excluída a existência de gravidez. As mulheres deverão ser informadas de que Nuvaring não protege contra as infeções por HIV (SIDA) e outras DST. A eficácia de Nuvaring pode diminuir em caso de desvio ao esquema posológico recomendado ou devido a medicação concomitante. Durante o uso de Nuvaring podem ocorrer perdas hemorrágicas irregulares (sangramentos ou hemorragias intracíclicas). Se as hemorragias irregulares ocorrerem após ciclos menstruais regulares e se Nuvaring estiver a ser utilizado de acordo com o esquema posológico recomendado, dever-se-á ter em atenção a causas não hormonais e tomadas as medidas necessárias para excluir uma neoplasia ou gravidez. Muito raramente, foi comunicada a ocorrência da abertura do anel de Nuvaring durante a sua utilização. Têm sido relatados casos em que Nuvaring foi expelido, por exemplo, devido ao facto de Nuvaring não ter sido colocado correctamente, durante a remoção de um tampão, durante a relação sexual ou em casos de obstipação grave ou crónica. **Interações medicamentosas e outras formas de interação** Indutores das enzimas microsossiais (p. ex. fenitoína, fenobarbital, primidona, carbamazepina, rifampicina e, possivelmente, também a oxcarbamazepina, topiramato, felbamato, ritonavir, griseofulvina e produtos contendo erva de S. João). Foram também mencionadas falhas contraceptivas com antibióticos, tais como penicilinas e tetraciclina. Com base em dados farmacocinéticos, é pouco provável que os antimicóticos e espermicidas administrados por via vaginal afectem a eficácia contraceptiva e a segurança de Nuvaring. Durante o uso concomitante de óvulos antimicóticos, a possibilidade de abertura do anel poderá ser ligeiramente maior. As concentrações plasmáticas e tissulares destes podem estar aumentadas (p. ex. ciclosporina) ou diminuídas (p. ex. lamotrigina). Os dados de farmacocinética mostram que o uso de tampões não tem efeito na absorção sistémica das hormonas libertadas pelo Nuvaring. **Efeitos indesejáveis** Vaginite, cervicite, cistite, infeção do tracto urinário, fibroadenoma da mama, hipersensibilidade, depressão, instabilidade emocional, diminuição da libido, ansiedade, cefaleia, enxaqueca, tonturas, dor abdominal, náuseas, diarreia, vómitos, distensão abdominal, acne, exatema, urticária, dor lombar, dor pélvica, mastalgia, sensação de corpo estranho na vagina, dismenorria, corrimento e desconforto vaginal, prurido genital, fadiga, aumento de peso, expulsão do anel, desconforto devido ao anel. **Data de Revisão do Texto** Março 2007. **Medicamento sujeito a receita médica. Medicamento não compartilhado. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado.**

(1) Roumen FJME, Apter D, Mulders TMT, Diemen TOM. Efficacy, tolerability and acceptability of a novel contraceptive vaginal ring releasin etonogestrel and ethinyl oestradiol. Hum Reprod 2001; 16: 469-75

\*centrado na satisfação

Titular de AIM: ORGANON PORTUGUESA LDA.

Distribuidor: Schering-Plough Farma Lda.

Rua Aqualva dos Açores, 16 - 2735-557 Aqualva - Cacém . T. 214 339 300 | F. 214 321 097 | NIF 500 700 907

 Schering-Plough

com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos (cf. Eurostat, 2006). Contudo, importa referir que a partir da década de 80 começa-se a assistir, em Portugal, a uma diminuição das mães adolescentes, estando os valores mais ou menos estabilizados a partir do ano de 2000. Consideramos que este decréscimo se deve ao progressivo acesso à contraceção e também à crescente importância do projecto escolar que decorre da democratização e da massificação escolar.

A par dos dados estatísticos, que revelam não apenas o peso da maternidade adolescente no panorama da fecundidade em Portugal, como também a escassez de informação sobre a paternidade adolescente, observamos que a parentalidade na adolescência é abordada na maior parte dos estudos realizados em Portugal como um percurso de vida (feminino) idêntico para todos os que o experimentam: necessariamente problemático e negativo, um “acidente” indesejado. Esta abordagem levanta três questões que importa analisar.

Em primeiro lugar, a maternidade na adolescência é tratada, na maior parte dos estudos (APF, 2003; Almeida, 1987; Ferreira, 2004; Gerardo, 2004), como um problema social, experimentado da mesma forma por todas as mães adolescentes. Em nosso entender, homogeneízam-se as vivências ignorando que existem diferentes formas de experimentar este fenómeno, ou seja, diferentes percursos que podem depender de factores como a classe social de origem. As investigações incidem quase sempre sobre as classes populares ignorando – talvez pela dificuldade em aceder a outras posições sociais - que este fenómeno é transversal às diferentes classes, embora podendo ser mais frequente nas primeiras pelo facto de as perspectivas profissionais e de os percursos escolares serem menos consistentes nas adolescentes de classes sociais menos favorecidas.

Em segundo lugar, as investigações realizadas centram-se exclusivamente nas mães e não entrevistam

ou questionam os pais adolescentes e a sua experiência. De facto, sublinhamos a inexistência, a nível nacional, de investigações que tratem a parentalidade na adolescência incluindo a dimensão masculina. Parece-nos que este aspecto se poderá relacionar com duas questões: por um lado, o número de pais adolescentes ser mais reduzido por comparação ao número de mães adolescentes (normalmente num casal os rapazes são mais velhos do que as raparigas<sup>4</sup>) e, por outro lado, temos as diferenças sociais de género que atribuem à mulher um papel mais afectivo, direccionado para a família e para os cuidados aos filhos (domínio da esfera privada) enquanto ao homem compete o sustento da família. Por isso, consideramos que os estudos reproduzem o senso comum, no seu obstáculo naturalista. Somente no plano internacional encontramos estudos que se debruçam sobre a forma como os rapazes experimentam a paternidade (Lyra, 1997; Trindade e Toledo, 1999; Bozon *et al*, 2002; Reis, 2004).

Finalmente, outra questão a ter em linha de conta é o facto de as entrevistas ou questionários serem imediatamente aplicados durante ou a seguir à gravidez, não permitindo que se perceba quais são os impactos da parentalidade na adolescência nas sociabilidades e no percurso escolar, profissional e conjugal dos adolescentes. Em Portugal, não existem trabalhos que se debruçam sobre os impactos deste acontecimento a médio e longo prazo.

## METODOLOGIA

Este artigo resulta de um estudo de natureza exploratória e qualitativa baseado em 20 entrevistas semi-directivas aplicadas a 13 mães e 7 pais adolescentes que tiveram um primeiro filho até aos 19 anos. Esta é a idade convencionalmente definida (v.g. Organização Mundial de Saúde) como limite da maternidade adolescente e permite-nos comparações com outros estudos realizados e com as estatísticas sobre esta temática. Embora a idade biológica não seja um critério de

---

Pelo contrário, é desejada (v.g. quando questionada sobre se deseja engravidar naquela altura, Margarida diz-nos “intimamente desejava (...) Não engravidei de propósito mas foi uma coisa muito boa”, “eu acho que soube que estava grávida no momento em que engravidei” [E 06 / Margarida / casada / licenciada / técnica superior de gestão / 26 anos / mãe aos 18 anos / classe de origem: PTE]. Por isso, rotular a maternidade ou paternidade adolescente de precoce significa que podemos estar a mascarar situações e experiências completamente distintas.

(4) Como refere Pedro Moura Ferreira (2004) apenas uma pequena parte dos pais (16,4 %) se encontra no mesmo intervalo etário das mães adolescentes.

circunscrição da adolescência, usamos este limite de idade por razões práticas (Sim-Sim, 1997).

Entrevistámos jovens que foram pais na adolescência (até aos 19 anos) e que, no momento de aplicação das entrevistas, não tinham mais de 30 anos, sendo pais há pelo menos um ano. Consideramos que este limite etário de 30 anos, quando se é pai/mãe até aos 19 anos, estabelece um intervalo de tempo que permite conhecer e compreender os impactos da parentalidade no percurso de vida dos jovens.

A grande vantagem dos métodos qualitativos é a de identificar e retratar as populações ocultas nas estatísticas. No caso desta investigação, a população que tem estado oculta nos estudos realizados sobre a parentalidade na adolescência são as mães de meios sociais favorecidos e os pais adolescentes em geral. A técnica de amostragem escolhida - “bola de neve” - permite uma abordagem a estas populações raras e “ocultas” (Hechkathorn *in* Monteiro, 2005: 153) as quais importa conhecer e explicar dada a sua relevância sociológica. Foi nossa preocupação ter várias “portas de entrada” nesta amostra “útil” e não-probabilística para que a diversidade em termos de classe social e de género fosse alcançada.

## IMPACTOS NO PERCURSO ESCOLAR E PROFISSIONAL

Os impactos da parentalidade na adolescência no percurso escolar e profissional dos adolescentes dependem em grande medida da pertença social destes. Contudo, outros factores influenciam fortemente este percurso, nomeadamente o apoio familiar que é possível e desejado atribuir (apoio ao nível financeiro, emocional e nos cuidados à criança) e ainda o facto de o adolescente continuar a viver em casa dos pais ou começar a viver sozinho ou em conjugalidade (casamento ou coabitação). A forma como os adolescentes se relacionam com os pais é, portanto, determinante para a maneira como vivenciam o percurso escolar e profissional.

Em geral, quanto mais favorecida é a classe social, mais condições a família tem de dar apoio ao adolescente. Se são oriundos de uma classe social favorecida, os adolescentes não vêem o seu percurso de vida escolar e profissional muito alterados. Contudo, nem sempre existe este apoio familiar nas classes sociais mais favorecidas. Daí a proposta de Lahire (2005), de

onde podemos concluir que a classe social pode ser um factor configurador de diferentes formas de experimentar a parentalidade mas não é um factor que homogeneíze estas vivências dentro de cada classe social. Com efeito, existem famílias que, tendo condições, não apoiam a parentalidade na adolescência, condicionando negativamente o percurso de vida do adolescente, provocando-lhe atrasos definitivos no percurso escolar e conduzindo-o a uma inserção precoce no mercado de trabalho.

Paralelamente a estas famílias existem outras que, não tendo muitas condições financeiras, se revelam um melhor suporte para os adolescentes, porque lhes dão apoio emocional e nos cuidados à criança, factor importantíssimo para que o percurso escolar dos adolescentes não tenha interrupções definitivas, sendo apenas temporariamente interrompido. Esta situação ocorre quase exclusivamente no caso das mães adolescentes que, embora interrompam os estudos durante um ou dois anos, conseguem, com o apoio familiar, retomar a actividade escolar. São habitualmente oriundas de classes sociais com recursos intermédios e continuam a viver com os pais.

Em outras situações, não é possível à família dar todo o apoio ao adolescente porque este se emancipou familiar e socialmente. Falamos sobretudo do apoio emocional e dos cuidados à criança porque financeiramente os pais conseguem ir ajudando. Contudo, os movimentos de reversibilidade da condição juvenil fazem com que, muitas vezes, as interrupções escolares não sejam definitivas mas apenas transitórias, pois os adolescentes, a médio prazo, retomam os estudos e conciliam estes com a actividade profissional.

Outras famílias, por muito que o desejem fazer, não conseguem apoiar financeiramente o adolescente, porque não têm condições para o fazer. Estes adolescentes não têm grandes alternativas: ou ingressam precocemente no mercado de trabalho, antes de entrarem na parentalidade; ou interrompem os estudos para trabalhar e sustentar o filho; ou ficam em casa a cuidar dele.

Finalmente, observamos o caso das famílias com poucos recursos financeiros, que não apoiam de todo a maternidade ou a paternidade dos filhos, mesmo quando isso é possível, quer através da manutenção do adolescente em sua casa e do apoio emocional,

quer nos cuidados à criança. No caso das raparigas trata-se de situações em que a maternidade ocorre muito cedo (com 15 anos) e esta condiciona fortemente o percurso escolar e profissional. Em relação aos rapazes referimo-nos a casos em que são pais um pouco mais tarde (aos 18 ou 19 anos) e já não estudam (ou perspectivam que tal aconteça a curto prazo), encontrando-se a trabalhar. Ou seja, a parentalidade não afecta o seu percurso escolar e profissional, porque entram na vida adulta de forma linear, com um percurso escolar curto e poucas qualificações profissionais. Consideramos que a assimetria de género presente nas representações destes pais adolescentes facilita o alheamento parcial ou total destes, relativamente à educação dos filhos.

Em suma, se compararmos o percurso escolar e profissional de mães e pais adolescentes observamos que os pais vêem os seus percursos escolares mais preservados do que o das mães. Contudo, os pais oriundos de uma classe social favorecida, embora não vejam o seu percurso de vida escolar e profissional muito alterado, sentem de forma mais preocupante as limitações e as responsabilidades que o nascimento de um filho provoca, por comparação a pais de meios sociais desfavorecidos.

#### IDEAIS-TIPO DE EXERCÍCIO DA PARENTALIDADE NA ADOLESCÊNCIA

Podemos agora identificar e descrever cinco ideais-tipo<sup>5</sup> de parentalidade na adolescência, designados a partir das modalidades de apoio familiar que os adolescentes recebem e da forma como se relacionam com a parentalidade.

Um primeiro tipo de parentalidade que encontramos pode ser designado **Parentalidade Cooperante**. Este ocorre sobretudo nas classes sociais mais favorecidas e nos adolescentes com perspectivas escolares mais ambiciosas (v.g. de ingresso na universidade). Trata-se de adolescentes que podem contar com um forte apoio dos pais, ao nível económico, emocional e nos cuidados à criança e que ficam na maior parte dos casos a viver com eles. Daí que o designemos “parentalidade

cooperante”, uma vez que é coadjuvada pelos pais de um ou dos dois progenitores. Estamos também a falar de adolescentes que não vêem os seus percursos escolares e profissionais afectados com o exercício da parentalidade, embora as mães possam, em alguns casos, atrasar um pouco os estudos nos dois primeiros anos de vida da criança, quando esta ainda está muito dependente dos cuidados maternos mas recuperam este atraso rapidamente. São jovens que estão a estudar na universidade ou que já concluíram uma licenciatura.

Um segundo ideal-tipo de parentalidade é aquele que designamos **Parentalidade Desprotegida** e que também ocorre nas classes sociais mais favorecidas, que possuem os recursos financeiros e culturais para apoiar o adolescente, mas que se recusam a fazê-lo devido aos valores morais com que pautam a sua vida. Nestes casos, o adolescente vê-se desprotegido e sem um suporte económico e emocional que o possa ajudar a vivenciar aquela experiência. Vê-se, assim, forçado a ingressar precocemente no mercado de trabalho sem qualificações escolares e profissionais, desempenhando profissões pouco qualificadas e precárias, tendo a parentalidade um forte impacto negativo na sua carreira escolar-profissional.

Encontramos um outro ideal-tipo de parentalidade que designamos **Parentalidade Autónoma**. Engloba adolescentes oriundos de classes sociais mais desfavorecidas (por comparação aos ideais-tipo cooperante e desprotegida), de recursos intermédios, que podendo contar com o apoio emocional dos pais, não podem contar com um apoio financeiro que lhes permita ficar totalmente dependente destes e usufruir de todo o suporte que poderia advir dessa situação. Por isso, desempenham as suas funções parentais de forma mais autónoma e ingressam precocemente no mercado de trabalho, com algumas qualificações escolares (na maior parte das vezes com o ensino secundário, completo ou frequentado) mas não as suficientes para terem empregos qualificados.

Um outro ideal-tipo de parentalidade é o designado por **Parentalidade Frágil**, pois o suporte familiar que

(5) Recorremos ao conceito de ideal-tipo proposto por Max Weber na medida em que pretendemos tornar mais inteligível a experiência dos adolescentes que vivenciam a parentalidade até aos 19 anos. O conceito de ideal-tipo visa atingir o típico, ser uma síntese de características máximas.

está por detrás da vivência deste acontecimento é mesmo bastante tênue. São adolescentes oriundos de famílias muito desfavorecidas, com poucos recursos económicos e culturais e isso traduz-se na forma frágil e sinuosa com que o seu percurso parental é vivenciado. São adolescentes que são conduzidos a entrar na conjugalidade por via da coabitação, que deixam a escola muito cedo, embora consigam completar o 9.<sup>o</sup> ano de escolaridade e que ingressam precocemente no mercado de trabalho, com muito poucas qualificações escolares, oscilando entre empregos precários e mal remunerados.

Finalmente, existe um outro ideal-tipo de parentalidade que designamos por **Parentalidade Demitida**, pois o adolescente escolheu não acompanhar a educação do filho, optando por não o ver ou perdendo a guarda legal da criança, em virtude de não ter condições económicas para suportar a responsabilidade de educar e cuidar de uma criança. São adolescentes oriundos de famílias muito desfavorecidas e desestruturadas que não conseguem completar a escolaridade mínima obrigatória e vivenciam experiências de desemprego longas, por vezes mesmo incluindo a vivência na rua durante algum tempo. São acompanhados pela Comissão de Protecção de Crianças e Jovens ou por outro tipo de instituições que prestam apoio social.

A identificação destes ideais-tipo tem o intuito heurístico de apreender as principais tendências da realidade da parentalidade na adolescência, muito diversificada e, como vimos, nem sempre necessariamente problemática e negativa. Pelo contrário, pode ser uma oportunidade de crescimento pessoal, experienciada entre perdas e ganhos e que não afecta necessária e negativamente o percurso escolar e profissional.

## CONCLUSÃO

Descrevemos e explicamos como existem diferentes percursos de parentalidade na adolescência. O resultado deste trabalho traduz-se, em última análise, na identificação de cinco ideais-tipo de experiência da parentalidade: cooperante, desprotegida, autónoma, frágil e demitida, que variam em função de factores como a classe social, o género, a situação na conjugalidade e o apoio familiar. Estes ideais-tipo mostram a diversidade de experiências de parentalidade na adolescência e permitem antever linhas de pesquisa para o futuro.

Passemos agora a dar ênfase ao modo como os impactos da parentalidade na adolescência no percurso escolar e profissional dos adolescentes se evidenciam segundo o género, a posição social da família de origem, o apoio familiar (económico, afectivo e nos cuidados à criança) que é possível e desejado atribuir e a situação na conjugalidade (casamento, coabitação ou se o adolescente continua a viver em casa dos pais).

Para as mães adolescentes, esta é uma experiência bastante absorvente nos dois primeiros anos de vida da criança, já que esta fica muito dependente dos cuidados de um adulto. Como socialmente se atribui à mãe a responsabilidade destes cuidados, as mães adolescentes ficam muitas vezes sobrecarregadas (sobretudo quando o apoio familiar é escasso nesta matéria), por vezes atrasando ou interrompendo os estudos. Contudo, quando existe um apoio familiar a todos os níveis, os estudos não são afectados e a adolescente prossegue o percurso previsto. Comparativamente, a maioria dos pais não vê o seu percurso escolar atrasado ou interrompido, embora nos casos em que o pai se envolve na educação da criança e cumulativamente pertence a uma classe social desfavorecida, ingresse precocemente no mercado de trabalho, interrompendo os estudos, para participar nas despesas da educação da criança. Em outras situações, estes pais já estão inseridos no mercado de trabalho e, algumas vezes, envolvidos mesmo em processos de exclusão social anteriores à própria parentalidade. Nestes casos, desde que haja envolvimento, quer da mãe, quer do pai adolescente, a parentalidade agrava a situação de exclusão social.

Os adolescentes oriundos de classes sociais mais favorecidas são tendencialmente mais apoiados pelas famílias a todos os níveis, minimizando o impacto da experiência deste acontecimento na sua carreira escolar-profissional. Os adolescentes que pertencem a uma família com recursos intermédios já não podem contar com os mesmos apoios ao nível económico, mas o apoio ao nível emocional e nos cuidados à criança pode ser bastante importante para que o adolescente não atrase muito ou interrompa o seu percurso escolar. Mas esta questão é mais evidente no caso das mães adolescentes onde, efectivamente, existe esse risco de interrupção dos estudos. Paralelamente, nas situações dos adolescentes de classes sociais desfavorecidas, a parentalidade exercida sem um grande suporte familiar empurra os adolescentes para um in-

gresso precoce no mercado de trabalho, sem grandes qualificações escolares, comprometendo o seu futuro profissional.

Assim sendo, existem franjas da população onde a experiência da parentalidade na adolescência pode comportar maior risco social. Este risco é evidente nos casos dos adolescentes que já se encontram em processos de exclusão social (famílias desestruturadas e com poucos recursos económicos) e cuja motivação para a parentalidade decorre de fracas expectativas escolares e profissionais. Contudo, existe uma outra franja da população, com uma origem social de recursos intermédios, onde a parentalidade condiciona negativamente o percurso escolar e profissional, sobretudo se não houver um apoio familiar muito expressivo. Este apoio é decisivo na forma como a parentalidade é vivida.

A parentalidade na adolescência não é necessariamente um acontecimento vivido de forma negativa pelos adolescentes (v.g parentalidade cooperante), mas se não for suficientemente apoiada pela família pode comportar riscos sociais que, como vimos, se podem reflectir no percurso escolar e profissional. Embora em alguns casos isto não se aplique, uma vez que os adolescentes já se encontram em processos de exclusão social anteriores à própria parentalidade, sendo que a pertença de classe social se sobrepõe à experiência da parentalidade. Com efeito, os adolescentes oriundos de classes sociais mais desfavorecidas têm tendência a conhecer percursos escolares mais curtos e entradas precoces no mercado de trabalho, anteriores à própria parentalidade. Daí que, nestes casos, a parentalidade seja um culminar de etapas e de uma entrada linear na vida adulta, consumada pelo início da conjugalidade.

É de sublinhar que a parentalidade na adolescência põe a descoberto a relação do adolescente com os seus pais. O adolescente vê-se confrontado com uma dupla posição na família - o facto de ser filho e de vir a ser mãe/pai, bem como de ser jovem e de poder ascender ao estatuto de adulto. Esta duplicidade origina tensões e angústias no adolescente que são ultrapassadas, quase sempre, quando a notícia é dada aos pais ou quando a criança efectivamente nasce. Depois desta fase de indefinição, reposicionam-se papéis, o adolescente procura adaptar-se a esta nova situação e assimilar o seu novo papel social.

Outra questão interessante observada durante a investigação que serviu de base a este artigo é o facto de os pais terem aceitado conceder a entrevista. No início do trabalho pensámos encontrar algumas resistências, mas a realidade mostrou-se diferente. Com efeito, em traços gerais, os pais adolescentes estão bastante envolvidos emocionalmente na educação e crescimento dos seus filhos.

Em suma, a parentalidade na adolescência tem custos ao nível das oportunidades, das condições e da qualidade de vida da maior parte dos adolescentes que a vivem, com excepção dos que experimentam uma parentalidade cooperante. Quanto mais desfavorecida é a classe social do adolescente e/ou menor é o apoio familiar, mais custos a parentalidade comportará. Referimo-nos a oportunidades escolares e profissionais. E são as mães as mais afectadas por este acontecimento, especialmente nos dois primeiros anos de vida da criança, pois os filhos ficam à sua responsabilidade e, muitas vezes, uma forte assimetria de género facilita o alheamento parcial ou total dos pais.

## BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, José Miguel Ramos de. (1987). *Adolescência e maternidade*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA. (2003). *Mamãs de Palmo e Meio: Gravidez e maternidade na adolescência*, Lisboa.
- BOZON, Michel et al. (2002). “Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência”. in *Horizontes Antropológicos*, n.º 17, p. 13-45.
- EUROSTAT. (2006). *População e Condições Sociais – Demografia*.
- FERREIRA, Pedro Moura. (2004). “Maternidade Precoce: tendências e perfis”. in *Textos II Congresso Português de Demografia*, Associação Portuguesa de Demografia, Lisboa.
- GERARDO, Filomena. (2004). “Maternidade na adolescência: uma forma de integração social e/ou exclusão social”. in *VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*, Centro de Estudos Sociais, Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra.
- LAHIRE, Bernard. (2005). “Patrimónios individuais de disposições. Para uma sociologia à escala individual”, *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º 49, p. 11 – 42.
- LYRA, Jorge Luiz Cardoso. (1997). *Paternidade Adolescente: uma proposta de intervenção*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social (policopiado). São Paulo: PUC/SP.
- MONTEIRO, Teresa Líbano. (2005). *Famílias e Novos Movimentos Religiosos: trajetória familiar, individualização e identidade espiritual*, Dissertação de Doutoramento em Sociologia (policopiado). Lisboa: ISCTE.
- REIS, Vânia Teresa Moura. (2004). *Jovens Pais e Jovens Mães – experiências em camadas populares*, Dissertação de Doutoramento em Serviço Social (policopiado). Universidade Católica de S. Paulo.
- SIM-SIM, Maria Margarida Santana Fialho. (1997). *Mães – meninas – meninas - mães – abordagem fenomenológica da maternidade na adolescência*, Dissertação de Mestrado em Enfermagem (policopiado). Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas.
- TRINDADE, Ellika e Maria Alves de Toledo Bruns. (1999). *Adolescência e Paternidade*. Um Estudo Fenomenológico. Ribeirão Preto: Holos Editora.

# O Follow Up Contraceptivo Após Interrupção Voluntária da Gravidez<sup>1</sup>

Marta Fragoeiro [Médica de Família, USF Cova da Piedade, ACES Almada]

## RESUMO

O planeamento familiar e a contracepção futura são parte integrante dos cuidados à mulher no contexto da interrupção voluntária da gravidez. Este trabalho tem como objectivo rever as opções contraceptivas disponíveis para a mulher neste período particular enquadrando-as na realidade de utilização nacional e local.

**Palavras Chave:** *interrupção voluntária da gravidez, contracepção pós-IVG.*

## ABSTRACT

Post abortion family planning and contraception are an integral part of comprehensive abortion care. This paper aims to review the contraceptive options available to women in this particular period and to provide an insight of the national and regional reality on this matter.

**Keywords:** *pregnancy interruption, postabortion contraception.*

## INTRODUÇÃO

O planeamento familiar e a contracepção futura são parte integrante dos cuidados à mulher durante o processo de interrupção voluntária da gravidez (IVG).

A necessidade de contracepção após uma IVG, em contraste com o período pós-parto, é imediata, uma vez que a ovulação ocorre no primeiro mês em 90% das mulheres, em média ao 22<sup>o</sup> dia pós IVG.

Assim, torna-se importante iniciar a contracepção precocemente e nunca depois das duas semanas após uma IVG.

O início precoce da contracepção apresenta diversas vantagens, nomeadamente a certeza de estarmos perante uma mulher não grávida, altamente motivada a aderir a métodos contraceptivos (dado que após uma IVG, a maioria das mulheres não pretende engravidar imediatamente) e que está, devido à sua situação, numa situação de proximidade dos cuidados de saúde.

De acordo com dados do Instituto Nacional de Estatística, o Centro de Saúde é o local de vigilância dos métodos contraceptivos mais referido pelas mulheres portuguesas e é também aqui que geralmente se inicia e termina o processo da IVG. É assim fundamental que os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários estejam familiarizados com a utilização dos diferentes métodos contraceptivos durante este período.

Este trabalho tem como objectivo rever as opções contraceptivas disponíveis para a mulher neste período particular enquadrando-as na realidade de utilização nacional e local (experiência da Unidade de Saúde Familiar da Cova da Piedade).

## MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados *MEDLINE*, *The Cochrane Library*, *National Guideline Clearing House*, *UpToDate*, *TripDataBase* e *Índex RMP*, de revi-

(1) Seminário Boas Práticas em IVG – 11 e 12 de Fevereiro de 2009

sões baseadas na evidência, normas de orientação clínica, meta-análises e revisões sistemáticas, publicadas desde 1 de Janeiro de 1999 até 30 de Janeiro de 2009, em inglês, português, francês e castelhano, utilizando as palavras chave (MeSH): “contraception”, “postabortion”, “postabortal”, “abortion”, “IUD”, “progestogen-only injectable”, “progestogen-only implant”, “oral contraceptives” e “sterilisation”. Foram também pesquisadas recomendações de Sociedades Científicas, tendo sido apenas seleccionadas aquelas em que é analisado o nível de evidência.

Para avaliar a qualidade dos estudos e a força de recomendação, foi utilizada a escala de *Strength of Recommendation Taxonomy* (SORT) da *American Family Physician* (AFP). Segundo esta taxonomia, a qualidade do estudo está subdividida em três Níveis de Evidência (Nível de Evidência 1: estudos de boa qualidade, evidência orientada para o doente; Nível de Evidência 2: estudos de qualidade limitada, evidência orientada para o doente; e Nível de Evidência 3: outra evidência) e a Força de Recomendação em três graus (Força de Recomendação A: consistente, boa qualidade, evidência orientada para o doente; Força de Recomendação B: inconsistente ou qualidade limitada, evidência orientada para o doente; e Força de Recomendação C: consensos, evidência orientada para a doença).

Foram ainda pesquisados os dados relativos à realidade da utilização de métodos contraceptivos após IVG a nível nacional (sítio da Direcção Geral de Saúde) e local (Relatório de Actividades 2008 da USF Cova da Piedade).

## RESULTADOS

### ACONSELHAMENTO

O início do aconselhamento contraceptivo, no contexto da IVG, deve ter início na consulta prévia e manter-se durante todos os contactos da mulher com os cuidados de saúde. Este aconselhamento deve ser isento e fornecer à mulher informação sobre as diferentes opções contraceptivas disponíveis.

**O aconselhamento precoce pós IVG** e o fornecimento imediato de métodos contraceptivos demonstraram aumentar a sua utilização subsequente (Nível de Evidência 2). O envolvimento de ambos os parceiros neste

aconselhamento também parece diminuir a taxa de abortos de repetição (Nível de Evidência 3).

Este aconselhamento, parte integrante dos cuidados no contexto da IVG, deve incluir:

- Apoio emocional;
- Ênfase na utilização de contracepção;
- Informação sobre métodos: características, eficácia e efeitos acessórios;
- Selecção do método;
- Fornecimento regular do método e *follow-up*;
- Avaliação dos objectivos de Planeamento Familiar e protecção de doenças sexualmente transmissíveis.

### MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

De uma forma geral, pode ser iniciado qualquer método de acordo com perfil de risco individual da mulher (determinado pelos critérios médicos de elegibilidade para o uso de métodos anticoncepcionais publicados pela OMS e também pela DGS).

A escolha do método deve sempre ter em conta os métodos anteriores e a sua adequada ou inadequada utilização pela mulher.

O método escolhido deve ser iniciado imediatamente após IVG (Força de Recomendação B).

#### 1. CONTRACEPTIVOS ORAIS COMBINADOS

A utilização de contracepção oral combinada (COC) pode ser iniciada imediatamente após IVG medicamentosa ou cirúrgica (Força de Recomendação B). Existe necessidade de contracepção suplementar durante 7 dias se esta não for iniciada nestas condições. Dois estudos controlados e aleatorizados demonstraram que a utilização de COC imediatamente após a IVG é segura, não tendo influência na duração/quantidade hemorragia vaginal ou na taxa de abortos incompletos (Nível de Evidência 1).

#### 2. CONTRACEPTIVOS ORAIS COM PROGESTATIVO, IMPLANTE SUBCUTÂNEO E INJECTÁVEIS COM PROGESTATIVO

A utilização de progestativos pode ser iniciada imediatamente após IVG medicamentosa ou cirúrgica (Força

de Recomendação B). Existe necessidade de contraceção suplementar durante 2 dias se esta não for iniciada nestas condições.

### 3. DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)

A contraceção intra-uterina pode ser iniciada imediatamente após IVG (Força de Recomendação B).

Uma revisão sistemática de nove ensaios aleatorizados concluiu que a inserção do DIU imediatamente após IVG cirúrgica é segura e prática (Nível de Evidência 2).

Existem, no entanto, poucos dados relacionados especificamente com a inserção de DIU após IVG medicamentosa que compararem a eficácia e segurança da inserção imediata *versus* a inserção diferida. Assim, a OMS recomenda que, se a inserção não for feita imediatamente (nas primeiras 48 horas), esta seja adiada até às 4 semanas após IVG medicamentosa. A DGS recomenda que se a inserção não for até 14 dias após o mifepristone (se confirmação ecográfica de aborto completo, sem infecção ou hemorragia exuberante), esta deve ser protelada para a menstruação seguinte.

Num estudo não existiu diferença na incidência de infecção pélvica pós IVG com inserção concorrente de DIU (Nível de Evidência 3).

A inserção do DIU imediatamente após a IVG tem diversas vantagens, especialmente quando as mulheres têm acesso limitado aos Cuidados de Saúde, uma vez que estas podem não voltar para a inserção programada.

### 4. PRESERVATIVO MASCULINO E FEMININO

Os preservativos (masculino ou feminino) podem ser utilizados imediatamente após a IVG (Força de Recomendação B). Estes devem ser fornecidos ao casal independentemente da decisão sobre o método contraceptivo futuro.

### 5. ADESIVO E ANEL VAGINAL

As recomendações para a utilização destes métodos são semelhantes às recomendações para os COC, no

entanto, a sua utilização pode ser limitada pela ausência de disponibilidade destes métodos para distribuição gratuita no Sistema Nacional de Saúde.

### 6. MÉTODO AUTO-OBSERVAÇÃO/CALENDÁRIO

O método de auto-observação/calendário não recomendado até regularização do padrão menstrual, o que pode levar até 3 ciclos após IVG. Devem ser oferecidos métodos alternativos.

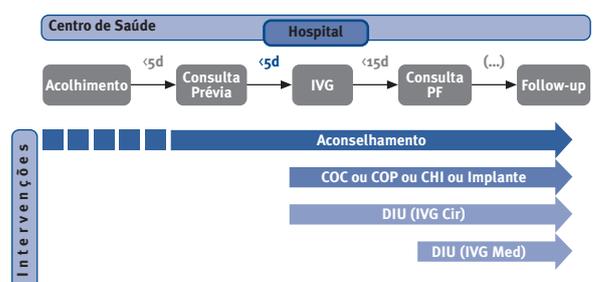
### 7. CONTRACEÇÃO CIRÚRGICA

A contraceção cirúrgica pode ser realizada de forma segura no mesmo tempo que a IVG (Força de Recomendação B).

Dois estudos demonstraram não existir aumento das complicações imediatas e a curto prazo quando o procedimento é simultâneo à IVG (Nível de Evidência 3). No entanto, e de acordo com a OMS, existe potencialmente uma taxa de falência superior quando o procedimento é simultâneo à IVG. A irreversibilidade do método deve ser ponderada pela mulher/casal e a tomada de decisão deve ser consciente apesar de ser feita num momento de *stress* para a mulher/casal.

### FOLLOW-UP CONTRACEPTIVO NO CONTEXTO IVG EM PORTUGAL

O processo de IVG e respectivos intervenientes, de acordo com a legislação portuguesa, encontram-se esquematizado na Figura 1. Nesta figura está ainda esquematizada a utilização das diferentes alternativas contraceptivas e respectivos *timings*.



**Figura 1** – O processo de IVG em Portugal, intervenientes e alternativas contraceptivas no pós-IVG

O Registo Nacional de IVG não tem dados referentes à caracterização da Consulta de Planeamento Familiar pós-IVG. Não sabemos quantas destas mulheres compareceram numa consulta de Planeamento Familiar nem se o timing preconizado para o início da contraceção foi respeitado.

No que concerne os métodos contraceptivos escolhidos no pós IVG, constata-se que a escolha tem uma distribuição semelhante à distribuição nacional de métodos contraceptivos fora do contexto da IVG.

**Quadro I** - Escolha do método contraceptivo pós IVG [DGS, Relatório dos Registos de IVG ao abrigo da Lei 16/2007, Dados de Julho de 2007 a Julho de 2008]

| Método Contraceptivo Escolhido | Nº           | %          |
|--------------------------------|--------------|------------|
| Hormonal (oral/injectável)     | 10163        | 60,5       |
| Implante                       | 2133         | 12,7       |
| DIU                            | 2046         | 12,2       |
| Outro                          | 1027         | 6,1        |
| Nenhum                         | 924          | 5,5        |
| Laqueação de Trompas           | 491          | 2,9        |
| <b>Total</b>                   | <b>16784</b> | <b>100</b> |

#### **FOLLOW-UP CONTRACEPTIVO NO CONTEXTO IVG NA USF DA COVA DA PIEDADE**

A Unidade de Saúde Familiar da Cova da Piedade serve uma população de cerca de 16 800 utentes residentes na freguesia da Cova da Piedade (concelho de Almada), dos quais cerca de 3 900 são mulheres em idade fértil.

Durante o ano de 2008, foram registadas 26 IVG na USF da Cova da Piedade com encaminhamento para o respectivo hospital de referência.

Destas, apenas 7 (27%) compareceram na consulta de Planeamento Familiar marcada (até 15 dias pós IVG) mas 16 (62%) compareceram na consulta após uma ou mais convocações. 3 mulheres nunca compareceram à consulta de Planeamento Familiar nem responderam às convocações efectuadas.

A distribuição do método contraceptivo escolhido é sensivelmente sobreponível à nacional conforme exposto no Quadro II.

**Quadro II** - Escolha do método contraceptivo pós IVG [USF Cova da Piedade, Relatório de Actividades 2008]

| Método Contraceptivo Escolhido | Nº        | %          |
|--------------------------------|-----------|------------|
| Hormonal oral                  | 12        | 46%        |
| DIU                            | 6         | 23%        |
| Implante                       | 5         | 19%        |
| Sem <i>follow-up</i>           | 3         | 12%        |
| <b>Total</b>                   | <b>26</b> | <b>100</b> |

#### **CONCLUSÃO**

O *follow-up* contraceptivo no contexto da IVG deve incluir aconselhamento, informação e fornecimento regular do(s) método(s) contraceptivo(s) escolhido(s) bem como a avaliação constante dos objectivos de Planeamento Familiar do casal e respectiva adequação do(s) método(s).

Os métodos contraceptivos possíveis, de acordo com o perfil de risco individual da mulher, após IVG, devem ser iniciados precocemente.

A ligação do *follow-up* contraceptivo após IVG com o planeamento familiar é fundamental para a prevenção de futuras gravidezes não desejadas.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, Woolf SH, Susman J, Ewigman B, Bowman M. Strength of recommendation taxonomy (SORT): a patient-centered approach to grading evidence in the medical literature. *Am Fam Physician*. 2004 Feb 1;69(3):548-56.
- (2) Direcção Geral da Saúde. Orientações Técnicas – Saúde Reprodutiva e Planeamento familiar. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2008.
- (3) WHO. Improving access to quality of care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use (3rd ed). Genebra: WHO; 2004.
- (4) Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The care of women requesting induced abortion. No.7, 60-62. 2000.
- (5) Kaunitz, AM. Postpartum and postabortal contraception [Internet]. UpToDate Online 16.3. 2008. [acedido a 1/2/2009]. Disponível em: [http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=postpart/2250&selectedTitle=2~19&source=search\\_result](http://www.uptodate.com/online/content/topic.do?topicKey=postpart/2250&selectedTitle=2~19&source=search_result)
- (6) Mittal S. Contraception after medical abortion. *Contraception*. 2006 Jul;74(1):56-60.
- (7) Grimes, D, Schulz, K, Stanwood, N. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; :CD001777.
- (8) Direcção Geral da Saúde. Circular Normativa nº 9/SR – Interrupção Medicamentosa da Gravidez. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2007.
- (9) Direcção Geral da Saúde. Circular Normativa nº 10/SR Interrupção cirurgica da gravidez até às 10 semanas. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2007.
- (10) Direcção Geral da Saúde. Circular Normativa nº 11/SR – Organização dos Serviços para implementação da Lei 16/2007 de 17 de Abril. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2007.
- (11) Direcção Geral da Saúde. Relatório dos registos das interrupções de gravidez ao abrigo da Lei 16/2007 de 17 de Abril. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2008.

# Filhos a mais: descendências numerosas e a questão do (não) planeamento dos nascimentos

Vanessa Cunha (Investigadora do Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa)

## RESUMO

Sustentada num novo paradigma contraceptivo, a reprodução conjugal é hoje uma arena de livres escolhas: os casais podem decidir se querem ter filhos, *quantos* querem ter e *quando* os querem ter. Não obstante esta tendência, há ainda na sociedade portuguesa uma desigual distribuição de recursos e competências na população, nomeadamente a competência a nível da vigilância contraceptiva. Por conseguinte, os *filhos a mais* – que estão ancorados em contextos sociais mais desfavorecidos – consubstanciam situações em que o “acidente” na trajectória reprodutiva conduz à constituição de descendências numerosas, descendências essas que superam os próprios ideais de fecundidade orientados pela «norma dos 2 filhos».

**Palavras-chave:** *planeamento familiar, descendências numerosas, ideais de fecundidade, desigualdades sociais*

## ABSTRACT

Based on a new contraceptive paradigm, marital reproduction is nowadays an arena of free choice: couples may decide *if* they want to have children, *how many* they want to have and *when* they want to have them. Despite this trend, there's still an unequal distribution of resources and skills in the Portuguese population, namely regarding expertise in contraceptive surveil-

lance. Therefore, in less privileged social settings – where the resources and the skills are lower – we can find the reality of *too many children*: the “accident” in couple's reproductive trajectory leads to large offspring. Offspring that exceed the fertility ideals of Portuguese families oriented to the «two children norm».

**Keywords:** *family planning, large offspring, fertility ideals, social inequalities*

Se houve um acontecimento do século XX que inaugurou mudanças sem precedentes no campo da reprodução humana, este foi, sem margem para dúvida, a invenção/difusão de métodos anticoncepcionais de elevada eficácia, em particular da “pílula” hormonal mas também do dispositivo intra-uterino (DIU). Os efeitos desta verdadeira revolução – que ficou conhecida, nas ciências sociais, por «segunda revolução contraceptiva»<sup>1</sup> (Leridon *et al.*, 1987; Segalen, 1999) – fizeram-se notar tanto a nível *macro*, na paisagem demográfica das sociedades europeias, com a conhecida inflexão da curva da fecundidade, como a nível *micro*, nas experiências reprodutivas dos casais. Com efeito, esta contracepção inovadora – feminina, de elevada fiabilidade e independente do acto sexual – veio operar duas grandes mudanças na esfera da intimidade conjugal: a transferência do ónus do controlo da fecundidade do homem, a quem competia tradicionalmente, para a mulher<sup>2</sup>; e a dissociação entre sexualidade e reprodução. Neste novo quadro contraceptivo, ter filhos deixa

(1) Por analogia à «primeira revolução contraceptiva», que consistiu na generalização, na época moderna, da prática do coito interrompido no quadro da vida conjugal, com repercussões nos níveis de fecundidade das sociedades europeias.

(2) O coito interrompido foi, até recentemente, uma prática bastante generalizada. Era o homem que tinha que “ter cuidado”, para prevenir a gravidez indesejada.

de ser uma consequência inevitável (ou mesmo uma finalidade inquestionável) da vida em casal, pelo que a reprodução passa a ser entendida enquanto arena que está legítima e desejavelmente sujeita a livres escolhas: se querem ter filhos, *quantos* querem ter e *quando* os querem ter.

Contudo, há na realidade uma normatividade social muito forte em relação a esta matéria: por um lado, porque a concepção actual de família repousa sobretudo no laço parental e na sua perenidade e menos no laço conjugal, que é hoje manifestamente mais instável (Barthélémy *et al.*, 1986; Théry, 1993); por outro, porque ter filhos ainda é uma das peças centrais da construção da identidade adulta, pelo que a maternidade e a paternidade continuam a ser desafios quase irrecusáveis (Almeida *et al.*, 2004; Cunha, 2007/prelo; Landa, 2005). Mas se assim é, a verdade é que a *livre escolha* está, afinal, muito orientada para a «norma dos dois filhos», ideal de descendência que tem vindo a afirmar-se ao longo das últimas décadas no panorama europeu, em substituição de ideais mais numerosos, de três ou quatro filhos, ainda frequentes nos anos 70 do século XX (Cunha 2007; Testa, 2002).

Ora, esta «norma ideal dos dois filhos», assim como a baixa fecundidade, o adiamento intencional da transição para a parentalidade e a vigilância contraceptiva baseada na suspensão tendencialmente prolongada da fertilidade feminina, são traços fundamentais da modernização da fecundidade contemporânea, que modelam também as experiências reprodutivas das famílias portuguesas (Cunha, 2007/prelo; Frejka, 2008).

Mas há outro traço que caracteriza igualmente a nossa fecundidade, que é o seu desenho característico em U quando equacionada à luz dos capitais escolares (Oliveira, 2007). Por outras palavras, ela é mais elevada em contextos sociais muito e pouco qualificados e mais baixa nos sectores intermédios. Não obstante as

tendências de modernização acima referidas, este facto demonstra que o campo da reprodução também é palco de condutas heterogêneas que reflectem diferentes disposições perante a fecundidade, mas sobretudo a desigual distribuição de recursos e competências sociais na população portuguesa, nomeadamente a competência a nível da vigilância contraceptiva para garantir a adequação das práticas às aspirações.

Ora, a partir dos resultados de um inquérito nacional do final dos anos 90 vamos dar conta, justamente, das articulações entre o planeamento dos nascimentos, a dimensão das descendências e os ideais de fecundidade das mulheres portuguesas<sup>3</sup>.

Uma primeira leitura de alguns indicadores sobre fecundidade permite confirmar de imediato a forte adesão à «norma dos dois filhos» na sociedade portuguesa, tanto a nível dos ideais como das práticas (quadro 1). De forma breve podemos dizer que se trata de um modelo de descendência (*ideal abstracto*) ao qual a maioria das mulheres aspira, ou seja, deseja para si antes mesmo de serem mães (*ideal inicial*), e que muitas efectivamente concretizam (*descendência actual*).

**Quadro 1** - Ideais de fecundidade e descendências (% e média) – Continente, 1999 «FPC»

|              | Ideal abstracto | Ideal inicial | Descendência actual |
|--------------|-----------------|---------------|---------------------|
| 1 filho      | 2               | 14            | 23                  |
| 2 filhos     | 65              | 67            | 54                  |
| 3 filhos     | 28              | 12            | 16                  |
| ≥ 4 filhos   | 5               | 6             | 7                   |
| <b>Total</b> | <b>100</b>      | <b>100</b>    | <b>100</b>          |
| <i>média</i> | 2,33            | 2,16          | 2,09                |

Não obstante esta tendência, duas outras notas se impõem, revelando a coexistência de realidades antagó-

(3) Trata-se da investigação «Famílias no Portugal Contemporâneo», que foi desenvolvida pelo Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa e pelo Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do ISCTE sob a coordenação científica de Karin Wall. O instrumento de recolha da informação foi um inquérito por questionário aplicado em 1999 a uma amostra representativa de mulheres portuguesas residentes no Continente (1776 casos) com idades entre os 25 e os 49 anos, a viverem em casal e com filhos co-residentes em idade escolar (Wall, 2005). Uma das arenas da vida familiar que procurámos conhecer foi, portanto, a da fecundidade das famílias, a partir da articulação de várias dimensões de análise sociologicamente relevantes: a das práticas, com indicadores de calendário e de planeamento dos nascimentos; a das representações e aspirações, com os projectos e os ideais; e ainda a das tensões, com os desfasamentos entre o que se idealiza num dado momento e o que se concretiza no campo da reprodução (Cunha, 2007).

nicas na fecundidade portuguesa contemporânea. A primeira prende-se com o evidente quadro de restrição da fecundidade à medida que passamos de um registo mais abstracto para o das práticas efectivas: se o *ideal abstracto* de família se revê nas descendências de dois filhos ou, ainda com alguma expressão, de três filhos (média=2,33); e se o *ideal inicial* reflecte já alguma antecipação das dificuldades em reproduzir aqueles modelos de descendência, nomeadamente a nível do 3º filho (média=2,16); as *descendências* propriamente ditas são ainda mais contidas, (média=2,09), destacando-se o peso significativo do filho único<sup>4</sup>. A segunda nota destoa, então, da primeira, pois prende-se com a constatação que também há uma franja da população, se bem que aparentemente pequena, que tem mais filhos do que idealizou inicialmente, se compararmos o peso das descendências numerosas (de 3 e mais filhos) na amostra por relação aos ideais iniciais (23% contra 18%).

Mas para conhecer com mais rigor os desfasamentos que têm lugar nesta arena recorreremos a um procedimento estatístico simples que compara os resultados dos ideais iniciais e das práticas, tornando possível saber quantas inquiridas concretizaram os seus objectivos, quantas ficaram aquém e quantas foram além dos mesmos. De forma sugestiva, quantas tiveram *filhos a menos* e quantas tiveram *filhos a mais* (quadro 2). E o que constatamos é que se há uma coincidência entre eles na maioria dos casos, nos restantes há de facto um desfasamento, que se traduz muitas vezes num resultado que fica aquém dos objectivos anteriores à maternidade, mas também, em 17% dos casos, num resultado que supera esses mesmos objectivos. E quando temos em conta o número de filhos das inquiridas percebemos, claramente, que a realidade dos *filhos a mais* marca em concreto as descendências numerosas: 55% das inquiridas que têm 3 filhos e 82% das que têm 4 ou mais filhos idealizavam, efectivamente, ter menos. Por seu lado, as descendências de filho único consubstanciam a realidade dos *filhos a menos*, na medida em que estas mães queriam, em regra, ter mais (68%), e as descendências de 2 filhos tra-

duzem a realização do ideal inicial (76%), confirmando a importância da «norma dos dois filhos» na sociedade portuguesa.

**Quadro 2** - Desfasamento entre ideal inicial e descendência, segundo a descendência (%) – Continente, 1999 «FPC»

| Desfasamento                                   | Descendência |         |          |          |            |
|--|--------------|---------|----------|----------|------------|
|  | Todas        | 1 filho | 2 filhos | 3 filhos | ≥ 4 filhos |
| Descendência = Ideal inicial                   | 58           | 32      | 76       | 34       | 9          |
| Descendência ← I. i. ( <i>filhos a menos</i> ) | 26           | 68      | 15       | 11       | 9          |
| Descendência → I. i. ( <i>filhos a mais</i> )  | 17           | 0       | 10       | 55       | 82         |
| <b>Total</b>                                   | <b>100</b>   | 100     | 100      | 100      | 100        |

Se estes resultados poderão configurar situações em que houve uma reavaliação dos projectos iniciais, pois as decisões no domínio da fecundidade não são necessariamente estáveis ao longo da trajectória reprodutiva, a verdade é que também é preciso equacionar o impacto das dificuldades a nível do planeamento familiar no desenho final das descendências mais numerosas (de 3 e mais filhos).

São, justamente, estes cenários distintos que queremos mapear e dar a conhecer e, para tal, vamos analisar um indicador que é o *planeamento do último nascimento* das inquiridas (quadro 3)<sup>5</sup>. Com efeito, no caso dos *filhos a mais* (em que a prática superou o ideal inicial), podemos pensar que um último nascimento planeado significa que houve um reequacionamento desse primeiro projecto. Por outras palavras, em algum momento da trajectória reprodutiva, para 25% destas mulheres passou a fazer sentido ter pelo menos mais 1 filho. Mas para a grande maioria (75%), o último nascimento não foi efectivamente planeado, apontando para a falência da vigilância contraceptiva. O peso do “acidente” reprodutivo é aqui muito significativo, em comparação com a sua ocorrência nas outras duas situações.

(4) Aliás, este facto é um traço característico da nossa paisagem demográfica no contexto europeu (Frejka, 2008).

(5) O questionário não contemplou questões sobre o recurso à contracepção. Apenas se perguntou se os nascimentos foram planeados ou não, ou seja, se a inquirida procurou engravidar ou engravidou “acidentalmente” em relação a cada um deles. Tratou-se de uma inquirição às práticas que não pretendia avaliar a dimensão do desejo.

**Quadro 3** - Planeamento do último nascimento, segundo o desfasamento entre ideal inicial e descendência (%) – Continente, 1999 «FPC»

| Desfasamento                          | Último nascimento |              |       |
|---------------------------------------|-------------------|--------------|-------|
|                                       | Planeado          | Não planeado | Total |
| Descendência = Ideal inicial          | <b>70</b>         | 29           | 100   |
| Descendência ← I. i. (filhos a menos) | <b>72</b>         | 28           | 100   |
| Descendência → I. i. (filhos a mais)  | 25                | <b>75</b>    | 100   |
| Todas *                               | 53                | 47           | 100   |

\* Quando teve mais do que 1 nascimento

E quando cruzamos o planeamento do último nascimento com a dimensão da descendência confirmamos, então, que o “acidente” na trajectória reprodutiva é em grande medida responsável pela constituição de descendências numerosas (quadro 4), descendências estas que não marcam ao acaso as famílias portuguesas e sim aquelas que, por combinarem fracas capitais sociais com fracas competências a nível da vigilância contraceptiva, se encontram mais distantes do processo em marcha de modernização da fecundidade contemporânea.

**Quadro 4** - Planeamento do último nascimento, segundo a descendência (%) – Continente, 1999 «FPC»

| Desfasamento | Último nascimento |              |       |
|--------------|-------------------|--------------|-------|
|              | Planeado          | Não planeado | Total |
| 1 filho      | -                 | -            | -     |
| 2 filhos     | 65                | 35           | 100   |
| 3 filhos     | 31                | <b>69</b>    | 100   |
| ≥ 4 filhos   | 13                | <b>87</b>    | 100   |
| Todas *      | 53                | 47           | 100   |

\* Quando teve mais do que 1 nascimento

Com efeito, é nas famílias com menos capitais escolares – nomeadamente quando as inquiridas têm no máximo o antigo ensino primário<sup>6</sup> – que as descendências

numerosas são mais comuns (quadro 5): 31% destas mulheres tiveram 3 ou mais filhos. Aliás, ter uma descendência numerosa é aqui mais frequente do que ter um filho único, ao contrário do que sucede em todos os outros níveis de ensino.

**Quadro 5** - Dimensões da fecundidade (descendência, planeamento, ideal inicial e desfasamento), segundo o nível de ensino (%) – Continente, 1999 «FPC»

| Dimensões da fecundidade                       | Nível de ensino |                   |                          |            |            |
|--|-----------------|-------------------|--------------------------|------------|------------|
|  | Todos           | Nenhum e primário | Preparatório e unificado | Secundário | Superior   |
| <b>Descendência</b>                            |                 |                   |                          |            |            |
| 1 filho  | <b>23</b>       | 17                | 30                       | 31         | 24         |
| 2 filhos                                       | <b>54</b>       | 53                | 54                       | 57         | 59         |
| 3 filhos                                       | <b>16</b>       | <b>21</b>         | 12                       | 10         | 14         |
| ≥ 4 filhos                                     | <b>7</b>        | <b>10</b>         | 4                        | 2          | 4          |
| Total  | <b>100</b>      | 100               | 100                      | 100        | 100        |
| <b>Planeamento do último nascimento *</b>      |                 |                   |                          |            |            |
| Planeado                                       | <b>53</b>       | 45                | 55                       | 60         | 66         |
| Não planeado                                   | <b>47</b>       | <b>53</b>         | 46                       | 40         | 34         |
| Total  | <b>100</b>      | 100               | 100                      | 100        | 100        |
| <b>Ideal inicial</b>                           |                 |                   |                          |            |            |
| 1 filho  | 14              | <b>15</b>         | 14                       | 15         | 8          |
| 2 filhos                                       | 67              | <b>71</b>         | 68                       | 62         | 60         |
| 3 filhos                                       | 12              | 10                | 12                       | 13         | 20         |
| ≥ 4 filhos                                     | 6               | 4                 | 6                        | 10         | 12         |
| Total  | <b>100</b>      | <b>100</b>        | <b>100</b>               | <b>100</b> | <b>100</b> |
| <b>Desfasamento ideal inicial/descendência</b> |                 |                   |                          |            |            |
| Descendência = Ideal inicial                   | 58              | 59                | 58                       | 54         | 56         |
| Descendência ← I. i. (filhos a menos)          | 26              | 18                | 27                       | 36         | 38         |
| Descendência → I. i. (filhos a mais)           | <b>17</b>       | <b>23</b>         | 15                       | 11         | 6          |
| Total  | <b>100</b>      | <b>100</b>        | 100                      | 100        | 100        |

\* Quando teve mais do que 1 nascimento

(6) A distribuição da amostra pelos diferentes níveis de ensino reflecte a realidade das fracas qualificações escolares da população portuguesa: 44% das inquiridas têm o ensino primário (actual 1º ciclo do ensino básico) ou mesmo nenhum; 34% têm o ensino preparatório ou o ensino unificado (actuais 2º e 3º ciclos do ensino básico); 11% têm o ensino secundário; e 11% têm o ensino superior (o que inclui licenciatura completa ou incompleta; bacharelato e ensino médio; pós-graduação, mestrado e doutoramento).

Nestas famílias é grande, portanto, o desencontro entre os ideais e as práticas: ideais dos mais contidos, que traduzem a convicção de que para garantirem o bem-estar dos filhos não deveriam ter mais do que 1 ou 2 (Cunha, 2007)<sup>7</sup>; e práticas marcadas pela fracas competências a nível da vigilância contraceptiva, que conduzem a trajectórias reprodutivas “acidentadas” e à realidade dos *filhos a mais*<sup>8</sup>.

## EM SÍNTESE

Numa altura em que as sociedades ocidentais e os seus poderes políticos se debatem com a questão dos baixos níveis da fecundidade e tentam inverter a tendência ensaiando diferentes instrumentos de incentivo à natalidade, consideramos que não podemos deixar na sombra outra realidade que ainda convive com esta no quadro da fecundidade portuguesa contemporânea e que é a realidade dos *filhos a mais*.

Na verdade, se importa reflectir seriamente sobre os obstáculos que se colocam hoje aos indivíduos na realização das suas *opções* no campo da reprodução (até porque são relativamente modestas, já que convergem para a «norma dos 2 filhos»), e em particular os obstáculos que são ditados pelos próprios calendários da fecundidade cada vez mais tardios, também importa reflectir sobre as razões que ainda arredam tantos casais da tendência geral de modernização dos comportamentos reprodutivos, nomeadamente no que respeita ao recurso eficiente da contracepção.

Em suma, é preciso continuar a pensar sobre o que ainda está por fazer no domínio da educação sexual (não só dirigida aos jovens, mas também a uma população adulta em idade reprodutiva), de modo a que o planeamento familiar – consagrado enquanto direito básico na Constituição Portuguesa há mais de três décadas – se transforme numa verdadeira ferramenta de *escolhas* legítimas na esfera da reprodução.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, Ana Nunes (coord.), Duarte Vilar, Isabel André e Piedade Lalanda (2004), *Fecundidade e Contracepção. Percursos de Saúde Reprodutiva das Mulheres Portuguesas*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Barthélémy, Martine, Anne Muxel e Annick Percheron (1986), “Et si je vous dis famille...Note sur quelques représentations sociales de la famille”, *Revue Française de Sociologie*, XXVII, pp. 697-718.
- Cunha, Vanessa (2007), *O Lugar dos Filhos. Ideais, Práticas e Significados*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Cunha, Vanessa (prelo), “Projectos de paternidade e a construção da fecundidade conjugal” in Karin Wall e Sofia Aboim (orgs.), *A Vida Familiar no Masculino: Novos Papéis, Novas Identidades*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Frejka, Tomas (2008), “Parity distribution and completed family size in Europe: incipient decline of the two-child family model?”, *Demographic Research*, vol. 19, pp.47-72.
- Lalanda, Piedade (2005), “Transições familiares e identidade das mulheres”, em Karin Wall (org.), *Famílias em Portugal. Percursos, Interações, Redes Sociais*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 363-391.
- Leridon, Henri et al. (1987), *La Seconde Révolution Contraceptive. La régulation des naissances en France de 1950 à 1985*, Paris, INED/PUF.
- Oliveira, Isabel Tiago (2007), “Fecundidade e Educação”, *Revista de Estudos Demográficos*, nº 40, pp.5-19.
- Segalen, Martine (1999), *Sociologia da Família*, Lisboa, Terramar.
- Testa, Maria Rita (2002), *Attitudes of Europeans Towards Fertility: Ideals, Desires, Intentions and Realizations*, Report for Eurobarometer 56.2, Viena, Institute for Demography/Austrian Academy of Sciences (policopiado).
- Théry, Irène (1993), *Le Démariage: Justice et Vie Privée*, Paris, Éditions Odile Jacob.
- Wall, Karin (org.) (2005), *Famílias em Portugal. Percursos, Interações, Redes Sociais*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.

(7) Daí serem as inquiridas mais escolarizadas que idealizavam inicialmente ter mais filhos, por pensarem que conseguiriam garantir o bem-estar de um maior número de filhos.

(8) O questionário não contemplou perguntas sobre a IVG. Eventualmente haverá, nestas famílias, uma combinação de comportamentos reprodutivos menos seguros com uma maior disponibilidade para acolher uma gravidez não planeada. Importa avançar com mais pesquisas que permitam compreender a maior ou menor abertura em relação à gravidez não planeada (afinal tão frequente na sociedade portuguesa como os dados desta investigação demonstram) e os contextos sociais/quadros de valores que influenciam essas diferentes disposições.

# Discursos genderizados sobre a sexualidade e a violência sexual

Sónia Martins (Universidade do Minho, Departamento de Psicologia)  
Carla Machado (Universidade do Minho, Departamento de Psicologia)

## RESUMO:

Este artigo apresenta uma revisão da investigação sobre a violência sexual à luz da dualidade sexualidade *versus* género. A partir desta revisão, são tecidas considerações em torno do género, da cultura, da sexualidade e dos processos de controlo social, assim como da percepção social da violência sexual e dos mitos e atribuições associados ao fenómeno. Para concluirmos, reflecte-se sobre a necessidade de rever as atitudes da sociedade relativamente à natureza da violência sexual, às suas consequências na vítima, aos papéis sociais e à natureza das relações entre homens e mulheres.

**Palavras-chave:** *género, sexualidade, violência sexual*

## ABSTRACT:

This article presents a review of the research on sexual violence in the light of the duality sexuality versus gender. From this review, considerations will be drawn concerning gender, culture, sexuality and processes of social control, as well as regarding the social perception of sexual violence and myths and attributions associated with such phenomenon. In conclusion, there will be a reflection on the need to review society's attitudes towards the nature of sexual violence, its consequences for the victim, gendered social roles and the nature of relations between men and women.

**Keywords:** *gender, sexuality, sexual violence*

Este trabalho procura compreender a violência sexual à luz da dualidade sexualidade *versus* género. Apresentamos uma revisão teórica crítica da investigação sobre as questões relacionadas com o poder, a sexualidade e as relações entre o género e a violência sexual, partindo de uma abordagem construcionista social e discursiva do género. Parte-se do princípio (Alferes, 2002) de que o sistema sexual e o sistema social se interpenetram de tal forma que não é possível pensar a sexualidade como uma entidade autónoma, não contaminada pela história e pela cultura. Assume-se ainda que o comportamento diferenciado em função do género é construído em interação e que a sexualidade e as experiências sexuais são produzidas e modificadas no âmbito de um discurso sexual que muda com o tempo histórico.

## 1. GÉNERO, CULTURA, SEXUALIDADE E PROCESSOS DE CONTROLO SOCIAL

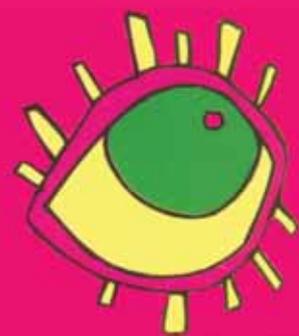
Os comportamentos sexuais, à semelhança do que acontece com os restantes comportamentos humanos, são delimitados pelas normas sociais e culturais dominantes, que impõem determinados padrões de comportamento sexual (Robinson & Richardson, 1997), em que o género é apontado como o maior factor de discriminação do que constitui um comportamento aceitável/não aceitável.

Tal não significa, contudo, que sejamos meros agentes passivos face aos contextos sociais, pelo que a aceita-

(1) Este trabalho foi realizado no âmbito do projecto “Violência nas relações juvenis de intimidade” (PTDC/PSI/65852/2006), financiado pela FCT. Qualquer correspondência relacionada com o mesmo deverá ser remetida para [cmachado@iep.uminho.pt](mailto:cmachado@iep.uminho.pt).

# “eu cresço.”

cartas de jogar



material lúdico, de simples utilização, cujo objectivo é proporcionar o acesso a informação objectiva sobre saúde sexual e reprodutiva.

encomendas em:

[www.apf.pt](http://www.apf.pt)

**APF**

ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA

ção das normas sociais relativas ao comportamento sexual não pode ser vista de forma passiva. É neste contexto que, como refere Vilar (2003), a história da sexualidade é uma história de aceitação de determinados padrões morais mas também de reacções e transgressões desses mesmos padrões e normas.

A teoria dos *scripts* sexuais (Gagnon, 1977; Gagnon & Simon, 1973), na óptica do construcionismo social, contribuiu largamente para que a sexualidade deixasse de ser vista como um impulso biológico universal, para passar a ser encarada como algo que precisa de ser construído na interacção, como um comportamento que emerge nas situações e contextos relacionais, de acordo com as expectativas dos participantes (Plummer, 1982). Assim sendo, os *scripts* sexuais podem ser definidos como esquemas socialmente construídos, relacionados com o significado e orientação dos comportamentos sexuais. Resumidamente, “dizem” quem são os potenciais parceiros sexuais, as circunstâncias em que um comportamento sexual se torna possível, o tipo de actividades e respectiva sequência e os motivos e razões para esse comportamento sexual (cf. Alferes, 1997, para uma análise mais detalhada). Além disso, os diferentes níveis de *scripts* (intrapessoal, interpessoal e encenação cultural) obedecem a uma interacção que encerra dimensões históricas, culturais e individuais, onde a mensagem passada não é homogénea, sobretudo nas sociedades mais complexas. Como refere Quartilho (2003), as encenações culturais “oficiais”, ainda que dentro das mesmas instituições, não são necessariamente hegemónicas, verificando-se, frequentemente, “uma tensão constante entre grupos, por vezes entre indivíduos, com o objectivo de promoverem as suas próprias encenações, os seus valores, as suas crenças, os seus princípios morais, até mesmo as suas convicções ideológicas” (p. 143).

Os *scripts* para os encontros sexuais são, portanto, claramente influenciados pelo género, esperando-se que os homens se comportem de uma forma assertiva, que tomem a iniciativa e controlem a sequência de acções, enquanto das mulheres é esperado um papel mais passivo, complacente e responsivo à evolução das interacções (e.g., Baumeister, Catanese, & Vohs, 2001; Schwartz & Rutter, 2000; Sprecher & McKinney, 1993). Ainda que nos pareça que actualmente se caminha para uma visão mais igualitária do relacionamento entre homens e mulheres, somos diariamente inundados

por mensagens, nomeadamente dos *media*, que representam a dominância sexual do homem acompanhada da submissão sexual da mulher (e.g., Baker, 2005; Jeffreys, 1990; Jhally, 1995; Kilbourne, 2000).

Esta submissão a regras diferenciadas no que toca à vivência da sexualidade, o *duplo padrão sexual* (Reiss, 1964), contribuiu largamente para que as suas experiências de amor, afecto e intimidade fossem/sejam vividas de forma muito diferenciada (Crawford & Pop, 2003). Desde logo, as mulheres e homens crescem e desenvolvem-se com um conjunto de valores sexuais diferenciados, os homens no sentido das experiências múltiplas e da gratificação física, enquanto nas mulheres é valorizado o sentido da intimidade e da comunhão emocional (Quartilho, 2003).

Estudos recentes sugerem que o duplo padrão sexual continua a existir nas sociedades actuais (e.g., Alferes, 1997; Milhausen & Herold, 1999; Ramos, Carvalho, & Leal, 2005), apesar de se assistir a um enfraquecimento das prescrições restritivas em relação à sexualidade feminina, nomeadamente no contexto pré-marital. Mais concretamente, admite-se cada vez mais que a sexualidade pré-marital pode ser vivida por homens e mulheres desde que exista, no caso destas últimas, um envolvimento afectivo com o parceiro sexual e um padrão de comportamento sexual heterossexual monógamo. Continuam, pois, a valorizar-se normas sexuais restritivas da prática de determinados comportamentos sexuais, como relações sexuais casuais, relações sexuais com muitos parceiros ou em situação de simultaneidade, assim como comportamentos homossexuais (Ramos *et al.*, 2005; Weinberg, Lottes, & Shaver, 2000).

Por sua vez, para os homens continua a ser comum e aceitável o envolvimento em relações sexuais sem afecto implícito (Ramos *et al.*, 2005). Neste sentido, Kane e Schippers (1996), verificaram que a maioria dos estudantes universitários admitem o direito das raparigas à actividade sexual, considerando, porém, que os rapazes devem ser sexualmente mais experientes do que as suas parceiras, sugerindo que os rapazes devem ser mais livres do que as raparigas para satisfazerem os seus desejos sexuais e que o seu desejo sexual é maior do que o das raparigas. Também Milhausen e Herold (1999) verificaram que a maioria das estudantes universitárias que participaram no seu estudo referiram a presença de um duplo padrão sexual no con-

texto social, mediante o qual as mulheres que têm muitos parceiros sexuais são julgadas de forma mais negativa do que os homens (Alferes, 1997; Ramos *et al.*, 2005). Destacaram assim que a mulher é social e severamente punida pelo facto da sua conduta sexual ultrapassar as fronteiras da moralidade sexual socialmente estabelecida, ficando com má reputação – o que é claramente demonstrativo de como as crenças sociais relativas à sexualidade se assumem como dispositivos de controlo social da sexualidade.

Herold e Mewhinney (1993) referiram ainda que o *script* tradicional assente no duplo padrão sexual encoraja o homem a atribuir uma definição sexual às suas relações afectivas, enquanto, no que toca às mulheres, lhes incute um sentimento de culpa aquando da prática de actos sexuais que transgridam as normas culturais.

Estes *scripts* podem conduzir a situações de violência sexual, à luz da pressuposição de que a iniciativa e pressão masculina em matéria sexual faz parte da interacção normal entre homens e mulheres em certos contextos relacionais. Há, de resto, vários estudos que comprovam que quanto maior for a adesão a estes *scripts*, maior é a probabilidade de ocorrer violência sexual (e.g., Anderson, Simpson-Taylor, & Herrman, 2004; Baumeister, Cantanese, & Wallace, 2002).

Ainda que as regras sociais em torno da sexualidade e dos papéis de género não indiquem explicitamente que o homem pode forçar a mulher a ter relações sexuais, deixam subentendido que se a rapariga quebra essas regras, cria condições que, em certa medida, justificam o forçar das relações sexuais. Por exemplo, Cialdini (1993), de acordo com a “teoria da reciprocidade”, identificou como representativa destas regras a situação em que o homem paga o jantar e o cinema e, subentendida, está a “obrigação” da mulher retribuir o gesto com relações sexuais, sendo que se ela recusa (i.e., quebra a regra), o homem pode tentar forçá-la a que isso aconteça. Um outro exemplo será a situação em que a mulher aceita um certo tipo de interacções sexualizadas (e.g., beijos, carícias íntimas), recusando posteriormente a relação sexual.

Também a concordância expressa por estudantes universitários, quer por homens quer por mulheres, quanto à ideia de que os avanços sexuais dos homens são justificados se a mulher não resiste física e verbalmente (i.e., se não diz que “não”), partindo da as-

sumpção de que ao não o fazer, está implicitamente a dizer que “sim” (Muehlenhard & Rodgers, 1998), traduzem a presença destas regras implícitas. Efectivamente os *scripts* sexuais tradicionais, que atribuem ao homem o papel de iniciar a actividade sexual e à mulher o papel de decidir até onde aquele acto pode ir ou não, eram invocados pelos participantes deste estudo para justificar as suas respostas. De acordo com estes, se a mulher não resiste física e verbalmente, tal é interpretado como sinal de que deseja a relação, sendo culpabilizada se algo não correr da forma esperada e interpretada como sendo sua a “falha” no controlo do comportamento do parceiro.

Ainda no que se refere às regras sexuais implícitas, White e Humphrey (1991) consideram que o namoro é o contexto privilegiado onde se joga um jogo com regras que ditam o que pode e o que não pode acontecer. Regras que, como refere Card (1991), não estão escritas em lado nenhum, mas são amplamente usadas pelas pessoas para guiarem e avaliarem o seu comportamento e o comportamento dos demais, constituindo-se como uma forma de controlo social. Assim, neste contexto, as jovens cedem muitas vezes às pressões dos seus companheiros devido a uma concepção subordinada do papel da mulher na relação e ao medo de perder o namorado caso não se conformem às exigências que lhe são feitas (Stefer, Strebel, & Foster, 2000). A violência sexual pode, mesmo, chegar a ser normalizada no contexto do namoro, acreditando-se que a mesma é legítima ou banal (Caridade, 2008) ou corresponde a uma forma de expressar amor e envolvimento (Stefer, Strebel, & Foster, 2000).

## 2. GÉNERO, VULNERABILIDADE E VIOLÊNCIA SEXUAL

Ideias acerca do género, da vulnerabilidade e da perigosidade têm consequências tanto para a vida dos indivíduos como para a vida em sociedade (Berta, Ornelas, & Maria, 2007; Hollander, 2001), pois é sabido que afectam não somente aqueles que experienciam violência como também os que não são vítimas e os que não são agressores.

Neste âmbito, estudos mostram que as mulheres tendem a relatar mais medo da violência do que os homens num vasto conjunto de circunstâncias (e.g., Gordon & Riger, 1989; Madriz, 1997; Machado, 2004; Warr, 1985) ainda que, paradoxalmente, este receio não se traduza nos dados conhecidos de vitimação, nomea-

damente nas estatísticas oficiais (Pain, 1997). De acordo com estas, à excepção da agressão sexual, o risco de experimentar violência pessoal é, de facto, muito superior nos homens (Stanko, 1997).

A esta realidade, alguns autores aditam que parece haver uma disjunção entre as situações que as mulheres relatam como mais temidas (agressão por um estranho, à noite, na rua) e as situações em que provavelmente estarão em maior risco (em casa, com conhecidos) (e.g., Koss, 1988; Tjaden & Thoemes, 1998), aquilo que Valentine (1992, p.84) realça ao referir a existência de uma “não correspondência entre a geografia do medo e a geografia da violência”.

Numa tentativa de explicar o porquê desta realidade, destacam-se várias explicações: (a) a existência de inúmeros casos de violência contra as mulheres que não são denunciados, especialmente aqueles que são cometidos por pessoas conhecidas (Stanko, 1992); (b) o que alguns autores (e.g., Ferraro, 1996; Warr, 1985) designaram pela “natureza única da agressão sexual”; (c) as experiências quotidianas de assédio sexual experimentadas pelas mulheres (Gardner, 1995); (d) as descrições de violência contra as mulheres apresentadas pelos *mass media* (Alzheimer, 1997; Health & Gilbert, 1996; Health, Gordon & LeBailly, 1981); e (e) as consequências reais dos crimes sexuais e dos mitos que distorcem a percepção da sua realidade (Berta, Ornelas, & Maria, 2007).

A este conjunto de explicações Hollander (2001), concordando com McDaniel (1993), adita o facto das pessoas construírem elas próprias a vulnerabilidade feminina e a perigosidade masculina através das conversas diárias em torno da violência e do perigo. A partir dos resultados de *focus groups*, esta autora analisou o facto de a vulnerabilidade face à violência ser uma componente central da feminilidade, mas não da masculinidade, do mesmo modo que tende a ser associado um relativo potencial de agressividade à masculinidade, mas não à feminilidade. Tentando desconstruir estas concepções, Hollander realça que se tratam de ideias acerca do género que são persistentes, largamente disseminadas e construídas através da interacção, mais concretamente, através das rotinas de comportamentos e comunicações que as replicam e reforçam dando-lhes, por conseguinte, existência real. A autora acrescenta ainda que estas ideias são, em parte, baseadas em crenças acerca dos “corpos gen-

derizados”, que assentam no pressuposto de que o corpo das mulheres é inerentemente vulnerável e não perigoso face aos outros, dada a sua menor estatura e força física, sendo fisicamente vulnerável à violência sexual. Em contrapartida, o corpo dos homens é visto como potencialmente perigoso devido à sua maior estatura, maior força e maior potencial para exercer violência sexual. Como refere a autora, estas ideias estão tão integradas na noção de género que são vistas como sendo “naturais” sendo, assim, largamente invisíveis e incontestáveis na vida quotidiana. Como refere Lott (1990), as pessoas passam a perceber-se como intrinsecamente genderizadas.

Esta tese vai de encontro à defendida por outros autores (e.g., Boswell & Spade, 1996), que consideram que a violência sexual e a sua ameaça implícita fazem parte da identidade feminina e constituem poderosos reguladores da experiência social das mulheres (Machado, 2004). Na verdade, a consciência da vulnerabilidade sexual e a percepção de fragilidade fazem parte da identidade feminina (Stanko, 1997), assim como as construções da respeitabilidade feminina integram prescrições específicas sobre a forma como a mulher se deve comportar de modo a evitar a sua vitimação. Note-se que estas expectativas e percepções têm consequências quer nas estratégias que as mulheres usam para se manterem seguras, quer nas interacções que estabelecem com os outros e na liberdade que têm para se moverem tanto em espaços públicos como em espaços privados (Berta *et al.*, 2007; Day, 1994; Prentice & Garranza, 2002; Sanchez, Crocker, & Boike, 2005).

Mas, como refere Lorber (1993), estas crenças acerca dos corpos masculinos e femininos são muito mais construções sociais do que representações da realidade. Por exemplo, a menor força física da mulher relativamente ao homem resulta não somente das diferenças fisiológicas entre ambos mas também das expectativas de género que valorizam a delicadeza e fragilidade feminina (McCaughey, 1997; Nelson, 1994). Além disso, a prevalência de violações entre homens presos demonstra que estes também são vulneráveis à agressão sexual (Mezey & King, 1992). O mesmo sucede com as experiências de violência homofóbica e racista, de homens homossexuais ou negros, respectivamente, também elas demonstrativas de que os grupos subordinados de homens são igualmente alvo de violência (Stanko & Hobdell, 1993).

### 3. GÉNERO E PERCEÇÃO SOCIAL DA VIOLÊNCIA SEXUAL

Nas últimas três décadas temos assistido a um aumento considerável de estudos que se debruçam sobre o fenómeno da percepção social da violência sexual (Anderson, 2007). Uma revisão mais aprofundada destes trabalhos permite concluir que, relativamente aos estudos que se centraram na violação das mulheres, sobretudo nos mais antigos, as pessoas tendem a acreditar no “clássico” estereótipo da violação perpetrada por um estranho (e.g., Estrich, 1987; Ryan, 1988). O facto, é que mesmo na actualidade, quando é pedido às pessoas para descreverem o que entendem por uma “típica violação” (“credível”, “genuína”, “real”), estas tendem a descrever um acontecimento que ocorre na rua, à noite, em que as vítimas estão sozinhas e desprotegidas e, subitamente, são atacadas por um estranho. É curioso notar que, relativamente à vítima, factores como esta vestir roupa “provocante”, conhecer o agressor, estar alcoolizada e ter passado tempo com o aquele no momento que precedeu a violação e, no caso do agressor, factores como este usar arma e empreender actos agressivos para tentar consumir a violação, tendem a não ser imediatamente mencionados (Anderson, 2007).

Não menos relevante é a conclusão de que este estereótipo da “real” violação, associada à perpetração por um estranho, também está presente no discurso de vários profissionais, entre os quais médicos, polícias, advogados e juízes (Du Mont, Miller & Myhr, 2003; Ferreira, 2004; Kassing & Prieto, 2003; Resick & Jackson, 1981). Existem mesmo evidências de que estes discursos se imiscuem na avaliação que estes profissionais fazem dos casos de violação, traduzindo-se na classificação que fazem dos mesmos como “fortes” e “fracos” (Estrich, 1987; Larcombe, 2002). Mais especificamente, um caso “forte”, percebido como uma situação em que a probabilidade de se conseguir uma condenação é significativa, é um caso cujas características se aproximam do estereótipo da “real violação”.

Todavia, alguns autores (e.g., Wood & Rennie, 1994) alertam que esta tendência é também, frequentemente, observada nas próprias vítimas. Por outras palavras, as vítimas raramente definem um episódio sexual como abusivo se o mesmo não se aproximar dessa percepção estereotipada do que é uma “verdadeira violação” – o que obviamente conduz a baixas ta-

xas de denúncia (Estrich, 1987; Lees, 1997; Ussher, 1997). Contudo, mais recentemente, outros autores (e.g., Gavey, 2005), sugerem que estamos a assistir a uma mudança nas crenças públicas em torno do estereótipo da violação. Esta mudança paulatina tem sido associada a um conjunto de factores, entre os quais se encontram a erosão do suporte cultural para os mitos de violação e para as atitudes tradicionais face aos papéis sexuais (Orcutt & Fairson, 1988), a crescente discussão nos *media* sobre as violações cometidas no contexto das relações de intimidade (Gavey, 2005), e a maior ênfase na denúncia e discussão dos mitos de violação nos jornais e nas revistas (Verberg, Desmarais, Wood, & Senn, 2000). Esta modificação estará mesmo a conduzir a uma relação estatisticamente significativa entre a diminuição de crenças e mitos sobre a violação e o incremento de denúncias de violações cometidas por agressores conhecidos das vítimas (Hinck & Thomas, 1999).

Um estudo internacional recente (Krahn, 2004) parece ser demonstrativo desta mudança, na medida em que, quando foi pedido às participantes para descreverem uma experiência sexual coerciva recente, se verificou que relatavam, frequentemente, uma violação perpetrada por um namorado ou conhecido. Além disso, quando se questionou se essas situações correspondiam a uma “verdadeira” violação, a maioria concordou, apenas discordando quanto ao facto de o sexo oral ou “digital” constituírem violação – o que mostra que muitas outras mudanças cognitivas precisam ainda de ocorrer.

A verdade é que um número considerável de mulheres é alvo de violência sexual em circunstâncias diferentes das que são contempladas neste estereótipo (e.g., Lonsway & Fitzgerald, 1994). Como refere Estrich (1987), a “verdadeira violação” (isto é, a mais frequente) acontece entre duas pessoas que se conhecem e em que o agressor não bate na vítima nem a ameaça com uma arma.

Já quando se analisam os estudos em torno da violência sexual cometida contra homens adultos verifica-se que esta só muito recentemente tem ganho terreno na investigação, nomeadamente no campo da psicologia social (Anderson, 1999; Anderson, Beatti & Spencer, 2001; Isely & Gehrenseck-Shim, 1997; Kaufman, Divasto, Jackson, Voorhees, & Christy, 1980). Além disso, verifica-se, à semelhança do que se regista no caso

das vítimas mulheres, que existe uma subrepresentação desta realidade nas estatísticas oficiais (Anderson, 2007). De entre as principais razões evocadas para a não denúncia encontra-se o medo dos homens vítimas de serem desacreditados, culpabilizados ou questionados quanto à sua orientação sexual (Scarce, 1997; Washington, 1999).

A literatura documenta ainda que a ignorância e a descrença face ao fenómeno da agressão sexual dos homens têm contribuído para a perpetuação de vários mitos em torno desta problemática. Mais especificamente, estudos realizados com o objectivo de perceber as conceptualizações dos participantes relativamente à violação dos homens (e.g., Struckman-Johnson & Struckman-Johnson, 1992), identificaram diversas percepções estereotipadas, como por exemplo que “os homens adultos só podem ser violados na prisão”, “os homens que são violados são homossexuais”, “os homens são demasiado fortes para serem violados”. Outras ideias comuns são as de que para ser uma “verdadeira vítima”, o homem tem que ser mais pequeno do que o seu agressor, que nestas situações o violador e/ou vítima são homossexuais, e que a vítima deverá sentir culpa pela agressão sexual de que foi alvo (Anderson, 2007; Perrott & Webber, 1996; Struckman-Johnson *et al.*, 1992). O estado da arte leva-nos, portanto, a concordar com autores como Donnell e Kenyon (1996) quando referem que o conhecimento em torno da violação cometida contra homens adultos se encontra no mesmo estádio em que o saber sobre a violação das mulheres se encontrava há vários anos atrás, apesar de existir um longo caminho ainda a percorrer também nesta última área.

O que parece indiscutível e consensual é o facto de o género dos participantes afectar as suas percepções do que constitui uma “típica violação das mulheres” e uma “típica violação dos homens”. Mais concretamente, os estudos revelam que os homens concordam mais com mitos sobre a violação do que as mulheres (Geiger, Fisher, & Eshet, 2004; Hinck & Thomas, 1999; Bradley, Chrisler, Hosdale, Osowiecki, & Veal, 1991; Davies, Pollard, & Archer, 2001), culpam mais as vítimas (White & Kurpius, 2002) e sustentam atitudes menos tolerantes face às mesmas (Jimenez & Abreu, 2003; Nagel, Matsuo, MacIntyre, & Morrison, 2005; Willian & Pollard, 2003). Autores como Doherty e Anderson (1998) concluem que tal realidade decorre “da natureza altamente genderizada da violação e das expecta-

tivas culturais que norteiam as relações sexuais e as suas transgressões” (p. 229).

O que é interessante notar é que esta menor identificação também se estende à violação dos homens (Anderson, 2007). Por outras palavras, a investigação evidencia que os homens culpam mais as vítimas homens do que as mulheres (Mitchell, Hirschman, & Hall, 1999; Whatley & Riggio, 1993), concordam mais com os mitos sobre a violação masculina (Struckman-Johnson & Struckman-Johnson, 1999) e são mais homofóbicos (Anderson, 2004; Burt & DeMello, 2002). Quanto a este último aspecto, algumas investigações (e.g., Anderson & Doherty, 2004; Davies, 2002; Davies & McCartney, 2003) constataram que a homofobia se torna mais saliente quando os homens não se identificam com as vítimas envolvidas e quando o incidente é descrito como envolvendo vítimas “gay”.

Alguns autores procuraram averiguar os factores que contribuem para esta reacção hostil e homofóbica à violação dos homens. Identificaram como factores preponderantes a reduzida simpatia com homens posicionados num papel não-dominante, assim como a crença de que os homens vítimas são homossexuais, com um estilo de vida pautado pelo envolvimento em sexo casual e indiscriminado (Scarce, 1997; West, 2000). Neste sentido, Davies (2002) considera que esta associação entre a violação dos homens e a homossexualidade pode ser uma maneira de os participantes expressarem a sua homofobia.

A percepção da violação masculina por parte dos homens parece, aliás, estar associada a uma combinação da masculinidade hegemónica (Kite & Whitney, 1996) com estratégias de distanciamento/defensividade emocional (Bell, Kuriloff, & Lottes, 1994; Shaver, 1970). Por exemplo, Anderson e Doherty (2004) verificaram que os homens tendem a distanciar-se de certos incidentes de violação envolvendo vítimas homens, descrevendo-os em termos sexuais e homofóbicos, de modo a deixarem a sua masculinidade intacta e a negarem a possibilidade de se poderem tornar vítimas deste tipo de agressão. As autoras verificaram ainda que as crenças homofóbicas estavam positivamente correlacionadas com a atribuição de culpabilidade aos homens vítimas de violação e com a crença de que as vítimas sofrem um impacto menor se a penetração for uma prática sexual normal na sua vida (i.e., se o homem for homossexual), acreditando, portanto, que o

trauma será maior para as vítimas que nunca experienciam esse tipo de contacto sexual.

Como tentativas de explicar esta diferente identificação de homens e mulheres com as vítimas de violação, têm ainda sido avançados os argumentos de que as mulheres têm maior probabilidade de ser agredidas sexualmente (DeKeseredy, Schwartz, & Tait, 1993; Koss, Gidycz, & Wisniewski, 1987) e o facto de estas experimentarem quotidianamente o medo de uma potencial violação (Verbeg, 1998). Por outro lado, historicamente, as mulheres foram quase sempre as vítimas da violência, ao passo que os homens quase sempre encarnaram o papel de perpetradores.

Partindo deste pressuposto, Anderson (2007) considera que os homens têm um menor conhecimento sobre o fenómeno porque são menos vítimas, têm poucos amigos que o foram, os *media* são mais omissos no que respeita à violação dos homens do que à das mulheres e, conseqüentemente, este é um tema que raramente surge na sua interacção social. A autora entende, assim, que os homens por possuírem menor conhecimento ou empatia para com as vítimas de violação, quando lhes é pedido para verbalizarem o que constitui uma “verdadeira violação” tendem a recorrer ao estereótipo da perpetração da agressão por um estranho – fazendo-o quer em relação à violação das mulheres quer em relação aos homens, por extrapolação de um cenário para o outro. Em contrapartida, Anderson considera que é esperado que as mulheres conheçam melhor o fenómeno e, como tal, se identifiquem mais proximamente com as vítimas. Refere ainda que, dadas as mudanças que têm ocorrido na percepção da violação das mulheres, é esperado que as mulheres saibam que a violação por alguém conhecido é mais frequente do que por um estranho e tendam a incluir esta situação nas suas descrições, extrapolando este conhecimento para a violação dos homens.

No plano das implicações destes dados, salientamos que a não percepção deste tipo de violência como algo de grave tem consequências negativas extremas para a vítima, ao nível da sua recuperação (Kubany, Abueg, Owens, Brennan, Kaplan, & Watson, 1995), da denúncia do crime e da intervenção do sistema judicial, que acaba por passar a mensagem aos agressores de que a lei não pode punir as suas acções e, simultaneamente, contribui para o sentimento de insegurança e

desamparo das vítimas (Freese *et al.*, 2004; Koss, 1992). Tal torna-se particularmente significativo se considerarmos que estas vítimas, mais do que as de outros crimes graves, já tendem a silenciar a sua vitimação (Koss, 1992).

#### 4. GÉNERO E VIOLÊNCIA SEXUAL: MITOS E ATRIBUIÇÕES

Vários investigadores têm procurado analisar como é que os factores atitudinais, como as atitudes de género (e.g., Burt, 1980; Check & Malamuth, 1983; Ong & Ward, 1999; Ryckman, Kaczor, & Thornton, 1992) e/ou os mitos de aceitação da violência sexual se relacionam com as reacções à violência sexual, sendo o género a característica do observador mais estudada nestas situações (Freese *et al.*, 2004).

Como referem Freese e colaboradores (2004), perceber as atitudes face à violência sexual permite-nos perceber como é que as pessoas reagem e se comportam face às vítimas e aos agressores. Tal facto é de extrema relevância na medida em que estas atitudes podem ser sustentadas quer por perpetradores quer por vítimas e são, frequentemente, pautadas pela culpabilização da vítima, minimização do impacto psicológico do crime e justificação do comportamento do agressor. Estas atitudes e crenças influenciam quer a expressão e tolerância da coerção sexual (Proite, Donnellis, & Benton, 1993), quer a adesão aos estereótipos sexuais tradicionais de masculinidade e feminilidade (Zweing, Barber, & Eccles, 1997).

Por exemplo, a probabilidade de usar a força num encontro sexual tem aparecido positivamente associada com sentimentos de hostilidade para com as mulheres, com a aceitação de mitos de violência sexual e com a crença de que a mulher deseja ou merece ser violada (Feltey, Ainslie, & Geib, 1991; Stille, Malamuth, & Schallow, 1987). De modo semelhante, outros estudos têm documentado que quando os homens são socializados de modo a serem dominantes e agressivos, tendem a guiar-se de acordo com a “cultura da hiper-masculinidade”, com o suporte de pares que fomentam a agressão sexual, e legitimam mitos e crenças sexuais agressivos (Killmartin, 2000; Rozee & Koss, 2001).

Estudos conduzidos recentemente têm, no entanto, verificado que, na generalidade, os participantes tendem

a discordar com a afirmação expressa de mitos sobre a violência sexual (e.g., Brady, Chrisler, Hosdale, Osowiecki, & Veal, 1991; Carmody & Washington, 2001; Golge, Yavuz, Muderrisoglu, & Yavuz, 2003; Hinck & Thomas, 1999; Martins & Machado, 2008), apesar de terem sido documentadas algumas diferenças entre homens e mulheres, com os primeiros a sustentar mais crenças de legitimação da violência (Jiminez & Abreu, 2003; Martins & Machado, 2008; McDonald & Kine, 2004; Vrij & Kirby, 2002).

Por sua vez, os estudos conduzidos com o intuito de compreender as atribuições para os diferentes tipos de agressão sexual têm concluído que os indivíduos consideram a agressão sexual cometida por um estranho como um crime mais sério e mais traumatizante (física e psicologicamente) para a vítima do que a agressão, mesmo que com características muito semelhantes, que é cometida por um conhecido (e.g., Barnett, Quackenbush, Sinisi, Wegman, & Otney, 1992; Bell, Kurilloff, & Lottes, 1994; Bridges, 1991; Perry, McLendon, & Foley, 1994; Szymanski, Devlin, Chrisler, & Vyse, 1993). O mesmo se verifica nos estudos que procuram comparar atitudes relativamente à violação por um estranho e à violação marital (e.g., Monson, Byrd, & Langhinrichsen-Rohling, 1996; Sullivan & Mosher, 1990).

Em todas estas investigações se constatou que as mulheres tendem a avaliar a violação mais severamente do que os homens (Barnett, Quackenbush, Sinisi, Wegman, & Otney, 1992; Bell, Kurilloff, & Lottes, 1994; Bridges, 1991; Monson, Byrd, & Langhinrichsen-Rohling, 1996; Szymanski, Devlin, Chrisler, & Vyse, 1993). Porém, quando se compara a violação por um conhecido ou namorado comparativamente com a violação perpetrada por um desconhecido, quer os homens quer as mulheres tendem a considerar a primeira situação menos seriamente e tendem a percepcioná-la como mais atribuível às características da vítima do que a segunda (Monson et al., 2000).

Mais especificamente, importa ainda reflectir sobre os estudos que procuraram perceber o tipo de informação que as pessoas tendem a considerar na formulação de julgamentos atribucionais no caso de uma violação. Krahé (1991), por exemplo, registou como variáveis frequentemente consideradas: “o grau de resistência da vítima, o consumo de álcool ou existência de lesões físicas, a ameaça ou uso de uma arma por parte do violador e as circunstâncias em que a violação ocorreu

(incluindo a hora do dia e o local da agressão)” (p.227). Outros estudos sustentam que factores como a ausência ou presença de resistência por parte da vítima (McCaul, Veltum, Boyechko, & Crawford, 1990; Ong & Ward, 1999) ou as relações entre a vítima e o perpetrador (Bell, Kurilloff, & Lottes, 1994; Check & Malamuth, 1983; Monson, Byrd, & Langhinrichsen-Rohling, 1996) podem influenciar estas atitudes, sendo que a probabilidade de a vítima ser responsabilizada pela sua vitimação é elevada quando ela é conhecida do violador (Bell, Kurilloff, & Lottes, 1994; Bridges & McGrail, 1989).

## CONCLUSÃO

Em linhas gerais, a revisão teórica efectuada analisou a forma como o género está implicado na discriminação do que constitui um comportamento sexual aceitável e/ou não aceitável, deixando claro que os conceitos de intimidade, afecto, relações íntimas e sexualidade não podem ser interpretados senão à luz de factores sociais, históricos, políticos e culturais. Desta forma, pretendemos reflectir acerca de como as atitudes, os valores e as crenças em torno da sexualidade e do que é considerado um comportamento sexual “apropriado” e/ou “inapropriado” influenciam quer a expressão e a tolerância da violência sexual, quer a adesão aos estereótipos sexuais tradicionais de masculinidade e feminilidade.

A investigação sugere que muito do que se nos apresenta como “diferenças naturais” são, na realidade, a expressão de valores e atitudes que podem ser modificados, sendo possível, e a nosso ver necessário, desconstruir a feminilidade e a masculinidade como categorias fundamentais que governam a vida social e psicológica.

Concordamos, por isso, com Eastel (1992), quando este afirma que prevenir a violência sexual requer que as atitudes da sociedade relativamente à natureza da violência sexual, às consequências na vítima, à natureza das relações entre homens e mulheres e às percepções dos papéis sociais de homens e mulheres sejam examinadas e modificadas.

## BIBLIOGRAFIA

- Alferes, V. (2002). *Encenações e comportamentos sexuais: para uma psicologia social da sexualidade*. Porto: Edições Afrontamento.
- Anderson, I. (1999). Characterological and behavioural blame in conversations about female and male rape. *Journal of Language and Social Psychology*, 18, 377-394.
- Anderson, I. (2004). Explaining negative rape victim perception: Homophobia and the male rape victim. *Current Research in Social Psychology*, 10, 44-57.
- Anderson, I. (2007). What is a typical rape? Effects of victim and participant gender in female and male rape perception. *British Journal of Social Psychology*, 46, 225-245.
- Anderson, I., Beatti, G., & Spencer, C. (2001). Can blaming victims of rape be logical? Attribution theory and discourse analytic perspectives. *Human Relations*, 54, 453-475.
- Anderson, I., & Doherty, K. (2004). Making sense of male rape: constructions of gender, sexuality and experience of rape victims. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 14, 85-103.
- Anderson, V., Simpson-Taylor, D., & Herrman, D. (2004). Gender, age, and rape-supportive rules. *Sex Roles*, 50, 77-90.
- Baker, C. (2005). Images of women's sexuality in advertisements: A content analysis of black and white oriented women's and men's magazines. *Sex Roles*, 52, 13-27.
- Baumeister, R., Catanese, K., & Wallace, H. (2002). Conquest by force: A narcissistic reactance theory of rape and sexual coercion. *Review of General Psychology*, 6, 92-135.
- Bell, S., Kuriloff, P., & Lottes, I. (1994). Understanding attributions of blame in stranger rape and date rape situations – an examination of gender, race, identification, and student's social perceptions of rape victims. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 1719-1734.
- Berta, M., Ornelas, J., & Maríá, S. (2007). Sobreviver ao medo da violação: constrangimentos enfrentados pelas mulheres. *Análise Psicológica*, 1, 135-147.
- Boswell, A., & Spade, J. (1996). Fraternities and collegiate rape culture: why are some fraternities more dangerous places for women? *Gender & Society*, 10, 133-147.
- Bridges, J. (1991). Perceptions of date rape and stranger rape: a difference in sex role expectations and rape-supportive beliefs. *Sex Roles*, 24, 291-307.
- Burt, D., & DeMello, L. (2002). Attribution of rape blame as a function of victim gender and sexuality, and perceived similarity to the victim. *Journal of Homosexuality*, 43, 39-58.
- Caridade, S. (2008). *Violência nas relações de namoro: Comportamentos e atitudes nos jovens*. Dissertação de doutoramento em Psicologia da Justiça. Braga: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho.
- Card, C. (1991). Rape as a terrorist institution. In R. Frey & C. Morris (Eds.), *Violence, terrorism, and justice* (pp. 296-319). New York: Cambridge University Press.
- Carmody, D., & Washington, L. (2001). Rape myth acceptance among college women. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 424-437.
- Cialdini, R. (1993). *Influence: science and practice* (3rd ed.). New York: HarperCollins.
- Davies, M. (2002). Male sexual assault victims: A selective review of the literature and implications for support services. *Aggression and Violent Behaviours*, 7, 203-214.
- Davies, M., & McCartney, S. (2003). Effects of gender sexuality on judgements of victim blame and rape myth acceptance in a depicted male rape. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 13, 391-398.
- Davies, M., Pollard, P., & Archer, J. (2001). The influence of victim gender and sexual orientation on judgments of the victim in a depicted stranger rape. *Violence and Victims*, 16, 607-619.
- Day, K. (1994). Conceptualizing women's fear of sexual assault on campus – A review of causes recommendations for change. *Environment and Behaviour*, 26, 742-765.
- DeKeseredy, W., Schwartz, M., & Trait, K. (1993). Sexual assault and stranger aggression on a Canadian university campus, *Sex Roles*, 28, 263-277.
- Doherty, K., & Anderson, I. (1998). Talking about rape: Perpetuating rape supportive culture. *Psychologist*, 11, 583-587.
- Du Mont, J., Miller, K., & Myhr, T. (2003). The role of "real rape" and "real victim" stereotypes in the police reporting practices of sexually assaulted women. *Violence against women*, 9, 466-486.
- Estrich, S. (1987). *Real rape*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Felty, K., Ainslie, J., & Geib, A. (1991). Sexual coercion attitudes among high school students: the influence of gender and rape education. *Youth and Society*, 23, 229-250.
- Ferraro, K. (1996). Women's fear of victimization: shadow of sexual assault? *Social Forces*, 75, 667-690.
- Ferreira, C. H. (2004). *O discurso dos juizes sobre a violação*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Justiça. Braga: universidade do Minho.
- Freese, B., Moya, M., & Megías, J. (2004). Social perception of rape: how rape myth acceptance modulates the influence of situational factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 143-161.
- Gagnon, J. (1977). *Human sexualities*. USA: Scott Foresman and Company.
- Gagnon, J., & Simon, W. (1973). *Sexual conduct: the social sources of human sexuality*. Chicago: Aldine.
- Gardner, C. (1995). *Passing by. Gender and public harassment*. Berkeley: University of California Press.
- Gavey, N. (2005). *Just sex? The cultural scaffolding of rape*. New York: Routledge.
- Geiger, B., Fisher, M., & Eshet, Y. (2004). Date-rape-supporting and victim-blaming attitudes among high school students in a multi-ethnic society. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 406-607.
- Golge, B., Yavuz, F., Muderrisoglu, S., & Yavuz, S. (2003). Turkish university student's attitudes toward rape. *Sex Roles*, 49, 653-662.

- Heath, L., & Gilbert, K. (1996). Mass media and fear of crime. *American Behavioral Scientist*, 39, 379-386.
- Herold, E., & Mewhinney, D. (1993). Gender differences in casual sex and AIDS prevention: a survey of dating bars. *Journal of Sex Research*, 30, 36-42.
- Hinck, S., & Thomas, R. (1999). Rape myth acceptance in college students: How far have we come? *Sex Roles*, 40, 815-832.
- Hollander, J. (2001). Vulnerability and dangerousness: the construction of gender through conversation about violence. *Sociologists for Women in Society*, 6, 83-109.
- Isely, P., & Gehrenbeck-Shim, D. (1997). Sexual assault of men in the community. *Journal of Community Psychology*, 25, 159-166.
- Jimenez, J., & Abreu, J. (2003). Race and sex effects on attitudinal perceptions of acquaintance rape. *Journal of Counselling Psychology*, 50, 252-256.
- Larcombe, W. (2002). The "ideal" victim vs. successful rape complainants: Not what you might expect. *Feminist Legal Studies*, 10, 131-148.
- Kassing, L., & Prieto, L. (2003). The rape myth and blame-based of counselors-in-training toward male victims of rape. *Journal of Counseling and Development*, 81, 455-462.
- Kite, M., & Whitley, B. (1996). Sex differences in attitudes toward heterosexual persons behaviours and civil rights: a meta-analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22, 336-353.
- Koss, M. (1988). Hidden rape: Sexual aggression and victimization in a national sample of students in higher education. In A. Burgess (Ed.), *Rape and Social Psychology Bulletin*, 22, 336-353.
- Koss, M. (1992). The underdetection of rape: methodological choices influence incidence estimates. *Journal of Social Issues*, 48, 61-75.
- Krahé, B. (1991). Social psychology issues in the study of rape. *European Review of Social Psychology*, 2, 279-309.
- Kubany, E., Abueg, F., Owens, J., Brennan, J., Kaplan, A., & Watson, S. (1995). Initial examination of a multidimensional model of trauma-related guilt: Applications to combat veterans and battered women. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17, 353-376.
- Lonsway, K., & Fitzgerald, L. (1994). Rape myths: In review. *Psychology of Women Quarterly*, 18, 133-164.
- Lorber, J. (1993). Believing is seeing: Biology as ideology. *Gender & Society*, 7, 568-581.
- Lott, B. (1990). Dual natures or learned behavior: the challenge to feminist psychology. In R. Hare-Mustin & J. Marecek (Eds.), *Making a difference: psychology and construction of gender* (pp. 65-101). New Haven, CT: Yale University Press.
- Machado, C. (2004). *Crime e insegurança. Discursos do medo, imagens do "outro"*. Lisboa: Editorial de Notícias.
- Martins, S., & Machado, C. (2008). Perpetração y victimación sexual: Estudio con jóvenes universitários portugueses sobre creencias e prevalencia. Comunicação apresentada no IV Congresso Psicologia y Justicia. Múrcia, Espanha.
- McCaughy, M. (1997). *Real knockouts: the physical feminism of women's self-defense*. New York: New York University Press.
- McDaniel, P. (1993). Self defence training and women's fear of crime. *Women's Studies International Forum*, 16, 37-45.
- McDonald, T., & Kline, L. (2004). Perceptions of appropriate punishment for committing date rape. Male college students recommend lenient punishment. *College Student Journal*, 38, 44-56.
- Milhausen, R., & Herold, S. (1999). Does the sexual double standard still exist? Perceptions of university women. *Journal of Sex Research*, 36, 361-368.
- Mitchell, D., Hirschman, R., & Hall, N. (1999). Attributions of victim responsibility, pleasure and trauma in male rape. *Journal of Sex Research*, 36, 369-373.
- Monson, C., Byrd, G., & Langhinrichsen-Rohling, J. (1996). To have and to hold. Perceptions of marital rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 410-424.
- Monson, C., Langhinrichsen-Rohling, J., & Biderup, T. (2000). Does "no" really mean "no" after you say "yes"?: Attributions about date and marital rape. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 1156-1174.
- Muehlenhard, C., & Rodgers, C. (1998). Token resistance to sex: New perspectives on and old stereotype. *Psychology of Women Quarterly*, 22, 443-463.
- Nagel, B., Matsuo, H., McIntyre, K., & Morrison, N. (2005). Attitudes toward victims of rape: Effects of gender, race, religion, and social class. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 725-737.
- Ong, A., & Ward, C. (1999). The effects of sex and power schemas, attitudes toward women, and victim resistance and rape attributions. *Journal of Applied Social Psychology*, 29, 362-376.
- Orcutt, J., & Faison, R. (1988). Sex-role attitude change and reporting of rape victimization, 1973-1985. *Sociological Quarterly*, 29, 589-605.
- Pain, R. (1997). Whither women's fear? Perceptions of sexual violence in public and private place. *International Review of Victimology*, 4, 297-312.
- Perry, L., McLondon, K., & Foley, L. (1994). Male and female perceptions of date rape. *Journal of Social Behavior and Personality*, 9, 421-428.
- Plummer, K. (1982). Symbolic interactionism and sexual conduct: an emergent perspective. In M. Brake (Ed.), *Human sexual relations toward a redefinition of sexual politics*. New York: Pantheon.
- Prentice, D., & Carranza, E. (2002). What women and men should be, shouldn't be, are allowed to be, and don't have to be: the contents of prescriptive gender stereotypes. *Psychology of Women Quarterly*, 26, 269-281.
- Proite, R., Dannells, M., & Benton, S. (1993). Gender, sex-role stereotypes, and the attribution of responsibility for date and acquaintance rape. *Journal of College Student Development*, 34, 411-417.
- Quartilho, M. (2003). Sexualidade e construcionismo social: a propósito dos scripts sexuais. In L. Fonseca, C. Soares, & J. Vaz (Coords.), *A sexologia: perspectiva multidisciplinar II*. Coimbra: Quarteto.
- Ramos, V., Carvalho, C., & Leal, I. (2005). Atitudes e comportamentos sexuais de mulheres universitárias: A hipótese do duplo padrão sexual. *Análise Psicológica*, 2, 173-185.
- Rozee, P., & Koss, M. (2001). Rape: A century of resistance. *Psychology of Women Quarterly*, 25, 295-311.
- Reiss, I. (1964). The scalling of premarital sexual permissiveness. *Journal of Marriage and the Family*, 26, 188-198.
- Ryan, K. (1988). Rape and seduction scripts. *Psychology of Women Quarterly*, 12, 237-245.

- Ryckman, R., Kaczor, L., & Thornton, B. (1992). Traditional and non-traditional women's attributions of responsibility to physically resistive and nonresistive rape victims. *Journal of Applied Social Psychology, 22*, 1453-1463.
- Sanchez, D., Crocker, J., & Boike, K. (2005). Doing gender in the bedroom: investing in gender norms and the sexual experience. *Personality and Social Psychology Bulletin, 31*, 1445-1455.
- Scarce, M. (1997). *Male and male-rape: The hidden toll of stigma and shame*. New York and London: Plenum Press.
- Stanko, E. (1997). Safety talk: Conceptualizing women's risk assessment as a "technology of the soul". *Theoretical Criminology, 1*, 479-499.
- Stanko, E. (1992). The case of fearful women: gender, personal safety, and fear of crime. *Women and Criminal Justice, 4*, 117-135.
- Stanko, E., & Hobdell, K. (1993). Assault on men: masculinity and male victimization. *British Journal of Criminology, 33*, 400-415.
- Stefer, T., Strebel, A., & Foster, D. (2000). So women have to submit to that: discourses of power and violence in student's talk on heterosexual negotiation. *South African Journal of Psychology, 30*, 11-20.
- Struckman-Johnson, C., & Struckman-Johnson, D. (1992). Acceptance of male rape myths among college men and women. *Sex Roles, 27*, 85-100.
- Sullivan, J., & Mosher, D. (1990). Acceptance of guided imagery of marital rape as a function of macho personality. *Violence and Victims, 5*, 275-286.
- Szymanski, L., Devlin, A., Chrisler, J., & Vyse, S. (1993). Gender role and attitudes toward rape in male and female college students. *Sex Roles, 29*, 37-57.
- Tjaden, P., & Thoennes, N. (1998). *Prevalence, incidence and consequences of violence against women: findings from the national violence against women survey*. Washington D. C.: National Institute of Justice.
- Valentine, G. (1992). Images of danger: women's sources of information about the special distribution of male dominance. *Area, 24*, 22-29.
- Verberg, N., Desmarais, S., Wood, E., & Senn, C. (2000). Gender differences in survey respondent's written definitions of date rape. *Canadian Journal of Human Sexuality, 9*, 181-191.
- Vilar, D. (2003). Questões actuais sobre a educação sexual num contexto de mudança. In L. Fonseca, C. Soares, & J. Vaz (Coords.). *Sexologia: perspectiva multidisciplinar II*. (pp. 155-183). Coimbra: Quarteto.
- Vrij, A., & Kirby, E. (2002). Sex differences in interpreting male-female dyad interactions: Male's predominance in perceiving sexual intent. *International Review of Victimology, 9*, 289-297.
- Warr, M. (1985). Fear of rape among urban women. *Social Problems, 32*, 235-250.
- Warr, R. (1997). Whither women's fear? Perceptions of sexual violence in public and private space. *International Review of Victimology, 4*, 297-312.
- M., Lottes, I., & Shaver, F. (2000). Sociocultural correlates of permissive sexual attitudes: a test of Reiss' hypotheses about Sweden and the United States. *The Journal of Sex Research, 37*, 44-52.
- West, M. (2000). Homophobia: covert and overt. In G. Mezey & M. King (Eds.), *Male victims of sexual assault*. Oxford: Oxford University.
- Whatley, M., & Riggio, R. (1993). Gender differences in attributions of blame for male rape victims. *Journal of Interpersonal Violence, 8*, 502-511.
- White, J., & Humphrey, J. (1991). Young people's attitudes toward acquaintance rape. In A. Parrot & L. Bechlofer (Eds.), *Acquaintance rape: the hidden crime* (pp. 43-56). New York: Wiley.
- White, B., & Kurpius, S. (2002). Effects of victim sex and sexual orientation on perceptions of rape. *Sex Roles, 46*, 191-200.
- Willian, V., & Pllard, P. (2003). Likelihood of acquaintance rape as a function of male's sexual expectations, disappointment, and adherence to rape-conducive attitudes. *Journal of Social and Personal Relationships, 20*, 637-661.
- Wood, L., & Rennie, H. (1994). Formulating rape: the discursive construction of victims and villains. *Discourse and Society, 5*, 125-148.
- Zweing, J., Barber, B., & Eccles, J. (1997). Sexual coercion and well-being in young adulthood: comparisons by gender and college students. *Journal of Interpersonal Violence, 12*, 291-308.

# A IVG vista pelos profissionais de Saúde - apresentação dos principais resultados de um inquérito realizado aos Serviços de Saúde

Equipa da Linha Opções

## RESUMO

Este estudo, em forma de inquérito, visa avaliar a percepção dos profissionais de saúde relativamente ao processo de IVG depois da implementação da Lei 16/2007, desde a forma como foi inserida nos serviços de saúde como os obstáculos e dificuldades que sentiram. Visa também avaliar o que ainda é necessário fazer, sob o ponto de vista de quem trabalha na consulta de IVG, para assim se poder melhorar procedimentos.

**Palavras-Chave:** *interrupção voluntária da gravidez, profissionais de saúde, Lei 16/2007*

## ABSTRACT

This study, as a questionnaire, aims to evaluate the health professional's perception relatively to pregnancy interruption process after the Law 16/2007, since the way that was inserted in the health services until the difficulties they feel. It aims to evaluate what it is necessary to do, in the point of view of who works in previous consultation, in order to improve the procedures.

**Keywords:** *pregnancy interruption, health professionals, Law 16/2007*

Este estudo nasce no âmbito do Projecto Opções que, recolhendo telefonicamente histórias de mulheres que pediam ajuda face a uma gravidez não desejada, teve necessidade de fazer uma auscultação de como estavam a funcionar os serviços de saúde em relação ao processo de IVG depois da implementação da Lei 16/2007 e de como se sentiam os profissionais envolvidos neste processo.

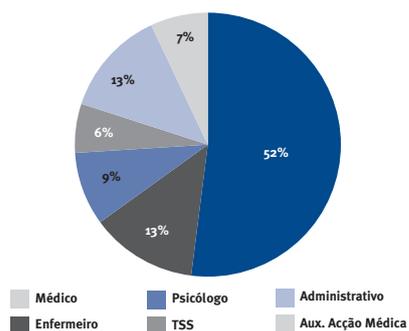
Nesse sentido, este estudo tem como **objectivo** avaliar a percepção dos profissionais de saúde que asseguram a consulta de IVG no âmbito da aplicação da alínea e) da Lei 16/2007.

Relativamente à **metodologia** utilizada, elaborou-se um questionário constituído por 23 questões que foi enviado por correio electrónico para todos os serviços de saúde públicos (38) que estão a realizar IVG, assim como para as clínicas privadas reconhecidas pela DGS (3), que totalizam um total de 41.

Os questionários foram enviados no início de Outubro de 2008 e foram posteriormente recepcionados através de e-mail e correio normal até ao fim de Dezembro de 2008, num total de 70 que perfaz a nossa amostra.

Os serviços de saúde que nos responderam foram: o Hospital de Santa Maria; a Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano; o Hospital Distrital de Santarém; a Clínica Oiã; os Hospitais da Universidade de Coimbra; o Hospital do Barreiro; a Maternidade Bissaya Barreto; a Maternidade Alfredo da Costa; o Hospital D. Estefânia; o Hospital de Leiria; o Hospital Garcia de Orta; o Centro Hospitalar de Vila Franca de Xira; o Centro Hospitalar das Caldas da Rainha; e o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

Relativamente aos **profissionais de saúde** que responderam a este questionário, como se confirma na Figura 1, a maioria são médicos (n=70, 52%), enquanto 13% são enfermeiros, 13% administrativos, 9% psicólogos, 7% auxiliares de acção médica e, por fim, com 6% estão os técnicos de saúde social.



**Figura 1** - Distribuição dos questionários por categorias profissionais

Quando questionados relativamente ao **nome dado à consulta de IVG** na sua unidade de saúde, os diversos profissionais de saúde responderam:

- Consulta de Interrupção Voluntária da Gravidez;
- Consulta de Interrupção da Gravidez; Consulta de Interrupção da Gravidez por Opção; Consulta de Gravidez Indesejada;
- Consulta de Gravidez Não Desejada;
- Consulta de Saúde Reprodutiva;
- Consulta de Primeiro Trimestre;
- Consulta Prévia;
- Consulta Prévia de Aconselhamento Reprodutivo e
- Consulta de Ginecologia – IVG.

A primeira questão é constituída por algumas afirmações e pede-se aos inquiridos para as classificarem numa escala de nada a muito adequada. Face à primeira afirmação, *O número de profissionais de saúde que assegura a consulta de IVG*: 92% dos inquiridos refere que é adequado ou muito adequado, contrastando com apenas 8% dos inquiridos, que refere ser pouco adequado.

Quando questionados acerca de *A informação que é disponibilizada à mulher*, 96% dos inquiridos diz ser muito adequada ou adequada e apenas 4% referem ser pouco ou nada adequada. No que diz respeito à afirmação *A mulher tem um fácil acesso à consulta de IVG*, 99% inquiridos que constituem a nossa amostra referem ser adequado e muito adequado.

Relativamente ao facto de *O método de aborto proposto estar de acordo com o desejo da mulher*, 80% dos indagados refere ser entre muito adequado e adequado enquanto 20% refere ser pouco ou nada adequado.

Foi ainda solicitado aos profissionais de saúde que fizessem comentários que achassem pertinentes relativamente à forma que melhor descrevia o processo de IVG na unidade de saúde onde trabalham.

Os comentários recolhidos no que diz respeito à dificuldade de escolha/disponibilidade do método foram:

- “Os serviços só têm capacidade instalada para realizar abortos médicos”;
- “Há alguma influência do médico na escolha do aborto médico porque há dificuldades dos serviços para fazer o aborto cirúrgico”.

Outros comentários prendiam-se com a integração de outros profissionais de saúde no processo de IVG:

- “Penso que na consulta deviam estar outros profissionais de saúde e não apenas quando a mulher pede”;
- “A assistente social e a psicóloga deviam ser presença obrigatória na consulta prévia e não uma opção como até agora”.

Outros profissionais ainda se referiram à uniformização dos serviços, verbalizando algumas considerações pessoais:

- “Protocolo para um processo de IVG igual em todos os serviços e procedimentos médicos iguais;
- “Não devia ser tudo oferecido à mulher, pelo menos deveriam ter uma taxa moderadora”.

Quando questionados acerca da frequência com que as mulheres pedem apoio psicológico, 53 inquiridos respondem menos de 25% enquanto 14 não sabem. Há que realçar que dentro do intervalo “menos de 25%” estão incluídas as mulheres que não pedem apoio psicológico. O mesmo é válido para a questão seguinte relativamente à frequência com que as mulheres pedem apoio social. 52 inquiridos referem que entre 0% a 25% das mulheres o fizeram e 17 dos inquiridos referem que não sabem. No que diz respeito à frequência de recidiva (aborto de repetição) nos utentes da consulta até agora, 50 dos profissionais de saúde referem entre 0% a 25% enquanto 16 não sabe.

Mais uma vez é de salientar que ao responder neste intervalo os profissionais de saúde podem estar-se a referir à ausência de casos de recidiva nos seus serviços

de saúde. 2 dos inquiridos referem que existe entre 25% a 50% de recidiva.

Relativamente à percentagem de profissionais objectores de consciência no serviço de Ginecologia / Obstetrícia 35 dos inquiridos referem que ascende a mais de 50% enquanto 15 referem intervalos entre os 0% e os 50%. 19 não sabem. No entanto, e relativamente ao facto da existência de objectores de consciência interferir com o bom funcionamento da consulta, a maioria dos inquiridos (41) refere que não interfere ou que interfere pouco enquanto 16 dos inquiridos referem que interfere parcialmente e muito. 11 inquiridos não sabem.

No que diz respeito à questão sobre quem normalmente acompanha a mulher à consulta a maioria refere que as mulheres vão sozinhas ou acompanhadas pelos companheiros. Algumas mulheres aparecem ainda acompanhadas por amigos e familiares.

Na questão seguinte é perguntado aos profissionais de saúde se as mulheres colocam muitas dúvidas sobre o método de aborto e, numa escala de nunca a frequentemente, a maioria (39) responde às vezes e frequentemente enquanto para 20 dos inquiridos raramente ou nunca as mulheres colocam dúvidas.

Relativamente à descrição da mulher do processo de aborto médico de forma geral e em termos físicos, numa escala de muito doloroso a pouco doloroso e pela percepção dos profissionais de saúde, este é um processo muito doloroso ou doloroso para 40 dos inquiridos, sendo que 19 o consideram um processo pouco doloroso.

Já no que se refere à descrição da mulher do processo de aborto cirúrgico de forma geral e em termos físicos, 34 dos profissionais inquiridos relata que a sua percepção é de que é pouco ou nada doloroso enquanto 5 refere que é doloroso ou muito doloroso. Um número consideravelmente grande de profissionais assinala no questionário que não sabe. O facto de 27 dos inquiridos referirem não saber terá a ver com o facto de o aborto cirúrgico ser efectuado muito raramente nos serviços de saúde do Estado, tais como hospitais, maternidades e centros de saúde.

No que diz respeito à frequência com que as mulheres vão aos serviços de saúde com problemas médicos no

pós-aborto, a maioria dos inquiridos (34) aponta 0% a 10% das mulheres enquanto 9 dos inquiridos referem entre 10% a 25%. Dois dos profissionais de saúde referem mais de 50%. Um número significativo (22) refere que não sabe.

Constatamos que ao longo das questões de âmbito médico, existe um aumento significativo de respostas “não sabe” tendo essa questão a ver com o facto de muitos profissionais que responderam a este questionário, não serem médicos e, apesar de integrados nas consultas de IVG, não estarem a par da realidade inerente quanto a práticas médicas. Quando questionados quanto à frequência com que as mulheres recorrem aos serviços de saúde com problemas psicológicos no pós aborto, 35 dos inquiridos referem entre 0% a 10% e apenas 3 referem entre 10% a 50%. Dos profissionais inquiridos, 30 respondem que não sabem.

Ainda relativamente ao pós aborto e quando questionados sobre o grau de aderência das mulheres à consulta de planeamento familiar, obtivemos respostas bastante díspares, sendo que, o maior número dos inquiridos (27) não sabe, enquanto 23 referem que a adesão das mulheres será maior que 50%, 14 dos inquiridos referem entre 0% a 25% e 5 dos inquiridos refere entre 25% e 50% de adesão à consulta de planeamento familiar por parte da mulher.

A questão seguinte era constituída por um grupo de afirmações e pedia-se aos inquiridos para as classificarem numa escala entre concordo totalmente e discordo totalmente. Relativamente à afirmação de, enquanto profissional de saúde se sentir satisfeito por estar incluído numa consulta de IVG, 76% dos inquiridos concorda ou concorda totalmente enquanto 34% discorda ou discorda totalmente.

Quando questionados sobre se o aborto médico é mais vantajoso para a mulher, 89% dos inquiridos refere que concorda ou concorda totalmente com esta afirmação, enquanto que relativamente ao aborto cirúrgico, 83% dos inquiridos refere que discorda ou discorda totalmente ser este método mais vantajoso para a mulher.

No que diz respeito ao facto de a obrigatoriedade por parte das grávidas menores de 16 anos de idade e do consentimento dado pelos seus representantes legais poder dificultar o seu desejo de interromper a gravi-

dez, 50% dos profissionais discorda que dificulte o processo de decisão enquanto que 26% concorda com a afirmação.

Alguns profissionais teceram alguns comentários sobre esta temática, tais como:

- “Pretende-se que a moderação e o bom senso dos mais velhos sejam melhores conselheiros”;
- “Dificulta o seu desejo de manter a gravidez”;
- “Pelo contrário, dificulta a decisão à adolescente de decidir não abortar”.

Quando questionados sobre as necessidades que sentiam a nível pessoal de formação nesta área, 39% dos inquiridos referiram necessidades relativamente aos aspectos jurídicos em IVG, 27% referiram necessidades de formação na área do aconselhamento em IVG, 14% em métodos contraceptivos, 13% em aspectos médicos e, finalmente, 7% noutros temas não especificados.

A penúltima questão era uma questão aberta, e pedia-se aos profissionais de saúde para nos dizerem a sua opinião no que diz respeito às maiores dificuldades/obstáculos com que os seus serviços se tinham deparado na aplicação da Lei actual. As respostas a esta questão permitem-nos algumas considerações finais.

Quer no que diz respeito aos recursos humanos, quer relativamente ao número de técnicos envolvidos no processo, ou ainda relativamente à motivação dos mesmos, temos alguns comentários expressivos:

- “Falta de técnicos de saúde não objectores de consciência”; “Renovação dos elementos que fazem a consulta”;
  - “Falta de profissionais de apoio, administrativo e de enfermagem”;
  - “A pouca adesão das equipas médicas”;
  - “Mesmo os médicos não objectores não se encontram motivados para realizar a consulta visto o número de consultas ser muito elevado e necessitar de grande concentração para que nada falhe”.
- Segundo a perspectiva dos mesmos profissionais de saúde, sobre *Outras dificuldades e obstáculos no decorrer do processo de IVG*, na perspectiva destes técnicos, registaram-se os aspectos relacionados com o desequilíbrio entre a procura elevada e a oferta limitada, como se pode constatar nas suas verbalizações:

- “Acréscimo significativo no n.º de consultas, com agravamento no tempo de espera para as consultas já existentes”;
- “Procura superior ao que tínhamos previsto...”;
- “Aumento do número de consultas efectuadas diariamente que limitam o tempo para informar e esclarecer”.

E também questões legais tais como:

- “A omissão na Lei do número de IVG a que cada mulher poderá recorrer”;
- “A necessidade de cumprir a lei em relação ao número de vezes que se têm de deslocar à maternidade”.

Alguns inquiridos apontam ainda como uma dificuldade, a impossibilidade da utente escolher o método de IVG:

- “Pouca disponibilidade para aceitar a escolha da mulher no que respeita ao método de IVG”.

Existem ainda algumas considerações muito pessoais tais como:

- “Também pessoalmente e como obstetra e ser objectora não me é agradável lidar com o problema e noto uma certa “leviandade” em algumas mulheres em tomar esta opção sem tomarem outras medidas pré-conceptivas”.

Alguns profissionais de saúde referem contudo a ausência de dificuldades:

- “Desconheço dificuldades. Tudo tem sido feito em prol da utente e tudo tem resultado.”;
- “Não me deparo com dificuldades”.

No final do questionário e no espaço alusivo a outros comentários que julgue oportunos, os profissionais de saúde tiveram oportunidade de dar sugestões para lidar com a IVG de repetição tal como ilustramos de seguida:

- “Após o estudo dos dados, considero que as pessoas que fazem com frequência IVG devem ser ‘objecto’ de um plano pessoal “;
- “Sugestões: Existência de contrato terapêutico de co-responsabilização; pagamento justo de IVG (s) subsequentes por não cumprimento do contrato”;
- “A criação de um contrato terapêutico entre a mulher e a instituição”.

- “Cuidados de saúde primários pouco eficientes; devia ser aplicada taxa moderadora (a algumas utentes)”;
- “Deveria ser aplicada taxa moderadora”;
- “O descomprometimento dos companheiros no acompanhamento às consultas e a todo o processo em geral, sustentado pela lei que atribui a decisão à mulher”.

A par destes comentários que encerram em si considerações finais para este estudo, ao mesmo tempo que lançam discussão para o futuro, podemos concluir das

respostas dadas pelos profissionais de saúde, que o aborto medicamentoso é mais vantajoso para a maioria das mulheres, apesar dos mesmos técnicos considerarem que as mulheres o consideram mais doloroso. É também bastante referida a falta de procura de apoio social e psicológico das mulheres no âmbito da consulta prévia de IVG.

**Este estudo poderá ser consultado na íntegra no Portal de Saúde Sexual e Reprodutiva [www.apf.pt](http://www.apf.pt) (Seminário de Boas Práticas em IVG, Fevereiro 2009)**



O cancro do colo do útero é a segunda causa de morte por cancro em mulheres jovens (dos 15 aos 44 anos) na Europa. Todos os dias, morrem 40 mulheres na Europa vítimas de cancro do colo do útero. Em Portugal, morre uma mulher por dia.

O cancro do colo do útero não é hereditário. É causado pelo Papilomavírus Humano. Este vírus é contagioso e pode ser transmitido por contacto sexual, sem que a pessoa se aperceba que está a ser infectada.

8 em cada 10 mulheres poderão ser infectadas pelo Papilomavírus Humano ao longo da sua vida. Na maioria dos casos, o vírus irá desaparecer naturalmente mas em alguns casos a infecção persiste, o que pode levar, em último caso, a cancro do colo do útero ou lesões vulvares ou vaginais. Alguns tipos deste vírus podem causar verrugas (condilomas) genitais.

A prevenção do cancro do colo do útero diz respeito a todas as mulheres.

- A vacinação protege contra doenças genitais causadas por alguns tipos de HPV e está recomendada em mulheres em idade de vacinação (9 aos 26 anos), independentemente de já terem iniciado a sua actividade sexual.
- O rastreio (exame de Papanicolaou) é muito importante, pois permite a detecção precoce das lesões pré-cancerosas provocadas pela infecção associada ao Papilomavírus Humano.
- O uso de preservativo confere uma protecção limitada contra o Papilomavírus, uma vez que o contacto genital pele-pele, mesmo sem penetração, pode ser suficiente para ocorrer transmissão do vírus.

Mesmo depois de vacinada, continua a ser importante fazer o rastreio de acordo com a indicação do teu médico.

Para mais informação sobre estas doenças e esta vacinação, pergunta ao teu médico e visita [www.passaapalavra.com](http://www.passaapalavra.com)

# Caracterização dos Comportamentos Sexuais dos Adolescentes que frequentam o Olá Jovem



Patrícia Mira Granja (Psicóloga do Centro de Atendimento a Adolescentes Olá Jovem - Centro de Saúde da Reboleira, Mestre em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade)

## RESUMO

O objectivo deste estudo é caracterizar o tipo de comportamento sexual que adoptam os adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 23 anos, no que diz respeito à contracepção, uso de preservativo, motivo do início da vida sexual, idade de início das relações sexuais, número de parceiros, tipo de parceiros, uso de contracepção de emergência, interrupção voluntária da gravidez e maternidade na adolescência. Para efectuar este estudo decidimos utilizar dois questionários diferentes: um questionário sociodemográfico onde se caracterizam os jovens que participaram do estudo e um questionário de comportamentos sexuais, aplicados a 315 jovens que frequentam o Olá jovem - Centro de Atendimento a Adolescentes na Amadora.

**Palavras-chave:** *adolescência, comportamento sexual, saúde, percepção de risco.*

## ABSTRACT

The aim of this study is to characterize the sexual behavior of adolescents' between 13 and 23 years old, concerning contraception, condom use, age and motive to begin sexual activity, number and kind of sexual partners, the use of emergency contraception, abortion and early pregnancy. For this study we used a sociodemographic and a sexual behavior questionnaire and applied it to 315 adolescents that are attended at Olá Jovem – Youth Friendly Service.

**Keywords:** *adolescence, sexual behavior, health, risk perception*

## 1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento sexual faz parte da adolescência. Embora a maioria dos adolescentes passem por estas mudanças sem problemas significativos, todos necessitam de apoio e atenção nesta fase do desenvolvimento. As necessidades dos adolescentes no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva são muito diferentes das dos adultos, e promover a saúde sexual, o desenvolvimento, a maturação e os comportamentos saudáveis destes são um desafio global.

A vida de milhões de adolescentes no mundo inteiro pode estar comprometida por não terem informação, competências, serviços de saúde e o apoio que necessitam para ultrapassarem esta fase, adiando assim o início da sua vida sexual até estarem física e psicologicamente maduros, e capazes de tomarem decisões responsáveis e informadas.

Este desafio global pode ser ultrapassado através do estudo do comportamento dos jovens com o intuito de desenvolver programas e de se promoverem políticas de apoio, bem como ouvindo o que os jovens têm para dizer.

### 1.1. FACTORES PROTECTORES E FACTORES DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA

A maioria dos adolescentes tornam-se sexualmente activos antes dos 20 anos, porém muitos não têm um acesso facilitado a serviços de planeamento familiar e métodos contraceptivos apropriados, a prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST), ou a cuidados de saúde na altura da gravidez. Para muitos jovens os horários, a localização ou o

custo dos serviços de saúde tornam-nos inacessíveis. Muitos requerem o consentimento dos pais, além de que as atitudes de muitos técnicos de saúde podem ser desencorajadoras, e levar a que os jovens não recorram novamente para pedir informação ou tratamento em saúde sexual e reprodutiva.

A adolescência tem sido sempre considerada como uma fase de transição entre a infância e a idade adulta pelo que os serviços de saúde nem sempre estiveram preparados para receber os jovens adequadamente, visto terem necessidades de saúde diferentes das crianças e dos adultos. As experiências dos adolescentes variam consoante a idade, o género, o estatuto marital, a classe, a região onde habitam e o contexto cultural (Fonseca e Lucas, 2009) e pelas barreiras políticas, sociais e religiosas (Van Look, 2008) com que se pode deparar, e ainda pelo contexto económico que influencia a forma como o jovem se prepara para a vida adulta. Estas variáveis têm uma grande implicação para a sua educação, empregabilidade, casamento e maternidade, mas também para a sua saúde sexual e reprodutiva. Negligenciar as suas necessidades pode ter grandes implicações no futuro visto que as consequências que advêm da saúde sexual e reprodutiva repercutem-se ao longo da vida do indivíduo.

Tal como acontece em todas as faixas etárias, a juventude vive actualmente em múltiplos centros sociais que moldam as suas atitudes e comportamentos. Uma dessas “forças” é a globalização quer das culturas juvenis quer da economia mundial.

É importante compreender o jovem como estando inserido em múltiplos sistemas e perceber o que é que pode ser um factor de risco ou um factor protector em cada um deles.

Blum e Mmari (2004) identificaram alguns factores protectores que podem potenciar um desenvolvimento positivo nas diversas dimensões em que se insere o adolescente. Entre os principais identificaram aspectos como a implementação de políticas de saúde juvenil e a articulação entre vários serviços bem como a sua acessibilidade. O suporte dos adultos através do diálogo intergeracional, e através do modelo, do estilo educativo e do clima afectivo que proporcionam aos jovens, são determinantes bem como os ritos de passagem positivos. São também factores protectores a saúde global, sendo que o sentimento de pertença, quer ao grupo de pares quer a organizações e/ou estruturas

comunitárias, e o seu próprio sentimento de auto-estima e auto-eficácia são fundamentais para dotar o jovem de estratégias eficazes para lidar com o risco.

Existem inúmeros factores que podem levar à adopção de comportamentos de risco, Carpintero (2005) identifica alguns: os conhecimentos que o jovem tem sobre sexualidade e contraceção, (muitas vezes, por motivos sociais, culturais ou familiares, os jovens têm uma série de mitos e falsas crenças); as competências para obterem contraceção e propor a sua utilização ao parceiro/a; a falta de competências para resistirem à pressão de grupo e do/a parceiro/a contra as suas próprias intenções; a planificação da actividade sexual e contraceptiva, que na adolescência pode ser muito baixa, pois privilegia-se a espontaneidade no acto.

Existem também factores externos e situacionais tais como o facto de o companheiro concordar ou não com o uso de contraceptivos, e a facilidade em aceder a esses métodos contraceptivos, visto que muitas vezes isso implica falar com um adulto que pode não reagir bem ao pedido. Por existirem adultos que discordam da actividade sexual na adolescência, os jovens muitas vezes procuram esconder essa actividade deles. Outros factores, como o consumo de substâncias, a própria dinâmica da actividade sexual, bem como a capacidade de controlo efectivo sobre o seu comportamento e até a variável de “procura de sensações fortes”, de Zuckerman, que os incentiva a correr riscos, também são importantes.

Para o/a jovem adoptar comportamentos seguros terá que perceber o risco como uma ameaça real para si (ou seja, acreditar que pode realmente apanhar uma IST, ou engravidar), e depois têm que existir mais benefícios nessa decisão do que desvantagens, para pôr em prática o comportamento preventivo.

Existem alguns estudos realizados nesta área, nomeadamente o estudo efectuado por Matos e a sua equipa da “Aventura Social” (2003), que mostram que a maioria dos jovens que referem não usar preservativo não percebem a possibilidade de contágio.

O desenvolvimento da sexualidade na adolescência implica mudanças a diversos níveis. Ao nível físico (com a puberdade), psicológico e interpessoal. Espera-se que os jovens aprendam a sentir-se confortáveis com eles mesmos e a lidar adequadamente com a emergência dos aspectos sexuais e também a relacionarem-se de modo saudável com outras pessoas.

A adolescência é um período de oportunidades, em que novas ideias e opções são exploradas, e é também um período de experimentação, vulnerabilidade e risco. A maioria dos adolescentes ultrapassa positivamente esta fase, porém existem alguns aspectos do comportamento associados à adolescência, tais como a imaturidade, a volatilidade e a tomada de riscos, que podem afectar os aspectos relacionados com a sexualidade. (Ross, Godeau e Dias, 2004)

As escolhas que fazem agora podem vir a ter repercussões significativas na sua vida futura. São precisamente estas consequências que se pretendem evitar, ao nível da saúde física e mental. É importante investir na saúde adolescente como forma de proteger o capital intelectual do futuro.

Estudos demonstraram que a decisão de usar preservativo é influenciada pelas mesmas condições que levam os jovens a adoptar outros comportamentos relacionados com a saúde (Afifi, 1999). Os motivos que levam os jovens a usar ou não o preservativo prendem-se com aspectos relacionados com o modo como estes vivenciam as relações. Se forem jovens inseguros que não acreditem que a relação vai sobreviver à negociação do uso do preservativo provavelmente irão abdicar do uso do preservativo em prol da relação.

Esta tentativa de preservar a relação não usando métodos contraceptivos pode estar relacionada com o facto de que o preservativo está associado a consequências negativas para a relação e identidade, na medida em que a mensagem que transmite no início de uma relação é que o outro não é de confiança além de que compromete a ideia de “romance” (Afifi, 1999).

Monteiro e Raposo (2002) referem que é importante assinalar que na fase do desenvolvimento em que os jovens se encontram, a dialéctica tensional entre o desenvolvimento pubertário e os outros domínios do desenvolvimento (cognitivo e emocional) podem constituir um constrangimento à expressão de condutas preventivas na vida sexual, na medida em que as capacidades de comunicação, negociação e persuasão que são exigidas na interacção sexual podem ainda não estar suficientemente consolidadas para serem mobilizadas para e na acção.

A Organização Mundial de Saúde estima que actualmente as infecções sexualmente transmissíveis sejam

a segunda causa de mortalidade na adolescência. O risco aumenta porque os jovens amadurecem biologicamente cada vez mais cedo, casam-se mais tarde, e as estruturas sociais bem como a cultura social são menos rígidas. Os jovens iniciam as suas experiências mais cedo e tornam-se mais vulneráveis. Embora a informação seja numerosa e acessível, os técnicos já compreenderam que a informação por si só não altera os considerados comportamentos de risco, e que o mais premente é compreender a génese desses comportamentos.

## 1.2. A SAÚDE DOS ADOLESCENTES EM PORTUGAL

Em Portugal a legislação contempla alguns aspectos fundamentais no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva do adolescente. Primeiro garante o acesso a consultas de planeamento familiar a todos os que a procurem (Art.º 67/2.d da CRP) bem como a disponibilização dos métodos contraceptivos (D.L.-259/2000 de 17 de Outubro), o acesso a consultas fora de área em qualquer serviço a qualquer jovem (D.L-120/99 de 11 de Agosto).

Também garante a prevenção e direito a educação sexual (Lei 3/84, de 24 de Março) referindo ainda o acesso livre à contracepção de emergência (Dec.Lei 12/2001 de 29 de Maio). Por fim contemplou a criação de centros de atendimento a adolescentes (CAA), os chamados “*Youth Friendly Services*” (serviços amigos dos jovens) que pretendem ser centros com características específicas mais adequadas à sua fase de desenvolvimento: acessíveis, desburocratizados, gratuitos e com a garantia da confidencialidade e técnicos com formação específica.

## 2. O OLÁ JOVEM

O Olá Jovem é um centro de atendimento a adolescentes (CAA) que funciona desde 2001, ligado aos Centros de Saúde do Concelho da Amadora. A equipa é constituída por médicos, enfermeiras, uma psicóloga e uma socióloga. É um centro de referência aberta, que faz atendimento diário e tem quatro vertentes essenciais: o atendimento, a prevenção, a investigação e a formação.

O Olá Jovem intervém na saúde global dos adolescentes numa perspectiva bio-psico-social e familiar integrada e pretende ser um espaço de saúde com técnicos especializados no atendimento ao jovem e com características específicas, tais como a desburocratização, a acessibilidade, a confidencialidade e a gratuidade,

promovendo a autonomia e os comportamentos responsáveis de saúde. O atendimento pode ser programado ou imediato, com o objectivo de ter tempos de espera reduzidos.

A área da prevenção funciona numa dupla vertente. Para além do atendimento dentro do CAA, existem permanentemente planos de intervenção nas escolas e associações juvenis locais, em que se promove o conhecimento e se reflectem técnicas para alterar os comportamentos desadequados e/ou não gratificantes.

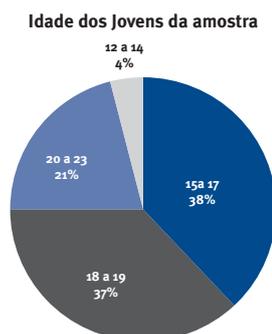
### 3. O NOSSO ESTUDO

O objectivo deste estudo é caracterizar o tipo de comportamento sexual que adoptam os adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 23 anos, no que diz respeito à contracepção, uso de preservativo, motivo do início da vida sexual, idade de início das relações sexuais, número de parceiros, tipo de parceiros, uso de contracepção de emergência, interrupção voluntária da gravidez e maternidade na adolescência.

Para efectuar este estudo decidimos utilizar um questionário sociodemográfico em que se caracteriza os jovens que participaram do estudo e um questionário de comportamentos sexuais, aplicados a 315 jovens que frequentam o Olá jovem. O questionário sobre comportamentos sexuais foi elaborado com base na leitura de um documento elaborado pela Organização Mundial de Saúde intitulado “*Sexual Relations Among Youth In Developing Countries*” (2001), em que se procurou contemplar os indicadores considerados relevantes.

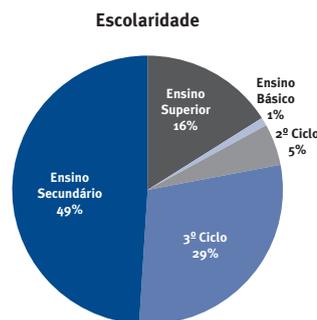
#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS JOVENS QUE PARTICIPARAM NO ESTUDO

##### 3.1.1 IDADE



As idades dos jovens que participaram no estudo compreendem-se entre os 12 anos e os 23 anos de idade. A faixa etária que recorre mais ao Olá jovem é a dos 16 aos 20 anos. Destes jovens somente 6% são do sexo masculino o que confirma a tendência geral de existir um maior número de raparigas a recorrer aos serviços de atendimento a adolescentes.

##### 3.1.2 ESCOLARIDADE



Destes jovens (n=312) 71,2% estão actualmente a frequentar a escola.

Dos 300 jovens que responderam a esta questão 15,7% estão actualmente a frequentar o ensino superior, 13% estão inseridos, ou têm escolaridade ao nível do 1º ciclo, 4,7% têm escolaridade ao nível do 5º/6º ano, 29,3% frequentam ou frequentaram entre o 7º e o 9º ano, e 49% têm escolaridade ao nível do ensino secundário.

##### 3.1.3 NACIONALIDADE

Dos jovens que responderam a esta questão 70,7% são de nacionalidade portuguesa e os restantes dividem-se por países dos PALOP excepto 1,6% que tem outras nacionalidades. Dos PALOP os jovens são essencialmente originários de Cabo Verde, Angola e Guiné.

##### 3.1.4 PESSOAS COM QUEM HABITA



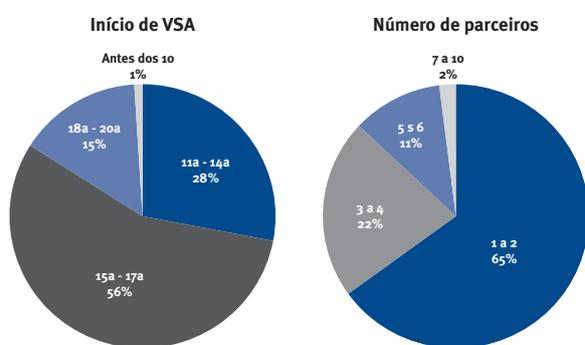
Os jovens deste estudo habitam maioritariamente com ambos os pais, com um dos pais e/ou com os pais e outros familiares. Os outros, em percentagens menores, habitam com outros familiares, com o companheiro ou outros não especificados.

### 3.1.5 VIDA SEXUAL ACTIVA

No que diz respeito à questão sobre se já iniciaram ou não a vida sexual, responderam 314 jovens, destes, 94,9% já iniciaram a vida sexual e 5,1% ainda não iniciou a vida sexual.

### 3.2 CARACTERIZAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS SEXUAIS

Na nossa população o início da vida sexual activa dá-se maioritariamente entre os 15 e os 16 anos (com respectivamente 21,9% e 20,3%). Os parceiros sexuais escolhidos com mais frequência são classificados como namorados (84,6%), enquanto os restantes tipos de parceiros sexuais são pouco referidos. No que respeita à quantidade de parceiros sexuais, os jovens da nossa amostra referem ter tido, com mais frequência (65%), entre 1 a 2 parceiros desde o início da vida sexual. Porém 22,6% refere ter tido entre 3-4 parceiros, e 10,1% entre 5 a 6 parceiros.

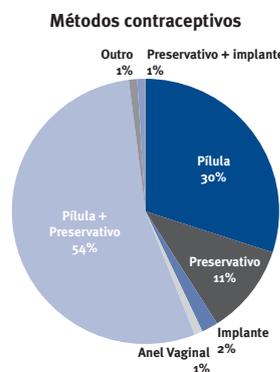


| Idade   |                      | Frequência | Percentagem |
|---------|----------------------|------------|-------------|
| 14      | Sempre               | 4          | 66,7        |
|         | Às vezes esqueces-te | 2          | 33,3        |
|         | <b>Total</b>         | 6          | 100,0       |
| 15 – 17 | Sempre               | 58         | 65,2        |
|         | Às vezes esqueces-te | 31         | 34,8        |
|         | <b>Total</b>         | 89         | 100,0       |
| 18 – 20 | Sempre               | 104        | 75,9        |
|         | Às vezes esqueces-te | 33         | 24,1        |
|         | <b>Total</b>         | 137        | 100,0       |
| 21 – 23 | Sempre               | 30         | 88,2        |
|         | Às vezes esqueces-te | 4          | 11,8        |
|         | <b>Total</b>         | 34         | 100,0       |

Quando inquiridos sobre se já tiveram relações sexuais desprotegidas, 75,9% (227 jovens) referem que já tiveram relações sexuais desprotegidas (n=299).

No que diz respeito ao motivo de início da vida sexual, 86,6% refere a curiosidade, a vontade de saber como era. Outros motivos referidos foram o medo de perder o namorado, com 6,6% das respostas, e 2,2% refere ter sido obrigado a isso contra a sua vontade. Concluímos que a grande maioria dos jovens que iniciam a sua vida sexual fazem-no porque se sentem preparados para isso, visto que a percentagem de respostas neste item é substancialmente superior do que as percentagens que contemplam os jovens que se sentem impelidos a ter um comportamento igual ao do grupo (“as tuas amigas já o faziam” 1,8%), as/os que o fizeram por receio de perder o namorado/a e as que iniciaram a sua vida sexual involuntariamente. Destes jovens (n=296) 83,4%, independentemente do motivo pelo qual iniciaram a vida sexual, sentiram-se preparados para a iniciar.

### 3.2.1 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

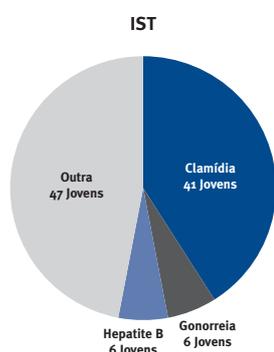


Quando tentámos averiguar se estes jovens iniciaram contracepção com vigilância médica (excepto o uso dos preservativos) concluímos que 81,6% (n=283) só iniciou contracepção (excepto preservativo) depois de ter tido uma consulta médica ou de enfermagem.

Quando inquiridos sobre se já tiveram relações sexuais desprotegidas, 75,9% refere já ter tido pelo menos uma relação sexual desprotegida, porém 94,5% refere utilizar actualmente um método contraceptivo. Podemos verificar que a tendência é para aumentar o uso contínuo de métodos contraceptivos na medida em que aumenta a idade

Destes, 25,9% refere que de vez em quando se esquece. Os métodos contraceptivos que utilizam com mais frequência são a pílula e o preservativo: 54,1% usam ambos, em método combinado, 30,2% usam a pílula isoladamente e 66,6% dos jovens referem usar preservativo.

Podemos verificar que embora a esmagadora maioria refira usar um método contraceptivo, este uso nem sempre é contínuo, logo é falível, e os 32,4% dos jovens que não usam preservativo estão em risco de contrair uma IST.

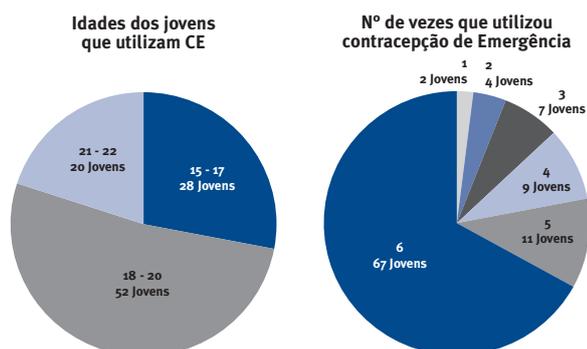


No nosso estudo foi diagnosticado a 5,3% dos jovens uma IST: *Chlamydia* a 2,2%, Gonorreia e Hepatite B a 0,3% respectivamente e Outras a 2,5%.

### 3.2.2 CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

Na população do nosso estudo (n= 294) 36,1% já utilizou contraceção de emergência, e destes, 51,7% já utilizaram contraceção de emergência mais do que uma vez.

Verifica-se serem as jovens entre os 18 e os 20 anos a usar com maior frequência a contraceção de emergência.



### 3.2.3 INTERRUÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ

Em Portugal, segundo os últimos dados obtidos, a percentagem de partos em mães com idades inferiores a 20 anos foi de 6,09% em 2001, tendo vir a decrescer desde 1991 (8,47%). A interrupção da gravidez nas jovens que frequentam o Olá Jovem é ligeiramente superior à média encontrada num estudo nacional realizado pela Associação para o Planeamento da Família em 2007, porém a média de idades nesse estudo é superior, não existindo dados disponíveis sobre a interrupção da gravidez na faixa etária das nossas jovens.

Na nossa população (n= 288) 18,4% das jovens referem já ter realizado uma interrupção voluntária da gravidez. Destas 55 jovens, 14,15% efectuou duas interrupções, sendo que as restantes jovens efectuaram só uma IVG.

| Idade IVG    | Frequência | Percentagem |
|--------------|------------|-------------|
| 15 - 17      | 16         | 30,2        |
| 18 - 20      | 31         | 58,5        |
| 21           | 6          | 11,3        |
| <b>Total</b> | <b>53</b>  | <b>100</b>  |

No que concerne à contraceção de emergência, 32,7% das jovens que frequentam o Olá jovem já utilizaram e destas, 51,7% já usou mais do que uma vez. Em relação às interrupções voluntárias da gravidez, 18,4% já efectuou uma IVG e destas 14% já efectuou a 2ª IVG.

### 3.2.4 MATERNIDADE

Destas jovens, 8,1% já tem filhos, a maioria só com um filho. As idades em que tiveram o primeiro filho são muito variadas, desde os 13 anos aos 21 anos. A Organização Mundial de Saúde considera gravidez na adolescência quando a mãe tem uma idade inferior ou igual a 19 anos, pelo que a percentagem de gravidez na adolescência, na nossa amostra, é de 6%.

| Idade | Frequência | Percentagem |
|-------|------------|-------------|
| 13    | 2          | 8,7         |
| 15-17 | 9          | 39          |
| 18-19 | 8          | 34,7        |
| 20-21 | 4          | 17,3        |

As jovens que são mães, tiveram os primeiros filhos com maior frequência com a escolaridade ao nível do 2º ciclo (10), seguidas do Ensino secundário (7) e do 3º Ciclo (4). Não encontramos jovens grávidas no 1º ciclo nem no ensino universitário.

#### 4. DISCUSSÃO

O nosso estudo efectuado num centro de atendimento de saúde jovem onde os motivos para a consulta se prendem em grande parte com a sexualidade, pelo que a grande maioria já iniciou a sua vida sexual.

A nossa amostra é constituída por uma esmagadora maioria de raparigas, que vem confirmar a percepção de que os rapazes frequentam pouco os serviços de saúde de atendimento global. Isto pode-se dever ao facto de que os rapazes exteriorizam mais os seus sentimentos ao contrário das raparigas que tendem a interiorizá-los e a procurar ajuda por iniciativa própria com maior frequência. Também se preocupam mais em planear a sua actividade sexual e a multiplicidade de métodos contraceptivos que utilizam exigem com mais frequência conselho médico.

Os jovens da nossa população referem o uso de métodos contraceptivos com maior frequência do que os jovens dos outros estudos efectuados junto de adolescentes portugueses. A OMS efectuou um estudo europeu em 2001/2002 numa amostra de jovens com 15 anos e verificou que em relação à população portuguesa 20,3% das raparigas inquiridas e 30,2% dos rapazes já tinham tido uma relação sexual completa, estando ambos dentro da média europeia. Nas raparigas a idade de início da vida sexual era aos 14.8 e dos rapazes era de 13.7 sendo que a média europeia era de 14.3 para as raparigas e 14 para os rapazes. Destes 77% das raparigas e 68.5% dos rapazes dizem ter usado preservativo na última relação sexual e 82,7% das raparigas e 74,8% dos rapazes dizem ter usado um método contraceptivo. Existe uma grande prevalência do uso dos métodos contraceptivos e a grande maioria só iniciou contracepção depois de se dirigir ao Olá Jovem. As estatísticas, no que dizem respeito à contracepção de emergência, são altas, porém no que diz respeito à gravidez na adolescência são mais baixas do que a literatura nos permitia esperar.

Continua a existir uma prevalência elevada de interrupções voluntárias da gravidez, porém a média não

difere significativamente da média nacional total (adolescentes e mulheres adultas).

É importante referir que uma das limitações deste estudo prende-se com o facto de estes dados terem sido recolhidos num centro de atendimento a adolescentes logo poderão não ser generalizáveis para a população geral.

#### 5. CONCLUSÃO

Os comportamentos de risco dos adolescentes são um aspecto que preocupa grandemente os técnicos de saúde. O risco pode ser necessário e de alguma forma saudável na medida em que remete para a segurança interna individual para explorar e experimentar como forma de aprendizagem, no entanto deve ser controlado pois pode tornar-se perigoso e excessivo. Reforça-se a percepção de que de facto o comportamento sexual é uma forma de relação e que a tomada de decisão faz-se com base nas competências pessoais do indivíduo, que activa estratégias que fazem parte do seu repertório, e que é na aprendizagem e consolidação das estratégias individuais que devem incidir os programas de prevenção na adolescência. Estes comportamentos não são exclusivos dos adolescentes, muitas vezes são características de personalidade transversais ao desenvolvimento que promovem a adopção de comportamentos de risco. Para além de determinadas estruturas de personalidade que muitas vezes são vulneráveis a estes, existem também numerosos estudos, como o de Moore (1997) que demonstram que o estilo de vinculação é determinante nas estratégias emocionais e comunicacionais e que, por exemplo, estilos de vinculação mais inseguros são mais atreitos a determinadas práticas de risco. Ainda segundo Moore (1997), a teoria da vinculação pode ser um contexto útil para estudar a sexualidade. É devido a esta permanente ligação entre a sexualidade e o comportamento relacional e consigo próprio que Matos e Reis (2008) reforçam a ideia de que “a educação para a sexualidade é educação para a afectividade”. Existem no entanto especificidades da adolescência que já foram referidas anteriormente que dificultam as tomadas de decisão e negociação: a dificuldade de antecipar a consequência, o sentimento próprio de invulnerabilidade, a influência dos pares e a assertividade, entre outros.

Fala-se actualmente muito em participação juvenil, esta tem sido encarada cada vez mais como uma forma

de promover a participação positiva dos jovens através do enfoque nas suas forças. Os adolescentes têm por definição uma grande capacidade de entrega para defender causas e mobilizam muita criatividade. Quando auscultados sobre a adopção de estilos de vida saudáveis estes pedem muitas vezes para serem os principais actores nas campanhas dirigidas a eles.

Hoje a adolescência é já considerada uma fase do desenvolvimento com direito a quadro conceptual, legislação própria e programas próprios para esta etapa, o que lhes restitui o seu reconhecimento como sujeitos sociais e os autonomiza do papel infantilizado que lhes era proposto até aqui. O seu desenvolvimento global fomenta-se através do fortalecimento das competências sociais e pessoais e através do papel activo que os jovens podem ter no seu próprio desenvolvimento. A participação juvenil expressa-se através da influência activa dos adolescentes e jovens em processos, decisões e actividades e se traduz num exercício de poder, entendido como a capacidade de decidir, intervir e/ou influenciar as decisões existindo, claro, equidade na participação, e inclui a colaboração intergeracional e o ultrapassar das desigualdades de género e étnicas. Segundo Krauskop (2003) podemos ter um papel activo promovendo o seu *empowerment* através da criação de modalidades efectivas de participação, por exemplo através de organizações e/ou promovendo os espaços de debate e reflexão de jovens para jovens e desta forma orientar face a uma aceitação positiva da vida adolescente e juvenil. Devemos demonstrar a perspectiva estigmatizada da ênfase da adolescência como problema social e demonstrar o efeito *boomerang* de priorizar o controlo sobre a perturbação social que causam os adolescentes. Deve-

mos analisar o seu valor como capital humano, romper o adultocentrismo dando voz aos adolescentes, gerando espaços próprios para a expressão das suas capacidades e oferecendo-lhes acessoria e ferramentas de auto condução e acompanhamento, estabelecendo canais para a proposta de iniciativas.

A participação dos jovens é necessária porque têm uma parte do conhecimento da realidade que os adultos não têm. Foi com base nestas premissas que recentemente, no II Fórum Nacional de Saúde (2009), organizado pelo Alto Comissariado para a Saúde auscultaram-se os jovens no sentido de compreender quais as suas percepções sobre saúde e qual a melhor estratégia para fomentar os estilos de vida saudáveis. Podem-se verificar nas conclusões do painel (disponíveis no site do Alto Comissariado) que para estes, saúde é uma dimensão indissociada de todas as outras e que os jovens consideram que deviam ter um papel activo, bem como serem os principais actores quer a delinear quer a participar nas campanhas de prevenção.

O processo básico de desenvolvimento do adolescente envolve modificar relações entre o indivíduo e os múltiplos níveis do contexto em que o jovem se encontra. Variações na existência e no ritmo dessas relações promovem uma grande diversidade na adolescência e representam factores de risco ou protectores através deste período de vida (Matos, 1997, cit. por Matos, Simões, Carvalhosa, Reis e Canha, 1998). Cabe-nos a nós proporcionar as condições necessárias para um desenvolvimento da integração e participação dos jovens no sentido de lhes proporcionar esse papel activo que eles actualmente nos solicitam.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS :

- Afifi, W. (1999) Harming The Ones We Love: Relational Attachment and Perceived Consequences as Predictors of Safe Sex Behaviour. *Journal of Sex Research*, May.
- Bennet, D. (2000) Editorial - Adolescent mental health and risky sexual behaviour: young people need health care that covers psychological, sexual and social areas. *British Medical Journal*, July 29, 2000.
- Blum, R.; Mmari, K (2004) Risk And Protective Factors Affecting Adolescents Reproductive Health In Developing Countries: An Analysis Of Adolescent Sexual And Reproductive Health Literature from Around the World. World Health Organization. Geneva
- Blum, R.; Mmari, K (2005) Risk And Protective Factors Affecting Adolescents Reproductive Health In Developing Countries. World Health Organization. Geneva
- Carpintero, E. (2005) Modelos Teóricos para a explicação de riscos sexuais na adolescência: gravidez não desejada, DST e Sida. *Mamãs de Palmo e Meio: Gravidez e Maternidade na Adolescência. Associação para o Planeamento da Família. Delegação do Alentejo.*
- Fonseca, F & Lucas, M. (2009) Sexualidade, Saúde e Contextos: Influência da Cultura e Etnia no Comportamento Sexual. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 2009; 25:65-72.
- Lazdane, G; Lazarus, J. (2003) Editorial-Youth Friendly Health Services in Europe. In *Entre Nous, The European Magazine for Sexual and Reproductive Health. Europe, nº58 – 2004 UNFPA/OMS*
- McIntyre, P (2002) Adolescent Friendly Health Services. *An Agenda For Change .World Health Organization. Geneva*
- Matos, M.; Simões, C.; Carvalhosa, S.; Reis, C. (1998) *Aventura Social e Saúde. A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Estudo Nacional da Rede Europeia. HBSC/OMS.*
- Reis, M. & Matos, M. (2008) Comportamentos Sexuais e influência dos Diferentes Agentes de Socialização na Educação Sexual dos Jovens Universitários. In *Sexualidade e Planeamento Familiar, nº48/49, Janeiro/Junho 2008. Associação para o Planeamento da Família.*
- Monteiro, M.J. ( 2005) Compreender o Comportamento Sexual para Melhor Re(Agir) . 6º HIV-AIDS Virtual Congress. Lisboa
- Moore, C. (1997) Models of Attachment, Relationship With Parents and Sexual Behaviour in At-Risk Adolescents. *Dissertation abstracts international: section B: The Sciences and Engineering, Vol 58 (6-B), Dec. 1997, pp 3322.*
- Kauskopf , D. (2003) *Participation Social y Desarrollo en la Adolescencia. Fondo de Poblacion de las Naciones Unidas.*
- Ross, J; Godeau, E; Dias, S. (2004) Sexual Health in Young People – Findings from de HBSC Study in *Entre Nous, The European Magazine for Sexual and Reproductive Health. Europe, nº58 – UNFPA/WHO*
- Young People's Health In Context. Health Behavior In School Aged Children (HBSC) Study: International Report from the 2001/2002 Survey/ Edited by OMS*
- Van Look, P. (2008) Editorial - Designing the Future: Promoting Research in Sexual and Reproductive Health. In *Entre Nous, The European Magazine for Sexual and Reproductive Health. Europe Nº 67 – UNFPA/WHO.*

# Visita de Trabalho à Guiné-Bissau

O Grupo Parlamentar Português sobre População e Desenvolvimento (GPPSPD) visitou entre os dias 17 e 23 de Abril último a Guiné-Bissau a convite do Presidente da Assembleia Nacional Popular (ANP) e do Fundo das Nações Unidas Para a População (UNFPA). Esta visita de trabalho realizada em parceria técnica e organizativa com a Associação Para o Planeamento da Família (APF), permitiu às deputadas portuguesas um conhecimento de proximidade com a realidade em matéria de Saúde Sexual e Reprodutiva e os esforços que estão a ser desenvolvidos pelas entidades nacionais em parceria com entidades como o UNFPA, a UNICEF, o PNUD e a Cooperação Portuguesa.

A Missão envolveu a visita às intervenções no âmbito da saúde, educação, direitos humanos das mulheres e crianças, intervenção comunitária e juvenil em regiões como Bissau, Bafatá, Biombo, Biromko, Mansoa, Gabú, Oio, entre outras. A Delegação, acompanhada por Parlamentares Guineenses, altos funcionários do UNFPA e Governo da Guiné-Bissau, teve em todas as regiões encontros com as autoridades locais várias, encontros na Assembleia Nacional e Presidência, Comissões Especializadas e Redes de Parlamentares, encontros com os Ministros da Saúde Pública e Ministra da Mulher, Família, Coesão Social e Luta Contra a Pobreza, Instituto da Mulher e Criança e Instituto da Juventude. Encontros com as organizações das Nações Unidas e organizações da sociedade civil (ONG) que trabalham no âmbito da Mulher e Criança.

No contexto da Missão foi possível aos vários intervenientes inteirarem-se do trabalho, desafios e ganhos de iniciativas como: de desenvolvimento local de base comunitária, Associação WLUTY (produtores/as de sal),

de abandono da MGF desenvolvido pela TOSTAN ao abrigo do Protocolo UNFPA/UNICEF, de saúde sexual e reprodutiva da AGUIBEF, na visita ao Hospital e Centro Materno-Infantil de Mansoa, ao Hospital e ao Centro Multifuncional de Jovens de Gabú; do trabalho desenvolvido no Hospital Simão Mendes em Bissau, na Escola Nacional de Saúde e Oficinas de Português. No último dia, a Delegação teve um encontro de balanço de resultados com o Presidente em exercício na ANP e conferência de imprensa onde foi apresentada a seguinte Declaração:

**A Visita de Trabalho à Guiné-Bissau a convite de S. Exa. o Presidente da Assembleia Nacional Popular (ANP) e do Fundo das Nações Unidas Para a População (UNFPA), dirigido ao Grupo Parlamentar Português sobre População e Desenvolvimento (GPPSPD) em parceria técnica e organizativa com a Associação Para o Planeamento da Família (APF), que hoje termina, inicia um novo ciclo de colaboração, viu atingidos e em alguns casos reforçados, todos os seus objectivos.**

Assim, foi possível:

Reforçar a colaboração entre Parlamentares de Portugal e da Guiné-Bissau nas temáticas associadas à População e Desenvolvimento e afins.

Aumentar os conhecimentos de parlamentares portugueses em matéria de Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos associados numa perspectiva de Cooperação e Desenvolvimento.

Conhecer *in loco* intervenções, projectos e necessidades nos domínios da Saúde Sexual e Reprodutiva.

Conhecer *in loco* os progressos em matéria de Cuidados Obstétricos de Urgência e Neo-natal resultantes do Protocolo entre o UNFPA+IPAD+RTP.

Conhecer algumas das iniciativas parlamentares, do UNFPA/UNICEF e de outras entidades do país com vista ao abandono da prática da Mutilação Genital Feminina na Guiné-Bissau.

Contribuir para aumentar e destacar o esforço desenvolvido em Portugal e na Guiné-Bissau para alcançar os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

Contribuir para o aumento do compromisso e coerência político - financeiro relacionados com a saúde materna e Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, no ano em que se assinalam 15 anos da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e respectivo Plano de Acção.

Ajudar à divulgação de boas práticas e iniciativas de pedagogia político-administrativa dos respectivos países.

Estabelecer linhas de cooperação e parceiros na Guiné-Bissau, nomeadamente no contexto parlamentar e da sociedade civil no trabalho com Jovens, Mulheres, Saúde Reprodutiva, VIH/SIDA, Violência com base no género, Saúde Materno-infantil, Planeamento Familiar e Educação para a vida familiar.

Contribuir para a divulgação das propostas e textos internacionais, onde o investimento em temas de População e Desenvolvimento como a saúde Reprodutiva surge como fundamental e estratégico para a Erradicação da Pobreza.

Sensibilizar o Parlamento, a sociedade civil e o Governo de Portugal para a importância no reforço do financiamento a Programas de Saúde e Educação Sexual e Reprodutiva e questões de Género, nas iniciativas de cooperação Multi e Bilateral no contexto do Plano de Acção do Cairo (1994) e Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, nos países africanos de língua oficial portuguesa.

Por fim, podemos dizer que

Vimos no terreno a operacionalização do Programa e Roteiro de Saúde Reprodutiva, e o seu contributo decisivo para o desenvolvimento da Guiné-Bissau.

Confirmamos a importância do trabalho estruturante como o que se refere ao abandono de práticas nefastas.

Somos testemunhas do empenho das autoridades locais e das comunidades na resolução dos seus problemas e na construção do país, salvando as vidas das mães para também garantir o futuro dos filhos, das famílias e das comunidades.

Há um efectivo reforço da cooperação e parcerias entre parlamentares, profissionais e ONG bem como um reforço do engajamento da Cooperação Portuguesa com reflexos no terreno, como se constatou nas intervenções estruturantes com o UNFPA, a RTP e IPAD em Mansoa e Gabú.

Sentimos, ao longo destes dias de intenso trabalho, a importância das relações afectivas que ligam os dois países e que são neste momento um sinal da solidariedade e confiança com e no futuro da Guiné-Bissau.

**Bissau, 22 de Abril de 2009**

# O Fundo para a Saúde, Escolhas e Direitos – uma resposta inovadora e multi-stakeholder ao desafio do financiamento

## O DESAFIO DO FINANCIAMENTO

A actividade da APF, organização com fins de saúde com 42 anos de história, cresceu significativamente nos últimos anos. Este crescimento da actividade teve um reflexo paralelo ao nível económico-financeiro, gerando necessidades acrescidas de geração de receitas para o financiamento do volume de actividade da associação. Este é um dos mais importantes desafios que se colocam a uma organização sem fins lucrativos que prossegue uma missão de utilidade pública. **O desafio de conciliar o crescimento da capacidade de desenvolver eficazmente a sua missão (maior abrangência, maior impacto, maior eficácia), assegurando ao mesmo tempo as condições que permitam a sustentabilidade da intervenção no futuro. O desafio do financiamento do crescimento.**

O desafio associado ao financiamento do crescimento deve ser enfrentado de forma sistémica. Alimentar o processo de crescimento implica procurar respostas internas e externas ao problema de encontrar recursos para o próprio crescimento. Se uma boa gestão deve assegurar a eficiência da intervenção, otimizando a **aplicação de recursos**, a mesma preocupação deve ser dedicada às **origens de recursos**.

Em Portugal, as organizações da sociedade civil sem fins lucrativos mostram, apesar da sua diversidade, as mesmas dificuldades na resolução deste desafio. Uma análise recente do Sector Não Lucrativo em Portugal, levada a cabo por investigadores da Universidade Católica Portuguesa no âmbito do Projecto Comparativo

do Sector Não Lucrativo da Universidade de Johns Hopkins (EUA), proporcionou um retrato empírico inovador sobre esta dimensão das organizações sem fins lucrativos na sociedade portuguesa. Segundo este estudo<sup>1</sup> o sector não lucrativo<sup>2</sup> representa uma força económica significativa, envolvendo quase um quarto de milhão de trabalhadores ETI (Equivalentes a Tempo Inteiro), dos quais dois terços (70%) em posições remuneradas e os restantes em regime de voluntariado. Segundo o mesmo estudo esta força económica tem a origem dos seus recursos maioritariamente em receitas próprias e nas instituições governamentais. Cerca de metade (48%) dos fundos das organizações não lucrativas portuguesas correspondem a receitas próprias, seguidas de perto pelo apoio público (40%). A filantropia representa apenas 12% dos fundos.

O mesmo estudo permite no entanto descobrir uma realidade sectorial diferente entre organizações com missões distintas. Os números anteriores reflectem a realidade predominante das organizações com fins de apoio social/fornecimento de fins sociais. **Se isolarmos as organizações com fins de saúde a realidade apresentada é substancialmente diferente:**

### Origens de Fundos das Organizações da Sociedade Civil em Portugal

| Área             | Receitas próprias | Governo | Filantropia |
|------------------|-------------------|---------|-------------|
| Todas (média)    | 48%               | 40%     | 12%         |
| Serviços Sociais | 66%               | 26%     | 7%          |
| Saúde            | 16%               | 82%     | 3%          |

Fonte: Projecto Comparativo do Sector Não Lucrativo da Johns Hopkins

(1) O estudo integral pode ser consultado [www.jhu.edu/ccss/cnp](http://www.jhu.edu/ccss/cnp).

(2) Seguindo a Classificação Internacional das Organizações Não Lucrativas

Se as receitas próprias são a fonte dominante de recursos das organizações da sociedade civil em Portugal, seguidas de perto pelo apoio público, *esta relação inverte-se no domínio da saúde. E a filantropia ocupa em qualquer caso um muito distante terceiro lugar.*

O apoio público/governamental representa em média 40 % dos fundos do sector da sociedade civil em Portugal, reflectindo uma delegação de tarefas/responsabilidades do governo nas organizações da sociedade civil no fornecimento de serviços. Esta delegação mostra-se ainda mais importante em sectores como a educação, **e essencial nas organizações com fins de saúde (82%).**

## RELAÇÕES EM MUDANÇA

No âmbito da saúde, a intervenção perene, de longo prazo, tem vindo a perder peso nas prioridades de relacionamento entre as organizações da sociedade civil, normalmente promotoras das mesmas, e o poder público, normalmente financiador. As parcerias de longo prazo têm vindo a ser preteridas em favor de contratos para a execução de projectos de mais curto prazo, em *settings* restritos e no contexto comunitário/de exclusão.

Esta tendência, expressa em legislação e programas de financiamento que privilegiam os projectos de curto/médio prazo em detrimento de relações de parceria de longo prazo, e que orienta a intervenção das ONG para o âmbito local em detrimento do geral/nacional, tem vindo a esculpir uma nova relação entre as organizações com fins de saúde e o governo.

58

E no entanto, intervir no longo prazo na promoção de comportamentos e atitudes saudáveis, informando, educando e comunicando sobre saúde tem hoje a mesma importância que tinha há 10 ou 50 anos atrás. Esta intervenção de nível macro, ampla e alicerçada em estratégias IEC com eficácia comprovada não se enquadra na actual resposta pedida pelo Estado às ONG de saúde.

Além das questões levantadas ao nível de estratégia/missão das organizações pela arquitectura deste novo relacionamento obriga a resolver novos desafios de financiamento. Obriga a procurar novos parceiros, novas receitas próprias, novas formas de diminuir a dependência do apoio público se os objectivos esperados do mesmo colocarem em causa a missão das organizações.

Também o princípio do co-financiamento, útil e desejável na promoção da partilha das responsabilidades e na mobilização de recursos não públicos para a intervenção levada a cabo pelas ONG, se torna um barreira num contexto onde os recursos privados são disputados num mercado com recursos escassos, pró-cíclicos e onde as perspectivas de crescimento são reduzidas, competitivo entre causas, e nem sempre alinhado com as prioridades e necessidades locais, nacionais e regionais em matéria de saúde e direitos. Características que o tornam ainda vulnerável a modas ou às causas de 'emergência' em detrimento das intervenções estruturais de longo prazo. **E por isso o desafio do financiamento também passa por ter novas parcerias.**

## ESTIMULAR A FILANTROPIA

As organizações, lucrativas e não-lucrativas, mostram cada vez mais que querem e podem agir como cidadãos nas sociedades em que se integram. Cada vez mais integram voluntariamente preocupações sociais e ambientais nas operações quotidianas e na interacção com todas as partes interessadas (a própria definição comumente aceite de Responsabilidade Social). No fundo, trata-se de um modo de contribuir, de forma positiva, para a sociedade e de gerir os impactos sociais e ambientais da organização como forma de assegurar e aumentar competitividade no mercado. Há quem defenda que as organizações, como motor de desenvolvimento económico, tecnológico e humano, só se realizam plenamente quando consideram na sua actividade o respeito pelos direitos humanos, quer como indivíduo quer como consumidores, o investimento na valorização pessoal, a protecção do ambiente, o combate à corrupção, o cumprimento das normas sociais e o respeito pelos valores e pelos princípios éticos da sociedade em que se insere.

No estudo "Atitudes dos Consumidores Europeus face à Responsabilidade Social das Empresas", elaborado pela MORI (*Marketing & Opinion Research Institute*) e pela CSR Europe, apresentado em Novembro de 2000 e que abrangeu cerca de 12 000 pessoas de 12 países da UE, concluiu-se que o público português tem grandes expectativas relativamente ao papel das empresas, isto é, 2/3 dos consumidores portugueses acreditam que as empresas não dão a devida atenção às suas responsabilidades sociais. A qualidade dos produtos, o serviço ao cliente, o empenho nas suas res-

ponsabilidades sociais, o respeito pelos direitos humanos e a existência de um ambiente de trabalho seguro e saudável, foram os factores considerados mais importantes pelos portugueses quando fazem um juízo sobre uma empresa.

E por isto importa reflectir sobre a importância das parcerias em saúde entre entidades sem fins lucrativos e entidades com fins lucrativos, assim como perceber porque a filantropia é tão residual neste sector. Também aqui se encontra uma das chaves para a resolução do desafio do financiamento, desde que sejam encontradas as áreas comuns de interesse na intervenção em saúde, quer ao nível da promoção da saúde como de combate à doença.

O papel supletivo que as organizações com fins de saúde parecem ter encontrado face ao poder público e que justifica tanto o peso destes apoios como a sua dependência do financiador Estado, ainda não encontrou paralelo entre os parceiros privados.

Face ao seu próprio crescimento, a Associação para o Planeamento da Família procura, como as suas congéneres, resolver o desafio do financiamento.

O sector privado tem participado desde os finais da década de 60, quase a partir do momento da criação da APF, em iniciativas relacionadas com a contracepção e com a educação sexual, tendo durante os anos apoiado, divulgado e financiado ainda eventos, campanhas e publicações relacionadas com as IST, VIH/SIDA ou o preservativo. Esta participação tem sido importante. Por vezes decisiva e importa salientar o papel dos actores privados neste processo.

O Fundo APF é uma das respostas que pretendemos apresentar ao desafio do financiamento. Porque permite apoiar a sustentabilidade da actividade da APF no longo prazo e especialmente a independência face a constrangimentos conjunturais motivados por razões de ordem social ou política; porque estimula o prosse-

guimento de boas práticas ao nível da gestão económica e financeira da associação, processo que implica seguir os melhores exemplos ao nível das parcerias com privados e porque permite reforçar a próprio processo de crescimento da actividade da associação.

## O COMPROMISSO

Somos uma organização dedicada à promoção da saúde, dos direitos e da igualdade de oportunidades. O nosso trabalho é reconhecido nacional e internacionalmente, tendo já recebido a Ordem de Mérito por parte da Presidência da República.

**Os nossos públicos – especialmente os jovens e as populações em situações de exclusão - carecem de acção continuada, dedicada e especializada. Procuramos entidades que pretendam intervir civicamente e em cooperação com uma organização com 40 anos de história.**

A APF é o fulcro de um conjunto de redes sociais, de trabalho, políticas e de intervenção na comunidade que pode, pela mobilização e aglomeração de múltiplas competências em actores públicos, privados e da sociedade civil, ser a base de uma resposta social de âmbito nacional, eficaz, duradoura e sustentada sobre necessidades não satisfeitas de serviços de saúde e de forma perfeitamente integrada nas orientações estratégicas em torno das parcerias público-privado-sociedade civil, nas orientações do Plano Nacional de Saúde para a saúde sexual e reprodutiva e no estado da arte sobre intervenção social no que respeita à valorização das iniciativas multi-stakeholder, com partilha de responsabilidades e complementaridades de papéis entre actores para a mudança social.

Com o Fundo APF pretendemos criar mais uma porta de entrada àqueles que sabem que vale a pena apoiar o nosso crescimento, que vale a pena dar a quem mostra resultados. E mostrar que a missão sobre a qual apoiamos o nosso trabalho justifica também satisfação para quem apoiou, apoia e voltará a apoiar a nossa actividade.

### FONTES:

Associação para o Planeamento da Família (2009) - *Plano de Actividades para 2009*. Lisboa: APF

Franco, Raquel (2005) – *Defining the Nonprofit Sector: Portugal*. Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project [//adm-cf.com/jhu/pdfs/CNP\\_Working\\_Papers/CNP\\_WP43\\_Portugal\\_2005.pdf](http://adm-cf.com/jhu/pdfs/CNP_Working_Papers/CNP_WP43_Portugal_2005.pdf) (acedido a 16-06-2006)

Universidade Católica Portuguesa; Johns Hopkins University (2005) – *O sector não lucrativo português numa perspectiva comparada*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Johns Hopkins University. [www.akdn.org/publications/2008\\_portugal\\_nonprofitsector.pdf](http://www.akdn.org/publications/2008_portugal_nonprofitsector.pdf) (acedido em 16-06-2009)

# ÚLTIMAS EDIÇÕES

## *Desdobráveis* **IST, Dupla Protecção e IVG**

Foram recentemente reeditados pela APF, desdobráveis informativos sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), Dupla Protecção e produzido um desdobrável sobre Interrupção Voluntária da Gravidez (IVG).

O primeiro disponibiliza informação sobre o que são as IST e principais vias de transmissão, bem como diagnóstico, prevenção e tratamento, fornecendo também um conjunto de contactos úteis a que se pode recorrer, como linhas telefónicas de ajuda e consultas específicas em Centros de Saúde e/ou Hospitais.

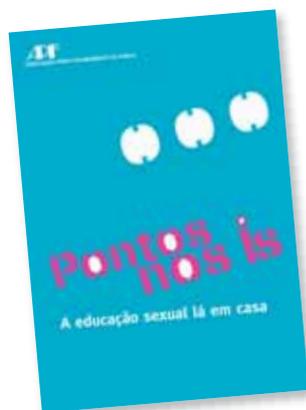
Procurando fornecer informação sucinta sobre a utilização de métodos que previnam a gravidez e simultaneamente as infecções sexualmente transmissíveis, o desdobrável Dupla Protecção apela à dupla protecção, ou seja, à utilização de um método contraceptivo para evitar uma gravidez, associado ao uso do preservativo (masculino ou feminino) para a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis ou à utilização do preservativo (masculino ou feminino) com o duplo objectivo de se evitar uma gravidez e as infecções sexualmente transmissíveis. Estes dois desdobráveis contaram com o apoio do Programa ADIS/SIDA.

Produzido com o apoio da Direcção Geral da Saúde, o desdobrável Interrupção Voluntária da Gravidez reúne um conjunto de informações práticas e muito úteis sobre a IVG tais como o enquadramento legal, onde se dirigir e a quem recorrer e procedimentos seguintes – a consulta prévia, o período de reflexão, os métodos utilizados para a IVG (medicamentoso e cirúrgico) e o posterior acompanhamento da mulher. As questões relativas à confidencialidade e sigilo profissional bem como a situação das mulheres imigrantes e das mulheres estrangeiras no que diz respeito ao acesso à IVG são igualmente referenciadas.



## *Cartaz e Postal*

Materiais de suporte produzidos no contexto da Campanha sobre Direitos e Interrupção Voluntária da Gravidez, promovida pela APF no âmbito do Projecto Opções com o objectivo de informar e esclarecer as mulheres no que diz respeito à legislação vigente sobre IVG e direitos que lhes assistem.



## *Brochura*

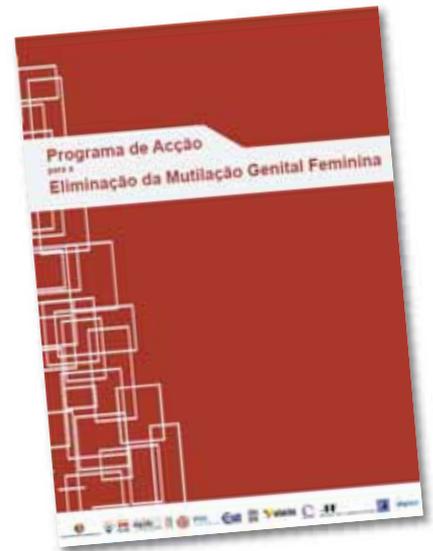
### **Pontos nos Is – A educação sexual lá em casa**

Financiada pelo Programa ADIS/SIDA, trata-se de uma brochura recentemente publicada pela APF, destinada a pais, mães, e a todas as pessoas que desempenhem um papel essencial na educação das crianças e jovens. Um pequeno guia que, para além do que se espera de pais e mães em termos não só do acompanhamento como dos procedimentos a cultivar, como o respeito, a valorização e a responsabilização, remete para as questões que mais cedo ou mais tarde vão surgir - de onde vêm os bebés, televisão/internet e sexo, adolescência e mudanças físicas, orientação sexual, amores, paixões e desgostos, a primeira relação sexual, e tantas outras, finalizando com uma importante listagem de contactos.

Livro

## Programa de Acção para a Eliminação da Mutilação Genital Feminina

Edição APF apoiada pelo Daphne – Euronet FGM, que resulta do trabalho desenvolvido pelo Grupo Inter-sectorial sobre MGF/C constituído por representantes de diversos organismos e instituições públicas, organizações intergovernamentais e ONG. Oficialmente apresentado no Dia Internacional de Tolerância Zero à Mutilação Genital Feminina, o Programa de Acção enquadra-se no III Plano Nacional para a Igualdade – Cidadania e Género (2007-2010), instrumento privilegiado para a promoção e consolidação das políticas para a igualdade de género. O Programa de Acção apresenta-se dividido em três partes, ao longo das quais nos é dado o enquadramento e os factos sobre MGF/C, definição e classificação, terminologia, justificações para a existência e/ou perpetuação da MGF/C, consequências físicas e psicológicas (Parte I), Fundamentos para a Intervenção Nacional na prevenção da MGF/C, sectores de intervenção, objectivos, medidas, intervenientes e grupos-alvo (Parte II), finalizando com os Quadros de Actividades/Medidas (Parte III). Para além da Bibliografia utilizada e igualmente recomendada, o Programa de Acção disponibiliza ainda a Classificação da MGF segundo a OMS (anos 1995-1997 e 2008) e diversos instrumentos e textos internacionais, comunitários e nacionais em matéria de Direitos Humanos.



### Folha de Dados

#### Saúde Materna - Investir em Serviços, Cuidados e Medicamentos Essenciais Salva a Vida das Mulheres

Com textos da autoria de Inês Malta (APF) e SENSOA International, a Folha de Dados Saúde Materna foi produzida no âmbito da Campanha Internacional Countdown Europe 2015, da qual a Associação é parceira. Estando a Saúde Sexual e Reprodutiva subjacente a todos os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM), estes só poderão ser plenamente alcançados se a todos estiver garantido o acesso à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos nesta matéria. Os investimentos em fornecimentos, provisões e em medicamentos de saúde reprodutiva não passam apenas por preservativos e outros métodos anticoncepcionais mas por todos os equipamentos essenciais, testes, produtos e medicamentos necessários para garantir a saúde sexual e reprodutiva, a saúde materna e neonatal bem como respostas eficazes ao VIH/SIDA. Neste contexto, os benefícios decorrentes dos investimentos em serviços de saúde sexual e reprodutiva estão muito para além dos benefícios estritamente médicos.



### Folha de Dados

#### Mutilação Genital Feminina - Direitos Humanos de Mulheres e Crianças

Trata-se da mais recente publicação da APF também produzida no contexto da iniciativa Internacional Countdown Europe 2015. Tendo em conta que a cada 16 segundos existe uma mulher, uma menina em risco de sofrer prática de MGF, há que desencorajar um flagelo que, de acordo com a OMS e outros organismos das Nações Unidas, pode conhecer o seu termo no espaço de uma geração.



## Quando a sua família está completa, escolha Essure®

Essure é um procedimento contraceptivo permanente que funciona naturalmente no seu organismo – sem cortes, hormonas ou o risco de se submeter a uma laqueação de trompas.

Essure oferece às mulheres o que nenhuma outra contraceção alguma vez fez:

- Sem cortes, sem cicatrizes
- Sem anestesia geral
- Sem internamento
- Sem hormonas
- Procedimento rápido—o Essure demora cerca de 10 minutos a realizar

Representantes exclusivos da firma Conceptus: Mário Taron Oliveira, Lda [www.mto.pt](http://www.mto.pt) [www.essure.com.pt](http://www.essure.com.pt)

R. de Olivença nº18 4000-369 Porto Telf. 222 056 798/Fax. 222 005 065 [mariotaronoliveira@mail.telepac.pt](mailto:mariotaronoliveira@mail.telepac.pt)

Considerações: Essure é um procedimento contraceptivo permanente irreversível. Tem de ser utilizada outra forma de controlo de natalidade durante três meses após o procedimento. Podem ocorrer cólicas/dores, náuseas/vómitos, vertigens/tonturas, hemorragia/perda após o procedimento. Visite [www.essure.com.pt](http://www.essure.com.pt) para saber mais.

©2008 All rights reserved. Conceptus and Essure are registered trademarks and Your Family Is Complete Your Choice Is Clear is a service mark of Conceptus, Inc.

**essure®**  
YOUR FAMILY IS COMPLETE.  
YOUR CHOICE IS CLEAR.™