



# sexualidade planeamento familiar

**APF**

ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA

nº **54/55**

Pág. **6** Famílias fora da (Hetero) Norma

Pág. **11** Aconselhamento na IVG a pedido

Pág. **21** Depressão e auto-estima na gravidez adolescente

Pág. **28** SSR de jovens de bairros sociais – opiniões e estratégias dos enfermeiros

Pág. **42** Feminismos e debate sobre Interrupção Voluntária da Gravidez

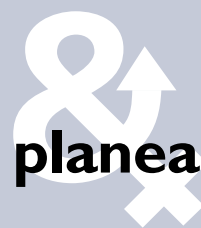
## Apoio

Direcção-Geral da Saúde  
[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)



Ministério da Saúde  
Projecto Apoiado  
Financieiramente pela DGS





# sexualidade planeamento familiar

|                              |   |
|------------------------------|---|
| <b>Director</b>              | José Pacheco  |
| <b>Equipa de Coordenação</b> | Elisa Guerreiro (Responsável)<br>Ana Inácio<br>António Manuel Marques<br>Duarte Vilar<br>Dulce Morgado Neves<br>José Pacheco  |
| <b>Conselho Científico</b>   | Adelino Dinis (Clínica Geral)<br>Ana Cristina Santos (Sociologia)<br>Ana Henriques (Clínica Geral)<br>Ana Nunes de Almeida (Sociologia)<br>António Manuel Marques (Sociologia)<br>António Neto Rodrigues (Clínica Geral)<br>Carla Machado (Psicologia)<br>Carla Serrão (Psicologia)<br>Conceição Brito Lopes (Direito)<br>David Rebelo (Ginecologia/Obstetrícia)<br>Duarte Vilar (Sociologia)<br>Dulce Morgado Neves (Sociologia)<br>Feliz López (Psicologia)<br>Francisco Allen Gomes (Sexologia)<br>Gabriela Moita (Psicologia, Educação e Sexologia)<br>Isabel Leal (Psicologia)<br>Javier Zapiain (Psicologia)<br>João Barreiros (Enfermagem)<br>João Dória Nóbrega (Ginecologia/Obstetrícia)<br>Jorge Cardoso (Psicologia)<br>Madalena Oliveira (Enfermagem)<br>Manuela Sampaio (Pedagogia)<br>Margarida Gaspar de Matos (Psicologia)<br>Margarida Sim-Sim (Enfermagem)<br>Mária da Purificação Araújo (Ginecologia/Obstetrícia)<br>Mária de Jesus Correia (Psicologia)<br>Mária José Alves (Ginecologia/Obstetrícia)<br>Mário Sousa (Medicina da Reprodução)<br>Nuno Monteiro Pereira (Andrologia)<br>Nuno Nodin (Psicologia)<br>Vanessa Cunha (Sociologia) |
| <b>Propriedade</b>           | APF - Associação para o Planeamento da Família  |
| <b>Redacção e Sede</b>       | Rua da Artilharia Um 38 - 2.º 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 - 2.º esq, 1700-006 Lisboa<br>Tel. 21 845 13 90   Fax 21 845 13 91<br>ideiasvirtuais@ideiasvirtuais.pt   |
| <b>Fotografia de Capa</b>    | Danila Marrengulê<br>Jovem Mediadora da APF   |
| <b>Registo</b>               | 106 347   |
| <b>ISSN</b>                  | 0872 - 7023   |
| <b>Preço de Capa</b>         | €2,5  |
| <b>Assinatura Anual</b>      | €9 - Particulares<br>€15 - Instituições   |

## Normas de Colaboração

1. A **Sexualidade & Planeamento Familiar** aceita propostas de artigos e notas de investigação ou debate originais, bem como resenhas a obras publicadas nos domínios ligados à Saúde Sexual e Reprodutiva e artigos de reflexão.
2. Os originais devem ser enviados por correio electrónico para o endereço **elisaguerreiro@apf.pt**
3. As propostas apresentadas para publicação ficam sujeitas a um processo de avaliação assegurado por revisores anónimos (*Referees*) e pela Equipa de Coordenação da Revista. Durante o processo da revisão, será assegurado o anonimato dos autores. Os parâmetros de avaliação incluem: rigor, originalidade, qualidade técnica, clareza de redacção, interesse.
4. A Equipa de Coordenação informará os autores da recepção dos artigos por carta ou e-mail. O facto de acusar a recepção de um artigo não implica obrigatoriedade da sua publicação.
5. A decisão final de publicação bem como a oportunidade é da responsabilidade da Equipa de Coordenação.
6. Os textos podem ser propostos em português, inglês, francês e espanhol.
7. Os contributos devem ter a indicação do Nome(s) do(s) Autor(es), a referência à sua Formação Académica e/ou Titulação Profissional e às instituições em que desenvolvem a sua actividade.
8. Os artigos e notas de investigação ou debate não devem ultrapassar os 19 500 caracteres (com espaços), incluindo Notas, Bibliografia e Quadros. As resenhas não devem exceder os 6 000 caracteres (com espaços).
9. Os textos devem ser apresentados dactilografados a espaço e meio, com margens de 25 mm, letra Arial, tamanho 12
10. As propostas para publicação devem vir acompanhadas de um Resumo estruturado escrito em Português e em Inglês de 1 000 caracteres (com espaços) cada e de 4 a 6 palavras-chave (*keywords*), também nas duas línguas.
11. A estrutura dos artigos de investigação deve incluir Introdução, Objectivos, Metodologia, Resultados, Conclusões e Referências Bibliográficas.
12. As Notas de Rodapé (ou de final de artigo) devem ser tão reduzidas quanto possível (em número e dimensão).
13. Os autores devem obter as permissões necessárias para a utilização de figuras e outros materiais sujeitos a direitos de autor.
14. Os quadros ou figuras podem ser inseridas no documento. As fotografias devem ser enviadas com resolução de qualidade.
15. A Equipa de Coordenação reserva-se o direito de, com o conhecimento e anuência dos autores, proceder a alterações ou adaptações do texto, das figuras, dos quadros ou das palavras-chave dos artigos submetidos.
16. As citações no texto devem ser colocadas da seguinte forma (Silva, 2009, p. 23).
17. As Referências Bibliográficas devem ser indicadas por ordem alfabética de autor e no final do texto.

### Exemplos:

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

Gomes, F.A. (1987). A Sexualidade na segunda metade da vida (pp. 94-103). In: F.A. Gomes [et al.] (coord.). *Sexologia em Portugal*. Lisboa: Texto. vol. 1.

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

APF (2005). *Nota de imprensa sobre alguns dos resultados do estudo realizado pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia e pela Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução*. Acedido em 12 de Janeiro de 2009 em [http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/statement\\_aborto.pdf](http://www.apf.pt/cms/files/conteudos/statement_aborto.pdf).

# Sumário

n.º 54/55 • Julho/Dezembro 2009

## Editorial

- 3 *José Pacheco*

## Actual

- 4 Três Apontamentos sobre Direitos Sexuais  
*Duarte Vilar*
- 6 Homoparentalidade e Heterossexismo – Famílias fora da (Hetero)Norma  
*Carlos Gonçalves Costa*
- 11 Aconselhamento na IVG a pedido: Propostas de intervenção com base numa revisão da literatura  
*Vanda Beja*
- 21 Gravidez adolescente: a depressão e a auto-estima  
*Sara Sereno, Maria de Jesus Correia, Susana Faustino*
- 28 Saúde Sexual e Reprodutiva dos jovens de bairros sociais: Opiniões e estratégias dos enfermeiros  
*Fernanda Gomes da Costa, Marta Niza, Nádía Andrade*
- 35 Adolescentes Portugueses da Região do Norte: Sexualmente (Des)Protegidos  
*Marta Morais Barbedo, Margarida Gaspar de Matos, Joaquim Luís Coimbra*
- 42 Os feminismos e debate sobre a interrupção voluntária da gravidez: o lugar da redefinição do humano  
*João Manuel de Oliveira*

## Recensão Crítica

- 48 A Chave do Armário: Homossexualidade, casamento, família  
*Gabriela Moita*



## 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.™

# Editorial

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

O atraso na publicação deste número decorreu, em parte, de um processo de transformação, ainda em curso, para uma revista predominantemente de cariz científico, com o objectivo de suportar, de uma forma mais precisa e exacta, decisões no contexto da Saúde Sexual e Reprodutiva, incluindo novas questões como o género, as especificidades geracionais, as minorias sexuais, sociais ou étnicas, baseadas no melhor que se sabe e conhece sobre essas matérias.

Demos início a uma nova era da Revista, que está longe de corresponder a uma mera evolução cosmética e que envolveu a constituição de um Conselho Científico e de um corpo de revisores (*peer review*), o que, em termos adaptativos, exigiu prazos mais alargados, na medida em que, para além de se aguardar que nos enviassem a sua apreciação, também os autores tiveram os seus tempos para reconsiderar e analisar as sugestões eventualmente dadas. Mas creio que valeu a pena, já que este processo, apesar da morosidade, contribui para melhorar, de forma significativa, a qualidade dos artigos no plano científico.

Para finalizar, gostaria de agradecer a todos os elementos do Conselho Científico que, gentil e generosamente dele aceitaram fazer parte, aos revisores que, de forma graciosa, deram o seu contributo para decidir ou não sobre a viabilidade da publicação dos artigos e ainda à redacção e ao *staff* da APF que tiveram um inestimável papel, porventura nem sempre visível, na concretização deste projecto editorial.

# Três Apontamentos sobre Direitos Sexuais

**Duarte Vilar** (*Sociólogo, Director Executivo da APF*)

## O CASAMENTO ENTRE PESSOAS DO MESMO SEXO

A redacção deste Actual foi feita depois da Assembleia da República ter aprovado o Decreto-Lei que regula o casamento entre pessoas do mesmo sexo e da respectiva promulgação pelo Presidente da República.

Mesmo não integrando a possibilidade de adopção reclamada por grupos de opinião muito significativos (veja-se a este propósito as numerosas declarações de voto apresentadas por deputados de vários partidos), a promulgação desta lei foi um acontecimento de enorme relevância para a sociedade portuguesa, juntando-se, assim, a um grupo ainda minoritário de países que reconheceram a possibilidade legal de duas pessoas do mesmo sexo se casarem.

Em primeiro lugar, esta lei e o debate que provocou, constituiu uma manifestação da grande diversidade moral, da amplitude do debate moral contemporâneo e do grau de liberdade política e social actualmente existente na sociedade portuguesa. Independentemente do resultado final, este debate foi, simultaneamente, um acto, um factor e um indicador de mudança no nosso país, que nos coloca a anos luz de outras épocas (recentes) em que o tema da homossexualidade era pura e simplesmente ocultado.

Esta ocultação correspondeu (e ainda corresponde), a vidas de clandestinidade vividas em sofrimento invisível, a atitudes discriminatórias ou mesmo a actos de repressão quando eram conhecidas ou denunciadas tais situações.

A ocultação, era também um indicador de uma moral sexual em que a diversidade não tinha lugar, e em que a homossexualidade - como muitos outros temas sexuais - era considerada um acto ou um assunto tão indigno e tão doentio, que não devia ser sequer motivo de conversas ou de debate. Em que havia, ou devia haver, uma forma única aceitável para nos comportarmos e vivermos.

E foi interessante perceber, mais uma vez, a resistência dos mesmos grupos conservadores que se têm oposto noutros temas relacionados com as agendas da sexualidade, tais como a questão do aborto, ou da educação sexual dos jovens. Por outro lado, é também interessante perceber que mesmo que seja muitas vezes por razões “tácticas”, a margem de aceitação da diversidade sexual, mesmo assim, mudou nesses grupos que, embora estando contra o casamento, agora aceitam outras formas de contrato conjugal entre pessoas do mesmo sexo e acabam por reforçar a ideia de que as relações homossexuais existem, de facto (perdoemos a redundância) e que não devem ser reprimidas ou penalizadas.

Seguramente que este debate, a nova lei e uma nova situação podem evitar muito sofrimento entre as pessoas homossexuais e, muitas vezes, entre os seus familiares mais próximos. Mesmo sabendo que as leis, por si só, não mudam as atitudes de um momento para o outro e que a discriminação não vai acabar, sabemos também o quanto elas são importantes para acelerar os processos de mudança social, sobretudo quando foram apoiadas por vastíssimos sectores da sociedade portuguesa.

Em segundo lugar, a lei acaba com uma situação de discriminação em termos da igualdade de direitos civis. Pura e simplesmente se reconheceu que o amor, a sexualidade, a conjugalidade, existem entre pessoas do mesmo sexo e não só entre pessoas de sexo oposto. Que estas relações são moralmente tão aceitáveis como as relações heterossexuais e que, conseqüentemente, a sociedade lhes reconhece igualdade de tratamento. Neste aspecto, no entanto, o documento aprovado é profundamente contraditório porque o reconhecimento de uma forma legal de relação – o casamento – veio introduzir uma discriminação nos direitos das pessoas casadas, que é o direito de adopção.

Assim, também do ponto de vista da vida democrática, da cidadania plena, da defesa dos direitos humanos e, em particular, da defesa dos direitos sexuais, a sociedade portuguesa deu um passo em frente.

## A DECLARAÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS

“Direitos Sexuais – uma Declaração da IPPF”, é um novo e importante referencial produzido pela nossa Federação Internacional, a IPPF – *International Planned Parenthood Federation* que integra as APF que existem em quase todos os países do mundo.

Tendo como objecto central a sexualidade, o documento aplica a esta nossa área de vida pessoal e social, toda a perspectiva existente de direitos humanos. Começa por reconhecer que a sexualidade “...*é um aspecto natural e precioso da vida, uma parte essencial da nossa humanidade...*” mas que, neste domínio, “...*hoje, a discriminação, o estigma, o medo e a violência impõem ameaças reais para muitas pessoas.*”

A declaração aborda temas como a valia da sexualidade, o género e a orientação sexual, os direitos dos jovens, a não discriminação, o direito ao prazer, a protecção contra agressões, as bases da legislação em matérias sexuais e o carácter universal destes direitos.

No Prefácio à Declaração, a Presidente da IPPF, Jacqueline Sharpe, refere que ela constitui uma ferramenta indispensável para todas as organizações, activistas, investigadores, legisladores e formadores de opinião que trabalham na área dos Direitos Humanos.

## A QUESTÃO DA MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA

Numa sociedade em mudança e cada vez mais multicultural, com a importância crescente dos fenómenos migratórios, cresce em Portugal, a par do que acontece na Europa e resto do Mundo, a consciência do problema da Mutulação Genital Feminina.

A APF iniciou há já alguns anos, um trabalho sobre esta questão, quer através da participação activa em grupos e redes de trabalho, quer pela edição, em português, da publicação da OMS " MGF- integração da prevenção e tratamento nos curricula de profissionais de saúde - Manual de Formação".

Em Fevereiro de 2010, durante a realização de um Seminário Internacional para a avaliação do 1º ano do Programa de Acção português para a Eliminação da Mutulação Genital Feminina, foi apresentado o documento "Fim à MGF- Estratégia para as Instituições da União Europeia", que contou, na sua elaboração, com a participação activa da APF.

Também numa iniciativa conjunta com a IPPF e UNFPA, e com o apoio da Campanha Europeia "FIM à MGF" e Amnistia Internacional/Portugal, a APF apresentou o postal "Pelos Direitos Humanos de Mulheres e Crianças - Fim à MGF" que contou com a graciosa participação de 12 mulheres activistas, entre as quais a Presidente da APF e a Embaixadora de Boa Vontade do UNFPA.

Este tema é tanto mais actual quando em 2010 se assinalam os 15 anos da Plataforma de Pequim e quando se está a 5 anos do final do período definido para o cumprimento dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.

# Homoparentalidade e Heterossexismo

## Famílias fora da (Hetero)Norma

**Carlos Gonçalves Costa** (*Psicólogo Social, Investigador na Universidade do Minho, voluntário da Associação para o Planeamento da Família e da Associação Médicos pela Escolha*)

### RESUMO

Este artigo prende-se com questões ligadas à parentalidade de pessoas *gays* e lésbicas. Pretende-se, contudo, não somente ilustrar dados e resultados (APA, 2004) de alguma investigação que tem vindo a ser feita nestas questões, mas também, (re)pensar, questionar e reflectir sobre mecanismos que impedem igual acesso por parte de *gays* e lésbicas à decisão de se tornarem pais / mães. O heterossexismo é aqui focado como principal suporte - cultural, social e político - da discriminação e legitimação do preconceito face a pessoas de orientação não heterossexual. No mesmo sentido, alguma da investigação é ainda lida com um olhar crítico pelo seu cariz essencialista e de naturalização de umas orientações em detrimento de outras (Savin-Williams & Esterberg, 2000). Sendo a parentalidade um direito sexual, reprodutivo, e acima de tudo humano, urge um verdadeiro sentido de igualdade. Desta forma, assume-se este assunto como da responsabilidade de todos/as, uma vez que a importância dos por vezes designados *direitos minoritários* “contempla o bem estar de todos os cidadãos pelo enriquecimento na, e da diferença” (Carneiro, 2009, p45).

**Palavras-Chave:** *homoparentalidade; heterossexismo; gays; lésbicas; discriminação.*

### ABSTRACT

This paper will be based on issues connected to gay and lesbian parenthood. Nonetheless, it's intended to, not only illustrate some data and results (APA, 2004) on research that has been made in this field, but also, to

(re)think, to question, and reflect about the mechanisms that prevent equal access for gays and lesbians to the decision of becoming fathers and mothers. Heterosexism is here focused has the main – cultural, social and political - supporter of discrimination and legitimation of the prejudice held against individuals with a non-heterosexual orientation. Hence, some of the existing research is here read in a critical point of view, since it naturalizes and essencializes one sexual orientation over others (Savin-Williams & Esterberg, 2000). Being parenthood a sexual, reproductive and, mainly, human right, the need for equality is urging. Thus, the subject is assumed as being a responsibility for all of us, since the importance of the sometimes designated *minority rights*, “includes the welfare of all citizens by the enrichment in, and of difference” (Carneiro, 2009, p. 45)

**Keywords:** *homoparenthood; heterosexism; gays; lesbians; discrimination.*

### I.

Este artigo debruça-se particularmente sobre questões ligadas às parentalidades de pessoas *gays* e lésbicas, reflectindo e problematizando sobre os seus impedimentos, focados, sobretudo, numa matriz heterossexista.

A homoparentalidade diz respeito ao exercício da parentalidade por pessoas não heterossexuais sendo que relações homoparentais se estabelecem por inúmeras vias como, por exemplo, o filho biológico de um dos membros do casal; técnicas de procriação medicamente



assistida (PMA); adoção monoparental ou adoção conjunta, entre outras (Mouta, 2007). Apesar da sua existência, estas famílias são social e politicamente negadas e dotadas de invisibilidade. Da mesma forma é dificultada ou negada a possibilidade de adoção ou de recorrer a técnicas de PMA para a maioria dos/as homossexuais em Portugal. Ao mesmo tempo, a Constituição da República Portuguesa (CRP) prevê, desde 2004, no seu artigo 13<sup>o</sup>, a igualdade e não discriminação com base na orientação sexual. Com esta, co-existem leis (e normas, ideias, valores e políticas) que negam em função da orientação sexual, a possibilidade a pessoas de legalmente (se) constituírem família<sup>1</sup>.

No respeitante às Ciências Sociais e às Humanidades, questões ligadas às parentalidades de pessoas não heterossexuais estão, cada vez mais, amplamente esclarecidas, e muitas posições importantes têm vindo a ser tomadas: por exemplo, a da APA (*American Psychology Association*, 2005) quando nega a existência de evidências que suportem a ideia de incapacidade de pessoas *gays* e lésbicas serem pais e/ou mães; ou a da Academia Americana de Pediatria, que defende que a forma estrutural da família não exerce influência no desenvolvimento da criança a nível emocional, cognitivo, social ou sexual, não existindo diferenças entre pais/mães em função da orientação sexual. Sendo estas posições politicamente importantes, não obstante, num plano social estas temáticas carecem de discussão e esclarecimento, não como condição legitimadora da atribuição de direitos parentais (ou outros) mas sobretudo como forma de combate à(s) homofobia(s) institucionalizada, social, e latente<sup>2</sup>. A homofobia institucionalizada diz respeito a todos os conhecimentos que gerem corpos e vidas legitimando, através de políticas e decisões jurídicas (Vale de Almeida, 2004) umas pessoas em detrimento de outras. A institucionalização da homofobia é típica de uma sociedade e culturas caracteristicamente heterossexistas, assim como o são a homofobia social – revelada em termos mais quotidianos – e a homofobia latente – que ao reproduzir a ordem heterossexista exclui, necessariamente os/as LGBT (Vale de Almeida, 2004). Segundo

Herek (1993), o heterossexismo baseia-se em esquemas arcaicos e binários de género que potenciam a que as orientações não heterossexuais continuem a ser vistas como violação a uma (hetero)norma construída e entendida como “natural”. Os modelos heterossexistas são para além disto, alimentados segundo Herek (1993), também pela privatização de orientações não-heterossexuais (i.e., por carecerem de normas que as legitimem no espaço público).

Contrastando com as posições (políticas) assumidas, ou boas práticas recomendadas por inúmeras associações em prol dos direitos à parentalidade de pessoas não heterossexuais (por exemplo APA, IPPF – *International Planned Parenthood Federation*) muitas atitudes negativas e discriminatórias face a pessoas LGBTIQ<sup>3</sup> são exibidas e difundidas por exemplo, por técnicos e profissionais de saúde (Herek, 1995; Moita, 2006). Acerca da patologização da diversidade em Portugal, Gabriela Moita (2006) analisa o posicionamento de técnicos de saúde mental ancorados num paradigma patologizador do/a homossexual, que faz com que a homossexualidade apareça ainda configurada no discurso clínico como um défice, detectando-se essa configuração muitas vezes através da defesa de modelos etiológicos que a consideram como o resultado de *uma falha no processo de identificação ou uma falha narcísica*<sup>4</sup>. (Moita, 2006). Aliás, segundo a autora (Moita, 2006) os níveis de homofobia e heterossexismo existentes no contexto clínico nacional demonstram quer a cumplicidade com modelos de formação de identidade(s) que não são questionados, evidenciando a dificuldade com que *gays* e lésbicas podem confrontar-se num processo supostamente terapêutico, mas que acaba por perpetuar, senão mesmo ampliar, a discriminação social e a estigmatização de que são alvo (Moita, 2006).

Recentrando nas questões das parentalidades, três “preocupações” têm sido utilizadas no sentido histórico, como argumentos para continuar a propagar um esquema opressor de uma cidadania e políticas de governação inclusivas para pessoas não heterossexuais

(1) A título de exemplo lembra-se, uma vez mais, o caso “Mouta vs Portugal” em 1999 onde Portugal foi condenado no Tribunal Europeu dos Direitos do Homem, por motivo de discriminação no exercício do direito de custódia de um pai homossexual.

(2) ver Vale de Almeida, M. (2004). Cidadania Sexual: Direitos Humanos, Homofobia e Orientação Sexual. *A Comuna*, 5, 50-55

(3) a sigla LGBTIQ é acrónimo para lésbicas, gays, bissexuais, transgénero, transexuais, intersexos e queer.

(4) Itálicos do autor.

(ACLU – *American Civil Liberties Union* - Lesbian and Gay Civil Rights Project, 2002): a ideia de que *gays* e lésbicas sofrem de algum tipo de perturbação ou falha no desenvolvimento (mental/psíquico); a ideia de que as lésbicas são menos “maternais” do que as mulheres heterossexuais, e a ideia de que as relações de *gays* e lésbicas com os seus parceiros sexuais lhes deixam pouco tempo para interagir com os/as filhos/as. Segundo a APA (2004), o preconceito heterossexista/normativo neste tipo de discursos, é o suficiente para que seja simplesmente necessário dizer que toda a pesquisa feita nestas áreas foi incapaz de corroborar qualquer destas crenças (APA, 2004). Será também necessário, contudo, compreender o porquê e como surgem estes discursos, para que além de questionados e recusados, sejam passíveis de ser trabalhados e des-construídos.

## II.

Como notam alguns/mas autores/as, as crenças de que as lésbicas e *gays* não estão aptos à parentalidade são erradas (por exemplo, Anderssen, Amlie & Ytteroy, 2002), pelo contrário, todos os resultados sugerem que pais e mães *gays* e lésbicas promovem ambientes positivos às suas crianças (APA, 2004). As mulheres lésbicas não diferem das mulheres heterossexuais no que respeita à saúde mental ou às abordagens que utilizam para criar crianças (Bos, Van Balen, & Van den Boom 2004). Na verdade, casais de lésbicas com filhos/as têm mostrado que mais facilmente partilham tarefas domésticas de forma igualitária (Bos *et al.*, 2004) não propagando papéis estereotipados de género. Ainda, alguns estudos demonstraram que, por comparação a casais heterossexuais, muito poucas famílias com pais/mães *gays* / lésbicas reportam uso de algum tipo de castigo físico como técnicas disciplinares, tendendo antes a utilizar técnicas positivas (diálogo) que estimulam o raciocínio das crianças (Johnson & O'Connor, 2002).

No referente às “questões das crianças”, os discursos são muitas vezes também povoados por preocupações preconceituosas. Segundo o documento da APA (2004) os maiores medos estão ligados ao desenvolvimento da identidade sexual, que será *comprometido e debilitado* pela orientação sexual dos pais/mães - o que uma vez mais denuncia um discurso patologizador da homossexualidade (Moita, 2006). Estes medos estão

ligados a que as crianças tenham eventuais “perturbações” de identidade de género, bem como ao facto de virem a ter uma orientação sexual não heterossexual (por exemplo Patterson & Redding, 1996). Ainda outra categoria de preocupações elencadas pela APA (2004) envolve aspectos ligados ao desenvolvimento pessoal das crianças além da identidade sexual - ideias de que filhos/as de não heterossexuais terão maiores dificuldades de ajustamento de comportamentos e serão psicologicamente menos saudáveis. Por último, algumas preocupações estão ainda ligadas a questões de relacionamentos sociais das crianças, estigmatizações, provocações, ou vitimizações de que serão *eventualmente* alvo, incluindo crenças de que mais facilmente serão abusadas pelos pais/mães ou amigos/as destes/as (APA, 2004). A investigação tem, evidentemente, refutado todas estas crenças, demonstrando que as relações de filhos/as de LGBT mantém relações positivas e satisfatórias quer com pares quer com adultos de ambos os sexos, e de diversas orientações sexuais; não sofrendo, evidentemente, de quaisquer tipos de défices no desenvolvimento pessoal, social ou sexual (APA, 2004). É também pertinente, neste sentido, colocar a questão mencionada por Leal (2004) de que, de facto, não podemos/devemos, aceitar o direito a qualquer orientação não heterossexual (protegida(s) no artigo 13º da CRP) para seguidamente colocar-lhe condições que têm exclusivamente a ver com a sua identidade enquanto seres humanos, independentemente de orientações e identidades sexuais. Tal como nota Alarcão (2000) parece que o maior risco para famílias situadas fora da heteronorma está justamente na atitude segregacionista e preconceituosa de uma sociedade heterossexual. Uma heterossexualidade compulsória (Rich, 1980) que oprime, na medida em que invoca e compele à heterossexualidade, *naturalizando-a*. (Rich, 1980)

Em Portugal, alguns estudos feitos têm também demonstrado que, entre outras, não existem diferenças significativas ao nível das representações parentais em heterossexuais e homossexuais (Loureiro, 1999), ou que não existem diferenças no desejo em ter filhos por parte destas pessoas (Justino, 2001). Um trabalho desenvolvido na área da Cognição Social (Gonçalves Costa, 2008) sugere também, e reafirma, que as pessoas que estão mais preocupadas em *parecer* não-preconceituosas aos olhos dos outros em vez de a si mesmas (i.e., em vez de o serem) controlam menos as suas respostas preconceituosas (Plant & Devine, 1998).

O papel que as normas exercem em termos de pressão - favorável ou desfavorável ao preconceito - é também importante na medida em que se este é legitimado (Ziegert & Harges, 2005) como no caso da homoparentalidade, a expressão de respostas preconceituosas é facilitada (Gonçalves Costa, 2008) por uma norma heterossexista. Como afirma Pamplona Côrte-Real (2004) haverá que lamentar um sistema tão conservador e distante da realidade, sendo que a(s) família(s) assentam acima de tudo em laços afectivos – distanciando-se das formas biológicas e essencialistas que o termo pode evocar.

É pertinente reflectir sobre algumas críticas feitas (Patterson, 2000) a alguns estudos por mostrarem dificuldade em investigar as experiências de parentalidade de *gays* e lésbicas dentro da diversidade de contextos étnicos, religiosos, culturais ou sócio-económicos (Patterson, 2000). Savin Williams & Esterberg (2000) tecem ainda críticas relativamente à comparação de famílias de pais /mães *gays* e lésbicas às famílias heterossexuais no sentido de que perpetua o heterocentrismo e a homofobia na nossa cultura (Savin-Williams & Esterberg, 2000) propagando um esquema de essencialismo binário, em que se procura de que forma uns/mas se adequam ou não à norma de outros/as. No mesmo sentido, quando optamos por explicações pessoais (centradas no indivíduo) em detrimento de explicações políticas (opressões estruturais, económicas, institucionais) podemos estar a limitar a resposta e a acção que instituições e estruturas sociais podem ter na mudança de paradigma e políticas – e consequentemente, nas práticas sociais (Nogueira, 2001; Amâncio & Oliveira, 2006).

### III.

É inevitável passar ao lado do extenso debate que cada vez mais se faz sentir – não só, mas com especial enfoque em Portugal - sobre direitos de pessoas não

heterossexuais, e que tem marcado explicitamente quer os espaços públicos quer as agendas políticas. Neste sentido, é sensato parafrasear Carneiro (2009) ao afirmar que “os direitos ‘minoritários’ não pretendem constituir uma base de acção em torno de interesses limitados aos grupos que os defendem mas tentam, em vez disso, a contribuição para o bem estar de todos os cidadãos pelo enriquecimento na e da diferença” (Carneiro, 2009, p. 45).

Como refere Magalhães (2004) esta é também uma importante batalha de jogos de força no que toca ao género, inevitavelmente ligada à capacidade de controlo das relações de reprodução. Particularmente no que toca às mães lésbicas, como nota a autora, é suposto que a condição “maternidade” advenha naturalmente de uma relação heterossexual: “sobretudo porque a maternidade tem sido construída como um ícone fundamental da sociedade patriarcal assente na heterossexualidade compulsória e numa estereotipia de género que empurra homens e mulheres para papéis muito apertados em termos de comportamentos, desejos e relações sociais” (Magalhães, 2004, p. 42). O contexto heterossexista em que vivemos será possivelmente o maior condicionante de políticas e ideologias impeditivas do exercício de uma cidadania plena para todos/as. Cidadania que, como refere Carneiro (2009), não se esgota no reconhecimento formal de direitos e deveres – entre os quais o exercício da parentalidade se equaciona – mas também nos sentidos de pertença e participação (Carneiro, 2009).

Assim, devemos cada vez mais ser capazes de questionar os papéis legitimadores que a (hetero) norma social, cultural e institucional desempenha relativamente à discriminação, ao controlo e à vedação do exercício de direitos sexuais e reprodutivos. E porque a paternidade ou maternidade são, ou devem ser, uma escolha que fazemos na condição de pessoa, independentemente de que categorias identitárias nos coloquemos ou nos coloquem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACLU Lesbian and Gay Rights Project (2002) Too high a price: The case against restricting gay parenting. New York: American Civil Liberties Union.
- Alarcão, M. (2000) (Des)Equilíbrios Familiares. Coimbra. Quarteto Editora.
- Amâncio, L. & Oliveira, J. (2006) Men as individuals, Women as a sexed category. Implications of symbolic asymmetry for feminist practice and feminist psychology. *Feminism & Psychology*, 16:35-43
- APA Committee on Lesbian, Gay, and Bisexual Concerns; Committee on Children, Youth, and Families; Committee on Women in Psychology (2004) *Lesbian and Gay Parenting*. USA: American Psychological Association - Em linha (<http://www.apa.org/pi/lgbcc/publications/lgparenting.pdf>)
- Appell, A.R. (2003) Recent developments in lesbian and gay adoption law. *Adoption Quarterly*, 7(1), 73-84.
- Bos, H.M.W., van Balen, F., & van den Boom, D.C. (2004). Experience of Parenthood, couple relationship, social support and child-rearing goals in planned lesbian mother families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 755-764.
- Carneiro, N., S. (2009). "Homossexualidades" Uma Psicologia Entre Ser, Pertencer e Participar. Edição: Livpsic, Porto.
- Gonçalves Costa, C. (2009) Atitudes implícitas e explícitas face à homoparentalidade – moderação motivacional. Tese de Mestrado em Psicologia Social. Lisboa: ISPA.
- Herek, G.M. (1993). On prejudice toward gay people and gays as security risks. In M. Wolinsky & K. Sherrill (Eds.) *Gays and the military: Joseph Steffan versus the United States* (pp. 121-140). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Herek, G.M. (1995). Psychological Heterosexism in the United States. In A. R. D'Augelli and C. J. Patterson (Eds.), *Lesbian, Gay, and bisexual identities over the lifespan: Psychological Perspectives*. New York: Oxford University Press.
- Johson, S.M. & O'Connor, E. (2002) The Gay Baby Boom: The Psychology of Gay Parenthood. New York: New York University Press.
- Justino, I. (2001) Estudo comparativo do desejo de ter um filho em homens homossexuais e heterossexuais. Monografia de Licenciatura. Lisboa. ISPA.
- Lambert, S. (2005) Gay and Lesbian Families: What we know and where to go from here. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*. 13(1), 43-51. SAGE publications.
- Loureiro, M.A. (1999) (Re)Pensar a Família. Monografia de Licenciatura. Lisboa. ISPA
- Leal, I. (2004). *Parentalidades. Questões de Género e Orientação Sexual. Indisciplinar a Teoria. Estudos Gays Lésbicos e Queer*, 215-244, Lisboa, Portugal: Fenda
- Magalhães, M.J. (2004) Lésbicas Mães: Mais um desafio ao patriarcado? in *Homoparentalidade*. org. Eduarda Ferreira. 39-53. Lisboa. ISPA.
- Moita, G. (2006) A patologização da diversidade sexual: Homofobia no discurso de clínicos. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 76:53-72 Lisboa.
- Mouta, J.S. (2007) *Direitos e Homoparentalidade. Colóquio Temático: LGBT Cidadania Plena para tod@s*. Lisboa. FLUL.
- Nogueira, C. (2001) Um novo olhar sobre as relações sociais de género: Feminismo e perspectiva crítica na psicologia social. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Pamplona Côrte-Real, C. (2004) Homoparentalidade: Uma perspectiva jurídica. in *Homoparentalidade*, org. Eduarda Ferreira. 31-39. Lisboa. ISPA.
- Patterson, C.J. & Redding, R. E. (1996) Lesbian and Gay families with children: implications of social science research for policy. *Journal of Social Issues*, 52(3), 29-50.
- Patterson, C.J. (2000). Family relationships of lesbians and gay men. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 1052-1069.
- Rich, A. (1980/1993) Compulsory Heterosexuality and lesbian existence. In Henry Abelove, Michèle Barale & David M. Halperin (Eds.), *The Lesbian and Gay Studies reader* (pp. 227-254). New York: Routledge.
- Savin-Williams, R. C., & Esterberg, K. G. (2000). Lesbian, gay, and bisexual families. In D. H. Demo, K. R. Allen, & M. A. Fine (Eds.), *Handbook of family diversity* (pp.197-215). New York: Oxford University Press.
- Vale de Almeida, M. (2006) "Homoparentalidade: Uma Perspectiva Antropológica", in *Homoparentalidade*, org. Eduarda Ferreira, 25-30. Lisboa: ISPA.
- Wittenbrink, B. (2007) Measuring Attitudes Through Priming. In Wittenbrink, B. & Schwarz, N. (Eds.) *Implicit and Explicit Measures of Attitudes*. New York: The Guilford Press.

# Aconselhamento na IVG a pedido: propostas de intervenção com base numa revisão da literatura

Vanda Beja (*Psicóloga Clínica, Mestre em Psicologia da Gravidez e da Parentalidade*)

## RESUMO

O presente artigo pretende ser uma proposta de intervenção no âmbito do aconselhamento na interrupção voluntária da gravidez (IVG) a pedido, consistindo numa revisão da literatura que reflecte a forma como a autora pensa esta questão no centro da qual coloca a qualidade da interacção técnico/utente. Inicia-se com uma definição de aconselhamento na IVG, seguida de uma breve análise das características da literatura sobre o tema. A autora descreve, quer os elementos-chave (confidencialidade e privacidade; neutralidade, ausência de juízos de valor e respeito pelas decisões da mulher; empatia e comunicação eficaz e centrada na mulher; competências e conhecimentos técnicos), quer os temas/dimensões do processo de aconselhamento na IVG (apoio à tomada de decisão de IVG; disponibilização de informação e obtenção de consentimento informado; contenção/securização emocional e despiste de situações psicossociais de risco; envolvimento de terceiros; contracepção e planeamento familiar – C&PF, e outros temas de saúde sexual e reprodutiva – SS&R), fazendo sugestões de intervenção para cada um deles. Termina com uma nota sobre a qualidade da interacção técnico-utente como factor-chave na prestação de cuidados na IVG, identificando as medidas que considera necessárias para se garantir a qualidade dessa prestação de cuidados.

**Palavras-Chave:** *IVG; Aconselhamento; Elementos-Chave do Aconselhamento na IVG; Temas/Dimensões do Aconselhamento na IVG; Qualidade da Interacção Técnico-Utente.*

## ABSTRACT

This article is a literature review on abortion counselling that reflects the author's vision on the subject and emphasizes the importance of the quality of client-provider interaction. It aims to be a suggestion for the intervention of those who are on the ground. It begins with a definition of abortion counselling followed by a brief analysis of the literature on the subject. Both the key-elements (confidentiality & privacy; neutrality, nonjudgmental attitude and respect for the woman's decisions; empathy & effective and client-centered communication; technical knowledge and skills) and the themes/dimensions of abortion counselling (abortion decision-making; information provision and informed consent; emotional support and identification of psychosocial risk situations; third-party involvement; contraception and family planning and other reproductive and sexual health issues) are described and intervention suggestions for each of them are presented. The author ends stressing client-provider interaction as a key-factor for guaranteeing high-quality abortion care and identifying measures to assure that quality.

**Keywords:** *abortion; counselling; abortion counselling key-elements; abortion counselling themes/dimensions; client-provider interaction.*

## INTRODUÇÃO

Este artigo pretende ser uma proposta de intervenção para quem realiza aconselhamento na IVG a pedido, constituindo uma revisão da literatura que reflecte a forma como pensamos esta questão, no centro da qual colocamos a qualidade da interacção técnico/utente.

Podemos definir aconselhamento (*counselling*) como uma interacção estruturada através da qual uma ou mais pessoas recebem voluntariamente apoio emocional e orientações de um profissional especializado, num ambiente promotor da partilha de pensamentos, sentimentos e pontos de vista (Hyman & Castleman, 2005). A regulamentação portuguesa sobre IVG (Lei n.º 16/2007; Portaria n.º 741-A/2007; DGS, 2007a, 2007b, 2007c) prevê acompanhamento psicológico e social por vontade da mulher para apoio à decisão e abordagem de outras questões de IVG, o que leva a que, muitas vezes, se restrinja o conceito de aconselhamento a esse tipo de intervenção. Aqui, percebemos-lo de forma mais lata, abrangendo a interacção que ocorre durante todo o processo de IVG entre os técnicos de saúde (e.g., médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais) e a utente/acompanhantes. Entenda-se que o processo de IVG inclui a consulta prévia, o período de reflexão e as consultas de IVG, *follow-up*, planeamento familiar e acompanhamento psicológico e social.

A maior parte da literatura sobre aconselhamento na IVG surge em manuais de boas práticas/linhas orientadoras concebidos por técnicos ou entidades que intervêm na área (e.g., Baker *et al.*, 1999; Bruyn & Packer, 2003; Hyman & Castleman, 2005; RCOG, 2004; WHO, 1998, 2003). Encontram-se também comunicações apresentadas em conferências (e.g., Everett, 1997; Holden *et al.*, 1997; NAF, 2005b; Ross & Lattimer, 1997; Zapiain, 1996) mas tende a ser um tema menos abordado em periódicos (e.g., Ely, 2007; Tabbutt-Henry & Graff, 2003) e livros académicos (e.g.,

Fisher *et al.*, 1998; Rivera, 1998). Parece ser uma área que se tem desenvolvido, sobretudo, a partir da experiência clínica dos que nela trabalham e, portanto, a literatura revela-se ateorética e pouco assente em dados empíricos (Ely, 2007; Fisher *et al.*, 1998). Ainda assim, há modelos de aconselhamento que seguem linhas teóricas específicas, nomeadamente, cognitivos (Fisher *et al.*, 1998) e feministas (Ely, 2007). No que toca à sustentação empírica da literatura, verifica-se que tem havido recentemente um investimento em estudos que avaliam o impacto do aconselhamento, sobretudo, na C&PF (e.g., Fasubaa & Ojo, 2004; Rasch *et al.*, 2008; Savelieva *et al.*, 2003; Schunmann & Glasier, 2006; Yassin & Cordwell, 2005; Youssef *et al.*, 2007).

Muitas das abordagens ao tema propõem uma intervenção centrada no cliente (i.e., que vai ao encontro das necessidades específicas do indivíduo) e assentam na ideia de que a qualidade da interacção técnico-utente é um requisito fundamental para garantir uma boa prestação de cuidados<sup>1</sup>. De facto, vários estudos revelam que a qualidade da interacção técnico-utente tem uma influência importante na eficácia, na qualidade e no custo dos serviços, tal como no modo como o utente vive e participa na prestação de cuidados e percebe os técnicos e os cuidados recebidos (e.g., informação que partilha e retém, adesão a indicações, futura procura de cuidados, confiança nos técnicos, avaliação do seu desempenho, satisfação com os cuidados) (Brambila *et al.*, 1999; Diaz *et al.*, 1999; Dubé *et al.*, 2007; Frantsve & Kerns, 2007; Hall *et al.*, 1988; Johnson *et al.*, 2006; Kim *et al.*, 2000; Langer *et al.*, 1999; Neamatalla & Verme, 1995; PC & FRH, 2000a, 2000b; Theunissen *et al.*, 2003). É, pois, fundamental que os técnicos que trabalham na IVG estejam cientes das implicações do estabelecimento de interacções de qualidade com as utentes e seus acompanhantes (Aléx & Hammarström, 2004; EngenderHealth, 2003a, 2003b; Gawinski *et al.*, 2002; Goodman *et al.*, 2007a, 2007b; Hyman & Castleman, 2005; IPPF, 2006b; NAF, 2005a; Stewart & Darney, 2003).

(1) Para aprofundar o tema do aconselhamento na IVG centrado no cliente e a sua inserção numa visão mais lata do que deve ser a prestação de cuidados na IVG, consultar a literatura sobre o *Postabortion Care Consortium* (e.g., Corbett & Turner, 2003; Hyman & Kumar, 2003; Hyman & Castleman, 2005).

## ELEMENTOS-CHAVE DO ACONSELHAMENTO NA IVG

Para se garantir a qualidade da interação técnico-utente, há que ter em conta os elementos-chave do processo de aconselhamento na IVG que identificámos na literatura<sup>2</sup> e apresentamos no Quadro 1, a saber: 1) confidencialidade e privacidade; 2) neutralidade, ausência de juízos de valor e respeito pelas decisões da mulher; 3) empatia e comunicação eficaz e centrada na mulher; 4) competências e conhecimen-

tos técnicos. Tratam-se de pilares ou princípios basilares que orientam a intervenção dos técnicos nos vários temas/dimensões do aconselhamento na IVG que passamos a descrever, também eles identificados a partir da literatura: a) apoio à tomada de decisão de IVG; b) disponibilização de informação e obtenção de consentimento informado; c) contenção/securização emocional e despiste de situações psicossociais de risco; d) envolvimento de terceiros; e) C&PF e outros temas de SS&R.

Quadro 1. Elementos-Chave para a Qualidade da Interação Técnico-Utente no Aconselhamento na IVG<sup>2</sup>

| 1. CONFIDENCIALIDADE E PRIVACIDADE  |   |
|---|---|
| <b>Confidencialidade</b> <ul style="list-style-type: none"><li>↳ Informar a mulher sobre o direito à confidencialidade em relação a qualquer dado relacionado com a IVG e respeitar esse direito;</li><li>↳ Perante menores ou mulheres psiquicamente incapazes, informar sobre os limites da confidencialidade estipulados por Lei.</li></ul>  | <b>Privacidade</b> <ul style="list-style-type: none"><li>↳ Salvaguardar a exposição da mulher sempre que possível durante procedimentos clínicos;</li><li>↳ Garantir que o aconselhamento ocorre num local privado, inacessível a terceiros, incluindo técnicos não envolvidos no aconselhamento.</li></ul>   |
| 2. NEUTRALIDADE, AUSÊNCIA DE JUÍZOS DE VALOR E RESPEITO PELAS DECISÕES DA MULHER  |   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>↳ Manter uma postura de neutralidade, i.e., ausência de juízos de valor explícitos ou implícitos e respeito pelas decisões da mulher;</li><li>↳ Manter uma atitude flexível/aberta que permita aceitar os sentimentos, pontos de vista e valores da mulher mesmo quando contrários às normas sociais ou às convicções do técnico;</li><li>↳ Actuar em nome dos interesses da mulher e não do próprio, evitando influenciá-la através de conselhos, persuasão, manipulação, reprovação ou ameaça;</li><li>↳ Ter em conta que as atitudes e representações do próprio sobre sexualidade e IVG influenciam a forma como interage com os utentes e os cuidados prestados;</li><li>↳ Avaliar os seus próprios sentimentos, convicções e experiências sobre sexualidade e IVG, quer para não actuar com base nos seus preconceitos ou discriminar a mulher em função das suas características (e.g., idade, classe social, escolaridade, etnia, religião, situação clínica, filiação política), quer para facilitar o estabelecimento de uma relação empática com os utentes;</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>↳ Ter em atenção as situações que, indo ao encontro dos preconceitos do técnico, tendem a suscitar nele reacções mais negativas ou deixá-lo desconfortável, devendo ser alvo de cuidada reflexão, a saber:<ul style="list-style-type: none"><li>• não uso/uso inconsistente/incorrecto de métodos contraceptivos (MCs);</li><li>• IVG de repetição;</li><li>• múltiplos nascimentos não desejados;</li><li>• existência de vários parceiros sexuais;</li><li>• motivos de IVG que o técnico não considera válidos;</li><li>• actividade sexual em jovens;</li><li>• desejo da mulher esconder a gravidez ou a IVG dos pais ou parceiro;</li><li>• desacordo no casal sobre o desfecho a dar à gravidez;</li><li>• pressão/coerção de terceiros em relação à decisão de IVG;</li><li>• IVG de segundo trimestre;</li><li>• gravidez em mulheres com HIV;</li><li>• abuso, incesto, violação e violência doméstica.</li></ul></li></ul> |

(2) Os dados apresentados no Quadro 1 e nas secções que descrevem os temas/dimensões do processo de aconselhamento são retirados das seguintes fontes: Baker *et al.*, 1999; Bruyn & Packer, 2004; Corbett & Turner, 2003; Ely, 2007; Fisher *et al.*, 1998; Hyman & Castleman, 2005; RCOG, 2004; Tabbutt-Henry & Graff, 2003; Terki *et al.*, 2004; WHO, 1998, 2003. Por economia de espaço e no sentido de facilitar a compreensão do leitor, optámos por apresentar um apanhado dos conteúdos patentes nestas fontes e inserir as referências em nota de rodapé em lugar de as especificarmos em cada parágrafo redigido já que estas fontes apresentam informação sobreponível. As referências inseridas no texto são relativas a fontes que focam apenas dados específicos.

### 3. EMPATIA E COMUNICAÇÃO EFICAZ E CENTRADA NA MULHER

**Empatia** (i.e., capacidade de perceber os sentimentos e pontos de vista do outro e comunicar-lhe essa compreensão)

- ↳ É a base de qualquer interação de qualidade e, no contexto da IVG, assume particular importância já que a mulher está numa situação difícil em relação à qual teme frequentemente ser julgada ou incompreendida;
- ↳ Envolve que o técnico se mostre afável e solidário, crie um ambiente seguro onde a mulher possa falar sem se sentir desconfortável, envergonhada ou incompreendida, identifique os seus sentimentos e aja em conformidade (e.g., se ela chora, deixar chorar e depois perguntar porquê sem a pressionar; se ela mostra culpa, tristeza ou perda, clarificar essas emoções, mostrar empatia e ajudar a elaborá-las).

**Comunicação Eficaz e Centrada na Mulher** (i.e., sensível às suas emoções e necessidades)

- ↳ Falar com respeito e ouvir atentamente sem interromper e evitando paragens (e.g., aparecimento de terceiros, telefonemas);
- ↳ Incentivar a mulher a expor os seus pensamentos e, sobretudo, sentimentos de modo a identificar as suas dificuldades e dúvidas;
- ↳ Fazer perguntas sem insistir na revelação de informação que ela não quer partilhar;
- ↳ Permitir silêncios quando oportunos;
- ↳ Dar respostas afáveis e exactas;
- ↳ Garantir que a mulher coloca todas as questões que lhe ocorram e esclarecê-las;
- ↳ Evitar jargão técnico e informação ambígua e adaptar o comportamento/linguagem às características da mulher;
- ↳ Verificar se a mulher compreendeu o que lhe foi transmitido e providenciar informação escrita;
- ↳ Estar familiarizado e saber usar técnicas básicas de comunicação e aconselhamento:
  - escuta activa – ouvir atentamente e identificar o significado latente do que é dito;
  - comunicação não verbal – ter em atenção pistas não verbais, testar a interpretação das mesmas fazendo perguntas e confrontando-as com o discurso verbal e usar a comunicação não verbal para demonstrar compreensão/empatia (e.g., manter contacto visual, estar de frente para a mulher, eliminar mesas e outras barreiras entre interlocutores, acenar que sim com a cabeça);
  - questões de resposta aberta – questões que permitam a revelação/exploração de informação em vez de respostas do tipo sim/não;
  - comunicação em dois sentidos – ambos falam, ouvem, fazem perguntas e dão respostas e, normalmente, o técnico ouve mais do que fala;
  - clarificação – devolver o que a mulher verbaliza para garantir que se compreendeu o que ela disse;
  - reformulação – parafrasear o que a mulher diz para a ajudar a pensar sobre isso noutra perspectiva;
  - reflexão – incentivar a mulher a reflectir e fazê-lo em colaboração com ela;
  - análise de opções/soluções e suas consequências com recurso a afirmações do tipo “se..., então” e à enumeração e à reflexão sobre as vantagens e desvantagens da situação discutida;
  - *role-play* – simulação de situações hipotéticas em que o técnico faz o papel de uma terceira pessoa e a mulher o seu ou vice-versa.

### 4. COMPETÊNCIAS E CONHECIMENTOS TÉCNICOS

**Competências e Conhecimentos Técnicos dos Profissionais** (que garantam a precisão da informação e a adequabilidade da intervenção):

- ↳ Ter conhecimentos profundos sobre IVG, C&PF e outros temas de SS&R (e.g., sexualidade, reprodução, gravidez, infecções sexualmente transmissíveis – IST);
- ↳ Dispor de competências específicas para realizar aconselhamento, em particular, o domínio das técnicas referidas no ponto 3;
- ↳ Sentir-se confortável no seu papel e retirar prazer do exercício desta actividade;
- ↳ Manter uma atitude de auto-questionamento/monitorização que permita estar consciente dos seus limites, preconceitos e valores e evitar que os mesmos interfiram negativamente na forma como interage com os utentes (Gawinski *et al.*, 2002; Goodman *et al.*, 2007a, 2007b; IPPF, 2006a; NAF, 2005a; Stewart & Darney, 2003).



## TEMAS/DIMENSÕES DO ACONSELHAMENTO NA IVG

### A) APOIO À TOMADA DE DECISÃO DE IVG

No que toca ao apoio à tomada de decisão de IVG, há que ter em conta, antes de mais, que a maioria das utentes já sabe o que quer quando chega ao serviço. Isto não significa que não revelem sofrimento face à decisão ou não precisem de se sentirem compreendidas mas a intervenção, nestes casos, passa mais pela contenção/securização emocional do que pelo apoio à tomada de decisão. Há, portanto, que avaliar o estado afectivo da mulher e perceber se o seu sofrimento é ambivalência real ou só tristeza normal.

Quando a mulher não está segura do que fazer, o aconselhamento deve passar, primeiro, pela exploração dos seus sentimentos/pensamentos sobre a gravidez através da escuta activa e de questões de resposta aberta que permitam identificar o que está na base do conflito. Há também que explorar e informar a mulher sobre as opções existentes (ingressar num projecto de maternidade, dar a criança para adopção ou recorrer à IVG) e os recursos disponíveis para levar a cabo cada uma delas. Para facilitar a tomada de decisão, o técnico pode recorrer à clarificação, à reformulação, à reflexão e à análise de alternativas e suas consequências, usando afirmações do tipo “se..., então” e enumerando e reflectindo com a mulher sobre as vantagens e desvantagens de cada uma. O *role-play* pode ajudar a mulher a elaborar conflitos ligados à decisão de IVG em relação a pessoas significativas na sua vida. O uso destas técnicas permite-lhe clarificar os seus sentimentos, desejos e circunstâncias, identificar os seus sistemas de apoio, avaliar riscos e benefícios e formular respostas mais adaptativas, sendo necessário ter em conta que há um limite de tempo para encontrar uma solução. Há ainda que garantir que a decisão é, de facto, da mulher e apoiá-la no sentido de ela actuar em conformidade com essa decisão. Se ela mostrar muita ambivalência, pode ser necessária intervenção psicológica ou psiquiátrica especializada.

Mesmo quando não é necessário apoio à tomada de decisão, o aconselhamento pode ser uma boa oportunidade para a mulher rever a sua opção antes de actuar e garantir que é realmente uma decisão ponderada e da própria. Neste sentido, é crucial despistar

casos de pressão/coerção de terceiros já que a adaptação emocional pós-IVG tenderá a ser mais negativa se a decisão de aborto não for da mulher ou for pouco segura (Adler *et al.*, 1992; Lenkau, 1988; Noya & Leal, 1998; Stotland, 2001).

### B) DISPONIBILIZAÇÃO DE INFORMAÇÃO E OBTENÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

A disponibilização de informação sobre o processo de IVG, além de permitir a obtenção do consentimento informado, torna a experiência mais confortável para a mulher já que tende a diminuir a sua insegurança e ansiedade.

O consentimento informado na IVG é o processo através do qual a mulher é informada integral e detalhadamente sobre as suas opções em relação ao desfecho da gravidez, aos procedimentos de IVG, controlo de dor, medicação e C&PF e aos benefícios e riscos das várias alternativas (Hyman & Castleman, 2005). Para o consentimento ser realmente informado, há que garantir que a mulher compreende o que lhe é dito, está capaz de tomar decisões de forma independente e dispõe de todo o tempo necessário dentro dos limites possíveis. Para tal, é importante adaptar a intervenção às suas características individuais e despistar situações de pressão/coerção de terceiros, acontecimentos traumáticos (e.g., IVG insegura, abuso sexual), factores comprometedores da comunicação (e.g., surdez, primeira língua diferente da do técnico), défice cognitivo, perturbação psiquiátrica grave ou ser muito jovem. A informação prestada deve ser correcta, fácil de perceber e detalhada e a mulher deve ter possibilidade de esclarecer qualquer questão. Não se deverá avançar com procedimento algum antes da obtenção por escrito do consentimento informado da própria ou do responsável legal, consoante o estipulado por Lei.

A informação oral deve ser apoiada por material escrito e cobrir os objectivos/procedimentos do aconselhamento, os aspectos clínicos (e.g., métodos de IVG, procedimentos, efeitos secundários, riscos, vantagens e desvantagens de cada um, tempo de gestação, situação clínica, resultados de exames, cuidados de *follow up*) e os aspectos legais, administrativos e práticos (e.g., prazos, documentos, locais e horários de atendimento) do processo de IVG.

### C) CONTENÇÃO/SECURIZAÇÃO EMOCIONAL E DESPISTE DE SITUAÇÕES PSICOSSOCIAIS DE RISCO

A contenção/securização emocional da mulher durante o processo de IVG só é possível através do estabelecimento de uma relação empática de confiança técnico/utente (ver ponto 3 do Quadro 1). Neste âmbito, há que explorar os sentimentos e preocupações da mulher em relação à IVG, as reacções de pessoas significativas na sua vida, o impacto que tais reacções têm nela e as expectativas em relação à forma como lidará com a IVG no futuro. É também importante identificar as suas estratégias adaptativas habituais e reforçar as que podem ser mais eficazes naquele contexto, nomeadamente, explorando situações anteriores difíceis e incentivando-a a usar as que lhe permitiram gerir essas situações. Muitas vezes, a normalização/destigmatização da situação é eficaz para conter a mulher, explicando-lhe que muita gente recorre à IVG, a maioria lida bem com a situação a longo prazo e é normal ter sentimentos contraditórios mas, quase sempre, esses sentimentos são geríveis. Perante ansiedade ligada a procedimentos clínicos ou consequências nefastas para a sua saúde, é importante avaliar o que a mulher espera, desmistificar ideias erradas, conter medos (e.g., morte, infertilidade, sofrimento fetal), dar informação realista que lhe permita antever o que se vai passar e, eventualmente, recorrer a técnicas de relaxamento/visualização para controlo da dor. Durante os procedimentos clínicos, é importante monitorizar o estado emocional da mulher e, se necessário, contê-la. A equipa deve manter-se visível à utente, recorrer a comunicação não verbal quando adequado (e.g., tocar na mão/ombro) e responder às suas perguntas. Se a mulher desejar, um dos técnicos pode mantê-la informada sobre o que está a ser feito ou, se ela preferir manter-se alheada dos procedimentos clínicos, conversar com ela para a distrair. No fim da IVG, é importante informar a utente sobre a sua situação clínica, avaliar o seu estado emocional, garantir que há alguém perto dela que a pode apoiar e assegurar que ela sabe onde, quando e a quem recorrer se desejar aconselhamento pós-IVG.

Há mulheres cujos comportamentos sugerem a necessidade de aconselhamento mais profundo, nomeadamente: choro ininterrupto, angústia emocional muito marcada, ambivalência extrema, hostilidade, gritos, ausência de afecto, pouca ou

nenhuma comunicação e pedidos intempestivos do tipo “Quero acabar com isto rapidamente e pronto!”. Os técnicos devem saber identificar estas situações e geri-las de modo a prevenir uma má adaptação pós-IVG, podendo ter que encaminhar a mulher para outro profissional ou serviço. A referenciação deve ocorrer sempre que o técnico não tenha conhecimentos/competências para dar resposta ao problema, não se sinta confortável ou tenha um conflito de interesses/valores para atender a mulher com neutralidade, ela precise de cuidados que não podem ser prestados ali ou deixe de comunicar com o técnico. Alguns factores que podem sugerir necessidade de referenciação para aconselhamento especializado são os seguintes: elevada ambivalência; pressão/coerção de terceiros; ausência de suporte emocional; críticas de pessoas significativas; baixa percepção de auto-eficácia; baixa auto-estima; repressão/evitamento/negação como principal estratégia adaptativa; situações anteriores de perda mal resolvidas e percepção da IVG como uma perda; culpa/ver-gonha extremas pré-IVG; crença de que o feto é uma criança e a IVG um assassinato; antecedentes psicopatológicos; história de abuso sexual infantil; gravidez resultante de abuso sexual, incesto ou violação; indicação médica para IVG; gravidez adolescente; défice cognitivo; elevado nível de religiosidade; existência de IST (e.g., VIH); violência doméstica; carência económica extrema. É importante que os técnicos mantenham uma lista actualizada de recursos para referenciação e que existam protocolos com outros serviços que facilitem o processo de encaminhamento. Aquando da referenciação, o profissional deve dar à mulher informação escrita completa e facilmente perceptível e recomendar serviços financeira e geograficamente acessíveis. Há que informar sempre a utente da possibilidade de voltar a contactar aquele técnico ou serviço se o encaminhamento não for bem sucedido.

### D) ENVOLVIMENTO DE TERCEIROS

O envolvimento de terceiros no aconselhamento passa, muitas vezes, pela identificação e gestão de situações de pressão/coerção em relação à decisão de IVG. Neste âmbito, é crucial garantir que a utente só é acompanhada se e por quem quiser e, quando traz alguém consigo, perguntar se ela deseja que

essa pessoa seja incluída no aconselhamento, fazendo-o sempre quando ela está sozinha. Estes casos tendem a surgir em jovens, mulheres psicologicamente incapazes ou com HIV, sendo fundamental informar a utente dos seus direitos legais. Pode ser necessário reunir com os envolvidos para discutir a situação e encontrar uma solução que vá ao encontro das necessidades e desejos da mulher. No caso de adolescentes muito ansiosas face à ideia de contar aos pais que estão grávidas, o técnico pode ajudá-las a planear como e quando o fazer, recorrer a *role-play* para simular a situação ou identificar com elas um amigo ou familiar que as possa acompanhar nesse processo.

Noutras situações, há discordância no casal sobre o desfecho a dar à gravidez, tornando-se necessário disponibilizar aconselhamento a ambos e encorajá-los a explorarem e discutirem os seus sentimentos e as opções disponíveis de modo a chegarem a uma decisão que, em última instância, é sempre da mulher. Nestes casos, podem emergir conflitos conjugais latentes que são reacendidos pela crise vivida e que devem ser alvo de análise em aconselhamento se contribuírem para se chegar a uma solução para a gravidez (Coleman & Nelson, 1999; Naziri, 2007; Nelson & Coleman, 1997).

O aconselhamento a terceiros pode também passar pela promoção do envolvimento dos acompanhantes no processo de recuperação física e emocional da mulher pós-IVG. Quando assim é, há que informá-los sobre o estado de saúde da utente, os cuidados pós-IVG e os sinais de alarme face aos quais deve procurar cuidados. No caso de parceiros, o aconselhamento pode ainda passar pela abordagem da C&PF no sentido de promover um maior envolvimento do homem neste âmbito e evitar nova gravidez não desejada (Abdel-Tawab *et al.*, 1999; Ringheim, 2002).

Finalmente, existem casos em que os acompanhantes revelam angústia emocional muito acentuada perante a situação de IVG, podendo ser necessário disponibilizar-lhes apoio e contenção emocional ou até referenciá-los para acompanhamento especializado (Coyle, 2007; Ross & Lattimer, 1997).

A literatura revela que a presença e o suporte de terceiros ou ausência deles é um factor importante na

adaptação da mulher antes, durante e após a IVG, podendo constituir uma fonte de apoio ou um factor destabilizador (Bracken *et al.*, 1974; Major *et al.*, 1985, 1990, 1992; Mosley *et al.*, 1981; Robbins & DeLamater, 1985). Por assim ser, é importante encorajar a utente a identificar e recorrer a pessoas que apoiem a sua decisão e que lhe dêem suporte emocional. Da mesma forma, há que respeitar o desejo da mulher de não partilhar a situação de gravidez e IVG com terceiros e tentar contê-la e apoiá-la o melhor possível.

### E) C&PF E OUTROS TEMAS DE SS&R

A abordagem da C&PF na IVG envolve que se explorem as práticas de C&PF da mulher pré-IVG, identifiquem os motivos de não uso, uso inconsistente/incorrecto ou falha de MCs e avalie o seu conhecimento sobre o tema. Há que informar a utente sobre estas questões e sobre o retomar da sua fertilidade pós-IVG e, se ela não desejar engravidar, evidenciar a necessidade de usar um MC eficaz, incentivando-a a escolher um. A promoção da adesão à C&PF deve ser feita de forma não autoritária, com o consentimento informado da mulher e respeitando os seus direitos e decisões através da aplicação dos princípios expostos no Quadro 1. O técnico deve informar a mulher sobre os MCs disponíveis, modo de os usar, vantagens, desvantagens, efeitos secundários, taxas de sucesso e riscos de cada um, recorrendo ao manuseamento/demonstração de alguns, se necessário. Com base nesta informação, a mulher deve escolher o MC que melhore se adapte às suas circunstâncias em colaboração com o técnico, sendo sempre uma decisão dela. O profissional pode antecipar eventuais problemas de uso do MC escolhido e discutir formas de os evitar. A abordagem da C&PF pode e deve ocorrer antes e depois da IVG e o MC deve ser iniciado na instituição. Convém, portanto, que os serviços disponham da maior variedade possível de MCs e que os disponibilizem antes da alta, evitando a referência para outras entidades já que o período imediatamente após a IVG é particularmente oportuno para iniciar práticas de C&PF eficazes. A abordagem da C&PF pode e deve acompanhar-se de esclarecimentos sobre outros temas de SS&R relevantes como sejam a contracepção de emergência, a prevenção/despiste de IST, o rastreio de doença oncológica do aparelho reprodutivo e a violência sexual.

## CONCLUSÃO

Talvez por acreditarmos que as alterações na vida social ocorrem, sobretudo, pelas acções de pessoas individuais e não apenas por directrizes institucionais ou movimentos colectivos, consideramos a qualidade da interacção técnico-utente um factor-chave para uma boa prestação de cuidados de SS&R, em geral, e na IVG, em particular. Alertamos, portanto, para a necessidade de os técnicos (1) intervirem de acordo com as necessidades individuais de cada mulher, (2) estarem familiarizados e saberem usar técnicas básicas de comunicação e aconselhamento, (3) sentirem-se confortáveis e retirarem prazer da tarefa de aconselhamento e (4) manterem uma atitude de auto-questionamento/monitorização que lhes permita estarem conscientes dos seus limites, preconceitos e valores e evitarem que os mesmos influenciem negativamente a forma como interagem com os utentes. Estas recomen-

dações estão contempladas na literatura (Gawinski *et al.*, 2002; Goodman *et al.*, 2007a, 2007b; IPPF, 2006a; NAF, 2005a; Stewart & Darney, 2003) e o seu cumprimento passa pela disponibilização de formação inicial e contínua específica aos profissionais que cubra, quer elementos técnicos e conhecimento do tipo declarativo, quer aspectos ligados ao saber-fazer e ao saber-estar. A monitorização contínua do trabalho desenvolvido é também crucial, podendo realizar-se através de supervisão, *feedback* de colegas e avaliações anónimas por parte dos utentes. Estas medidas são fundamentais para que os técnicos consigam (1) tornar a experiência de IVG o mais confortável possível para as mulheres, (2) identificar situações de normalidade e crise emocional/psicopatologia, (3) gerir adequadamente situações de normalidade e promover a adesão a aconselhamento especializado quando necessário e (4) potenciar a adesão à C&PF e, conseqüentemente, a prevenção de gravidez não desejada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdel -Tawab, N., Huntington, D., Hassan, E. O., Youssef, H., & Nawar, L. (1999). Effects of Husband Involvement on Postabortion Patients' Recovery and Use of Contraception in Egypt. In D. Huntington, & N. J. Piet-Pelon (Eds.), *Postabortion Care: Lessons form Operations Research* (pp. 16-37). New York, NY: Population Council.
- Adler, N. E., David, H. P., Major, B. N., Roth, S.H., Russo, N. F., & Wyatt, G. E. (1992). Psychological factors in abortion: a review. *American Psychologist*, 47, 1194-1204.
- Aléx, L., & Hammarström, A. (2004). Women's experiences in connection with induced abortion: a feminist perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 160-168.
- Baker, A., Beresford, T., Halvorson-Boyd, G., & Garrity, J. M. (1999). Chapter 3: Informed Consent, Counseling, and Patient Preparation. In M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, & P. G. Stubblefield (Eds.), *A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion*. Washington, DC: National Abortion Federation. Consultado a 25 de Março de 2008 em <http://www.prochoice.org/education/resources/textbook.html>
- Bracken, M., Hachamovitch, M., & Grossman, G. (1974). The decision to abort and psychological sequelae. *Nervous and Mental Disease*, 158, 154-162.
- Brambila, C., Langer, A., Garcia-Barrios, C., & Heimburger, A. (1999). Estimating Costs of Postabortion Services at Dr. Aurelio Valdivieso General Hospital, Oaxaca, Mexico. In D. Huntington, & N. J. Piet-Pelon (Eds.), *Postabortion Care: Lessons form Operations Research* (pp. 108-124). New York, NY: Population Council.
- Bruyn, M., & Packer, S. (2004). *Adolescents, unwanted pregnancy and abortion: Policies, counseling and clinical care*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Coleman, P. K., & Nelson, E. S. (1999). Abortion attitudes as determinants of perceptions regarding male involvement in abortion decisions. *Journal of American College Health*, 47 (4), 164-171.
- Corbett, M. R., & Turner, K. L. (2003). Essential Elements of Postabortion Care: Origins, Evolution and Future Directions. *International Family Planning Perspectives*, 29 (3), 106-111.
- Coyle, C. T. (2007). Men and Abortion: A Review of Empirical Reports Concerning the Impact of Abortion on Men. *Internet Journal of Mental Health*, 3 (2). Acedido em 15 de Março de 2008 em <http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijmh/vol3n2/abortion.xml>
- Díaz, J., Loayza, M., Yopez, Y. T., Lora, O., Alvarez, F. & Camacho, V. (1999). Improving the Quality of Services and Contraceptive Acceptance in the Postabortion Period in Three Public-Sector Hospitals in Bolivia. In D. Huntington & N. J. Piet-Pelon (Eds.), *Postabortion Care: Lessons form Operations Research* (pp. 61-79). New York, NY: Population Council.
- Direcção-Geral da Saúde – DGS (2007a). *Circular Normativa N.º 9/SR de 21 de Junho de 2007 – Interrupção Medicamentosa da Gravidez*. Acedido em 25 de Outubro de 2007 em <http://www.dgs.pt>.
- Direcção-Geral da Saúde – DGS (2007b). *Circular Normativa N.º 10/SR de 21 de Junho de 2007 – Interrupção Cirúrgica da Gravidez até às 10 Semanas de Gestação*. Acedido em 25 de Outubro de 2007 em <http://www.dgs.pt>.
- Direcção-Geral da Saúde – DGS (2007c). *Circular Normativa N.º 11/SR de 21 de Junho de 2007 – Organização dos Serviços para Implementação da Lei 16/2007 de 17 de Abril*. Acedido em 25 de Outubro de 2007 em <http://www.dgs.pt>.

- Dubé, L., Paquet, C., Ma, Z., McKenzie, D. S.-A., Kergoat, M.-J., & Ferland, G. (2007). Nutritional implications of patient–provider interactions in hospital settings: evidence from a within-subject assessment of mealtime exchanges and food intake in elderly patients. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61, 664-672.
- Ely, G. E. (2007). The Abortion Counseling Experience: A Discussion of Patient Narratives and Recommendations for Best Practices. *Best Practices in Mental Health*, 3 (2), 62-74.
- EngenderHealth (2003a). *Comprehensive Counseling for Reproductive Health: An Integrated Curriculum – Trainers' Manual*. New York, NY: Author.
- EngenderHealth (2003b). *Comprehensive Counseling for Reproductive Health: An Integrated Curriculum – Participant's Handbook*. New York, NY: Author.
- Everett, H. (1997). *Aims in termination counselling*. Comunicação apresentada na confe-rência "Issues in Pregnancy Counselling: What do Women Need and Want?", organizada pe-lo Pro-Choice Forum, Oxford. Acedido em 15 de Março de 2008 em [http://www.prochoiceforum.org.uk/psy\\_coun4.asp](http://www.prochoiceforum.org.uk/psy_coun4.asp)
- Fasubaa, O. B., & Ojo, O. D. (2004). Impact of post-abortion counselling in a semi-urban town in Western Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 24 (3), 298-303.
- Fisher, B., Castle, M. A., & Garrity, J. M. (1998). Chapter 13: A Cognitive Approach to Patient-Centered Abortion Care. In L. J. Beckman, & S. M. Harvey (Eds.), *The Civil War: The Psychology, Culture, and Politics of Abortion* (pp. 301-328). Washington, DC: American Psychology Association.
- Frantsve, L. M. E., & Kerns, R. D. (2007). Patient–Provider Interactions in the Management of Chronic Pain: Current Findings within the Context of Shared Medical Decision Making. *Pain Medicine*, 8 (1), 25-35.
- Gawinski, B. A., Bennett, P. A., Rousseau, S. J., & Schaff, E. (2002). A Biopsychosocial Model of Training in Abortion Care. *Families, Systems & Health*, 20 (4), 439-446.
- Goodman, S., Wolfe, M., & The TEACH Trainers Collaborative Working Group (2007a). *Early Abortion Trainer's Workbook* (2<sup>nd</sup> ed.). San Francisco, CA: University of California San Francisco Bixby Center for Reproductive Health Research & Policy.
- Goodman, S., Wolfe, M., & The TEACH Trainers Collaborative Working Group (2007b). *Early Abortion Training Workbook* (3<sup>rd</sup> ed.). San Francisco, CA: University of California San Francisco Bixby Center for Reproductive Health Research & Policy.
- Hall, J. A., D. L. Roter, & N. R., Katz. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 26, 657-75.
- Holden, G., Russell, D., & Paterson, C. (1997). *Abortion counselling: issues and approaches*. Comunicação apresentada na conferência "Issues in Pregnancy Counselling: What do Women Need and Want?", organizada pelo Pro-Choice Forum, Oxford. Acedido em 25 de Março de 2008 em [http://www.prochoiceforum.org.uk/psy\\_coun6.asp](http://www.prochoiceforum.org.uk/psy_coun6.asp)
- Hyman, A. G., & Kumar, A. (2003). *What is woman-centered comprehensive abortion care?* Acedido em 25 de Março de 2008 em [http://www.ipas.org/Publications/asset\\_upload\\_file995\\_2423.pdf](http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file995_2423.pdf)
- Hyman, A. G., & Castleman, L. (2007). *Woman-Centered Abortion Care: Reference Manual*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- International Planned Parenthood Federation – IPPF (2006a). *Death and Denial: Unsafe Abortion and Poverty*. London: Author.
- Johnson, M. O., Chesney, M. A., Goldstein, R. B., Remien, R. H., Catz, S., Gore-Felton, C., Charlebois, E., Morin, S. F., & the Nimh Healthy Living Project Team (2006). Positive Provider Interactions, Adherence Self-Efficacy, and Adherence to Antiretroviral Medications Among HIV-Infected Adults: A Mediation Model. *AIDS Patient Care and STDs*, 20 (4), 258-268.
- Kim, Y., M., Putjuk, F., Endang, B., & Kols, A. (2000). Self-Assessment and Peer Review: Improving Indonesian Service Providers' Communication with Clients. *International Family Planning Perspectives*, 26 (1), 4-12.
- Langer, A., Garcia-Barrios, C., Heimbürger, A., Campero, L., Stein, K., Winikoff, B., & Barahona, V. (1999). Improving Postabortion Care with Limited Resources in a Public Hospital in Oaxaca, Mexico. In D. Huntington & N. J. Piet-Pelon (Eds.), *Postabortion Care: Lessons from Operations Research* (pp. 80-107). New York, NY: Population Council.
- Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril – Exclusão de ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez, Diário da República N.º 75, Série I. Acedido em 25 de Outubro de 2007 em <http://www.dgs.pt>
- Lenkau, J. P (1988). Emotional Sequelae of Abortion: Implications for Clinical Practice. *Psychology of Women Quarterly*, 12, 461-472.
- Major, B., Mueller, P., & Hildebrandt, K. (1985). Attributions, expectations and coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 585-599.
- Major, B., Cozzarelli, C., Testa, M., & Mueller, P. (1992). Male partners' appraisals of undesired pregnancy and abortion: implications for women's adjustment to abortion. *Journal of Applied Social Psychology*, 22 (8), 599-614.
- Major, B., Cozzarelli, C., Sciacchitano, A. M., Cooper, M. L., Testa, M., & Mueller, P. M. (1990). Perceived Social Support, Self-Efficacy, and Adjustment to Abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (3), 452-463.
- Mosley, D., Follingstad, D., Harley, H., & Heckel, R. V. (1981). Psychological factors that predict reactions to abortion. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 276-279
- National Abortion Federation – NAF (2005a). *The abortion option: A Values Clarification Guide for Health Care Professionals*. Washington, DC: Author.
- National Abortion Federation – NAF (2005b). *Bridging the Gap Between Abortion Training and Abortion Provision: Recommendations from a National Symposium*. Washington, DC: Author.
- Naziri, D. (2007). Man's involvement in the experience of abortion and the dynamics of the couple's relationship: a clinical study. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 12 (2), 168-174.
- Neamatalla, G. S., & Verme, C. S. (1995). Postabortion Women: Factors Influencing Their Family Planning Options. *AVSC Working Paper*, 9. Acedido em 25 de Março de 2008 em [http://www.engenderhealth.org/pubs/workpap/wp9/wp\\_9.html](http://www.engenderhealth.org/pubs/workpap/wp9/wp_9.html)
- Nelson, E. S., & Coleman, P. K. (1997). Attitudes toward the level of men's involvement in abortion decisions. *Journal of Humanistic Education & Development*, 35 (4), 217-224.

- Noya, A., & Leal, P. I. (1998). Interrupção voluntária da gravidez: Que respostas emocionais? Que discurso psicológico? *Análise Psicológica*, XVI (3), 431-439.
- Population Council – PC & Frontiers in Reproductive Health – FRH (2000a). Burkina Faso: Upgrading Postabortion Care Benefits Patients and Providers. *OR Summary*, 3. Acedido em 25 de Março de 2008 em <http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/orsummaries/orsum3.pdf>
- Population Council – PC & Frontiers in Reproductive Health – FRH (2000b). Egypt: Expand Access to Postabortion Care. *OR Summary*, 12. Acedido em 25 de Março de 2008 em <http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/orsummaries/orsum12.pdf>
- Portaria n.º 741-A/2007, de 21 de Junho – Ministério da Saúde, Diário da República N.º 118, Série I. Acedido em 25 de Outubro de 2007 em <http://www.dgs.pt>
- Rasch, V., Yambesi, F., & Massawe, S. (2008). Medium and long-term adherence to postabortion contraception among women having experienced unsafe abortion in Dar es Salaam, Tanzania. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, 8 (32). Acedido em 2 de Agosto de 2008 em <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2393-8-32.pdf>
- Ringheim, K. (2002). When the Client Is Male: Client-Provider Interaction from a Gender Perspective. *International Family Planning Perspectives*, 28 (3), 170-175.
- Rivera, M. J. (1998). Chapter 14: Abortion Issues in Psychotherapy. In L. J. Beckman & S. M. Harvey (Eds.), *The Civil War: The Psychology, Culture, and Politics of Abortion* (pp. 329-352). Washington, DC: American Psychology Association.
- Robbins, J., & DeLamater, J. (1985). Support from significant others and loneliness following induced abortion. *Social Psychiatry*, 20, 92-99.
- Ross, M., & Lattimer, M. (1997). *Issues in the provision of termination counselling*. Comunicação apresentada na conferência “Issues in Pregnancy Counselling: What do Women Need and Want?”, organizada pelo Pro-Choice Forum, Oxford. Acedido em 25 de Março de 2008 em [http://www.prochoiceforum.org.uk/psy\\_coun2.asp](http://www.prochoiceforum.org.uk/psy_coun2.asp)
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists – RCOG (2004). *The Care of Women Requesting Induced Abortion: Evidence-based Clinical Guideline Number 7*. London: Author.
- Savelieva, I., Pile, J. M., Sacchi, I., & Loganathan, R. (2003). *Postabortion Family Planning Operations Research Study in Perm, Russia*. Acedido em 25 de Março de 2008 em [http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR\\_FinalReports/Russia\\_PAC.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Russia_PAC.pdf)
- Schunmann, C., & Glasier, A. (2006). Specialist contraceptive counselling and provision after termination of pregnancy improves uptake of long-acting methods but does not prevent repeat abortion: a randomized trial. *Human Reproduction*, 21 (9), 2296-2303.
- Stewart, F. H., & Darney, P. D. (2003). Abortion: Teaching Why as Well as How. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35 (1), 37-39.
- Stotland, N. L. (2001). Psychiatric aspects of induced abortion *Archives of Women's Mental Health*, 4, 27-31.
- Tabbutt-Henry, J., & Graff, K. (2003). Client-Provider Communication in Post-Abortion Care. *International Family Planning Perspectives*, 29 (3), 126-129.
- Terki, F., Malhotra, U., & Pawlson, M. (2004). *Medical and Service Delivery Guidelines for Sexual and Reproductive Health Services* (3<sup>rd</sup> ed.). London: International Planned Parenthood Federation.
- Theunissen, N. C. M., Ridder, D. T. D., Bensing, J. M., & Rutten, G. E. H. M. (2003). Manipulation of patient-provider interaction: discussing illness representations or action plans concerning adherence. *Patient Education and Counseling*, 51 (3), 247-258.
- World Health Organization – WHO (1998). *Post-abortion family planning: a practical guide for programme managers*. Geneva: Author.
- World Health Organization – WHO (2003). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems Unsafe*. Geneva: Author.
- Yassin, A., & Cordwell, D. (2005). Does dedicated pre-abortion contraception counselling help to improve post-abortion contraception uptake? *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 31 (2), 115-116.
- Zapiain, J., G. (1996). *Gravidezes Inesperadas: Porquê?*. Comunicação apresentada no Seminário “O Problema do Aborto em Portugal: Questões Sociais, Médicas e Jurídicas”, organizada pela Associação para o Planeamento da Família, Évora.

# Gravidez adolescente: a depressão e a auto-estima

Sara Sereno (Psicóloga Clínica da Maternidade Dr. Alfredo da Costa)

Maria de Jesus Correia (Psicóloga Clínica, Coordenadora do Departamento de Psicologia da Maternidade Dr. Alfredo da Costa)

Susana Faustino (Psicóloga)

## RESUMO

O presente estudo visa compreender a relação entre a depressão e a auto-estima no fenómeno gravídico na adolescência. A amostra, recolhida na Unidade da Adolescência da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, é constituída por 107 adolescentes, 55 grávidas e 52 não grávidas, com recurso a instrumentos de auto-resposta: Escala de Depressão de Beck e Escala de Auto-estima de Coopersmith. Trata-se de um estudo descritivo, comparativo e transversal, onde os principais resultados nos indicam que a incidência da depressão é maior em adolescentes não grávidas do que em adolescentes grávidas, a auto-estima aumenta no terceiro trimestre da gravidez, e a depressão e auto-estima têm uma relação inversamente proporcional.

**Palavras-chave:** Gravidez; Adolescência; Depressão; Auto-estima

## ABSTRACT

This study has the purpose of understanding the relationship between depression and self-esteem in the pregnancy phenomenon in adolescence. The sample, collected in Unity of Adolescence in Maternidade Dr. Alfredo da Costa, is composed by 107 adolescences, 55 pregnant women and 52 non pregnant, in which were used instruments of self-report: Beck Depression Inventory (BDI) and Coopersmith's Scale, Self-Esteem Inventory (SEI). It is all about a descriptive study, comparative and transversal, where the main results indicate us that incidence of depression is higher in non pregnant adolescences than in pregnant adoles-

cences, self-esteem increases in the third trimester of pregnancy, and depression and self-esteem are inversely correlated.

**Keywords:** Pregnancy; Adolescence; Depression; Self-esteem

## INTRODUÇÃO

Adolescência, do latim *adolescere*, significa crescer em direcção à maturidade, à condição ou o processo de crescimento. É um termo utilizado usualmente como contraponto à condição da criança inocente ou à do adulto caracterizado pelo ideal de maturidade e equilíbrio. É um tempo de reestruturação e um espaço cheio de história e potencial, é um estado de atribuição de novos significados ao mundo da infância, no qual aspectos fundamentais são adicionados (Bion, 1956). Todos estes aspectos reflectem-se posteriormente num sentido de identidade e numa maior consciência da temporalidade. O tempo que virá inclui não só o passado e o presente mas também o futuro (Paz & De Paz, 1992), uma convergência num acerto cultural comum de bens materiais e ideais, levará ao culminar do processo maturativo (Freud, 1908).

Oliveira (1999) afirma que durante as várias etapas da adolescência, a ausência de uma *mãe suficientemente boa e de um pai suficientemente bom*, associada à pouca gratificação na vida social e principalmente às angústias advindas dos grupos de risco, poder-se-á instalar um estado de abandono, gerador de fortes sentimentos depressivos. Assim sendo, e incapaz de lidar e elaborar, simbolicamente, essas angústias as

adolescentes agem, defensivamente, com o intuito de controlar tais sentimentos depressivos.

Dever-se-á, no entanto, salientar a adolescência enquanto etapa de separação das figuras parentais, focalizada no desamor por estas e no investimento noutros objectos de relação, através dos quais o adolescente procura organizar a sua vida amorosa e construir a sua autonomia (Coimbra de Matos, 2002). Assim sendo, e constituindo-se como um fenómeno de equilíbrios precários, pode ser conducente à vivência, *normal*, de sentimentos de vazio, ansiedade e depressão, colocando este processo no limiar entre o normal e o patológico. Para a sua resolução é fundamental a relação precoce estabelecida com as figuras de vinculação. É ela que vai determinar a vivência desta etapa.

Neste contexto de compreensão da vivência da adolescência, a gravidez pode ser encarada como uma passagem ao acto, através da qual a adolescente procuraria uma resolução para o seu desamparo enquanto filha, através de um desejo de mudança, transformando-se em mãe no sentido de construir uma nova e idealizada relação com o filho e com o pai do bebé (Aguirre, 1995; Deutsch, 1977; Oliveira, 1999).

Esta tentativa de resolução poderá ser hipotetizada como uma forma de aproximação com as figuras parentais (frustradoras). Há um desejo de mudança, de preenchimento do vazio narcísico, agindo-se de forma mágica e onipotente, perspectivando uma natureza mais positiva e reestruturadora, com a chegada, idealizada, do *bebé-salvador* que representa o poder mágico para recuperar a própria mãe e o próprio pai (Oliveira, 1999; Carvalho, Leal & Sá, 2004).

A gravidez precoce é assim entendida como um fenómeno resultante de actos compulsivos, sendo, muitas vezes, da responsabilidade do ambiente social no qual surgiram certos conflitos emocionais, que, na impossibilidade de serem pensados e elaborados, são agidos. O fenómeno é advogado como decorrente de imaturidade psíquica com disposição para reviver processos regressivos na adolescência e, principalmente, pela exigência do amadurecimento. Tal realização implica o rompimento da ligação com a mãe, que ocorre no período pré-ediipiano e oral do desenvolvimento, o anseio pela mãe e o sentimento de solidão após a separação, podendo exigir o reviver da união mãe-filha (Deutsch, 1977).

De acordo com Winnicott (2005), uma menina que anseia por um bebé está, em certa medida, a ansiar pela reafirmação de que incorporou algo de bom, de que o reteve e de que tem uma coisa boa a desenvolver-se dentro dela. Essa é a reafirmação tranquilizadora (embora falsa) que ela necessita devido ao seu sentimento inconsciente de que pode estar vazia, e cheia de coisas más, sendo a agressividade introjectada que lhe transmite estas ideias.

De acordo com a perspectiva desenvolvimental, a gravidez na adolescência é uma experiência não-normativa, uma vez que a adolescente ainda não apresenta capacidade para responder de forma adequada a este acontecimento. Há autores que entendem a gravidez na adolescência como uma forma peculiar e única de crescimento, contudo, muitas vezes, tal facto não se verifica (Cavasin, 1996; Figueiredo, 2001).

Ainda de acordo com esta perspectiva, as vicissitudes associadas à gravidez na adolescência relacionam-se sobretudo com o facto de se verificar uma grande imaturidade do aparelho psíquico face às tarefas impostas pela maternidade (Figueiredo, 2001).

O modo mais ou menos adequado como a adolescente se vai adaptar à maternidade depende da qualidade da relação que estabelece com a família, nomeadamente com a forma como a família vai lidar com a antecipação da redefinição de papéis familiares que a passagem à idade adulta de um dos seus membros obriga (Vítalle & Amâncio 2001; Figueiredo, 2001).

Do exposto, compreende-se que a adolescente é forçada a crescer num curto espaço de tempo, vindo a gravidez interromper uma vivência fluente da fase adolescente. Esta adaptação repentina e forçada ao papel de mãe desencadeia, muitas vezes, uma situação de desequilíbrio psicológico na jovem que se pode reflectir na sua auto-estima (Carvalho, Leal & Sá, 2004).

Diversos estudos (Brooks-Gun & Fustenberg, 1989; Drumond & Hansford, 1991; Morgan, Chapan, & Fischer, 1995; Carvalho, Leal & Sá, 2004) têm assinalado um nível de auto-estima, auto-conceito e de estratégias adequadas para a resolução dos problemas mais baixo em grávidas adolescentes quando comparadas com adolescentes não grávidas. Tal facto é justificado pela forçada transição para a parentalidade, que enquanto período de crise e conseqüente mudança, induz altos níveis de stress.



O campo empírico parece apoiar a premissa de que a gravidez na adolescência poderá afectar a auto-estima destas jovens, uma vez que acontece num momento primordial de desenvolvimento físico e emocional, conducente a diversas exigências a nível psicológico (Correia, 1995).

Poder-se-á associar a esta baixa taxa de auto-estima um funcionamento depressivo de base que advém da relação precoce estabelecida e de uma percepção negativa da rede social (Scavacini de Freitas & Botega, 2002).

De acordo com Brazelton e Cramer (1989), uma gravidez acaba por reflectir toda a vida anterior ao momento da concepção.

São vários os estudos que apelam à necessidade de atender aos riscos de depressão na gravidez. Alvarado e colaboradores (1993) relatam que os factores de risco para o desenvolvimento da depressão neste período são os antecedentes psiquiátricos, descontentamento com a gestação, negativismo com relação a eventos vitais, baixo apoio emocional, viver sozinha, menor de idade, solteira, baixo nível educacional e sócio-económico, histórico de abortos anteriores, partos problemáticos e atitudes negativas. Gotlib, Whiffen e Mount (1989) referem que aproximadamente 10% das mulheres grávidas atendem ao critério de depressão nesta fase, o que justifica uma atenção especial para a importância do diagnóstico e tratamento deste transtorno na gestação.

Com este estudo pretendemos aumentar o conhecimento sobre a auto-estima e a depressão na gravidez na adolescência e, conseqüentemente, melhorar a compreensão e intervenção junto desta população.

## METODOLOGIA

O presente estudo tem um carácter descritivo, comparativo e transversal.

## PARTICIPANTES

A amostra estudada refere-se a 107 adolescentes utentes da Unidade da Adolescência da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, em Lisboa, durante o ano de 2008.

Durante a primeira consulta de psicologia e no âmbito da entrevista clínica de diagnóstico, preencheram os instrumentos (que mais adiante descreveremos) habi-

tualmente usados com fim clínico. Foi assegurado o seu consentimento para eventuais investigações futuras.

Estas jovens foram divididas em dois grupos: o grupo das adolescentes grávidas (Grupo AG) constituído por 55 adolescentes, com idades compreendidas entre os 14 e os 18 anos ( $M=16.22$ ), e o grupo das adolescentes não grávidas que frequentavam a Consulta de Planeamento Familiar (Grupo ANG) constituído por 52 adolescentes, com idades compreendidas entre os 13 e os 18 ( $M=15.90$ ). Quanto ao trimestre de gravidez em que as jovens do grupo AG se encontram, 14 estão no primeiro trimestre, 29 no segundo e 12 no terceiro.

## MATERIAL

Os instrumentos utilizados neste estudo foram:

- **Escala de Depressão de Beck (BDI – Beck Depression Inventory** de Beck, 1961), adaptada à população portuguesa por Vaz Serra e Abreu (1973). É uma escala sintomática, de auto-relato, com 21 itens, cada um com escolha múltipla de respostas, com três alternativas, correspondentes a níveis de gravidade crescente de depressão, aos quais são atribuídos scores entre 0 e 3. A soma dos scores dos itens individuais fornece um score total, que corresponde à intensidade da depressão, podendo ser classificada em níveis: mínimo, leve, moderado ou grave.
- **Escala de Auto-estima de Coopersmith (SEI - Self-Esteem Inventory** de Coopersmith, 1967). Tem o intuito de medir as atitudes avaliativas em relação a si próprio nos domínios social, familiar, profissional e pessoal. O inventário foi elaborado, portanto, para fornecer uma medida fiel e válida de auto-estima. Trata-se de uma escala de auto-administração (25 itens) cujos itens têm apenas duas opções “como eu” ou “não se aplica a mim”. Assim, cada item só poderá ser classificado com 0 ou 1, e quanto maior o resultado obtido maior a auto-estima.

## RESULTADOS

Procedeu-se em primeiro lugar à testagem dos pressupostos de aplicação do Teste *t-student* e ANOVA. Para testar a distribuição amostral realizou-se o Teste de Kolmogorov-Smirnov, para verificar a homocedasticidade foi efectuado o Teste de Levene.

## ADOLESCENTES GRÁVIDAS VS. ADOLESCENTES NÃO GRÁVIDAS

A partir de uma análise descritiva podemos verificar que a variável da depressão (BDI) apresenta um valor médio mais elevado nas adolescentes não grávidas ( $M=14.83$ ,  $DP=12.11$ ) do que nas adolescentes grávidas ( $M=10.56$ ,  $DP=6.69$ ). De acordo com a cotação da escala adaptada à população portuguesa (Vaz Serra, 1972), considera-se que as adolescentes não grávidas têm um score que remete para a Depressão Ligeira, enquanto as adolescentes grávidas têm um score que indica Ausência de Depressão.

Quanto à média da variável de auto-estima (SEI), esta é maior nas adolescentes grávidas do que nas não grávidas.

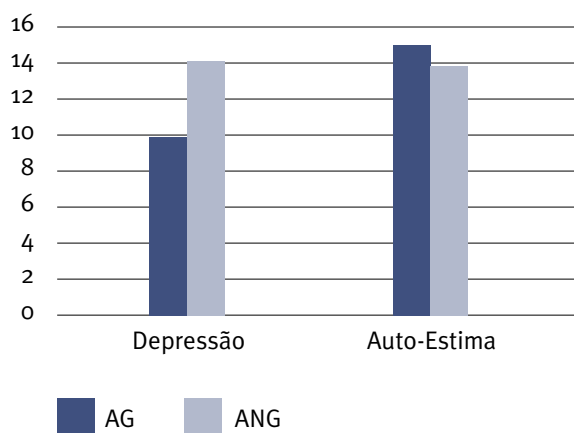
Estes dados estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Médias e desvios-padrão das escalas por grupo

|     | Grupo AG (N=55) |      | Grupo ANG (N=52) |       |
|-----|-----------------|------|------------------|-------|
|     | X               | S.D. | X                | S.D.  |
| BDI | 10.56           | 6.69 | 14.83            | 12.11 |
| SEI | 15.82           | 4.47 | 14.40            | 4.57  |

O gráfico seguinte (Figura 1) ilustra os dados apresentados na Tabela 1.

Figura 1 – Médias das escalas por grupo



Depois de validados os pressupostos, recorremos ao Teste T-Student para averiguar se as diferenças encontradas entre as médias dos dois grupos (ANG e AG) são

estatisticamente significativas para as variáveis do BDI e SEI.

Podemos afirmar para um  $\alpha = 0.05$ , que as diferenças encontradas no score médio da BDI para AG e ANG são estatisticamente significativas ( $t(105)=-2.237$ ,  $p=0.028$ ). Ou seja, as ANG apresentam níveis mais elevados de depressão.

Pelo contrário, as diferenças encontradas no score médio da SEI para AG e ANG não são estatisticamente significativas para um  $\alpha = 0.05$  ( $t(105)=1.618$ ,  $p=0.109$ ), ou seja, não há diferenças ao nível da auto-estima entre AG e ANG.

## ADOLESCENTES GRÁVIDAS: OS TRÊS TRIMESTRES

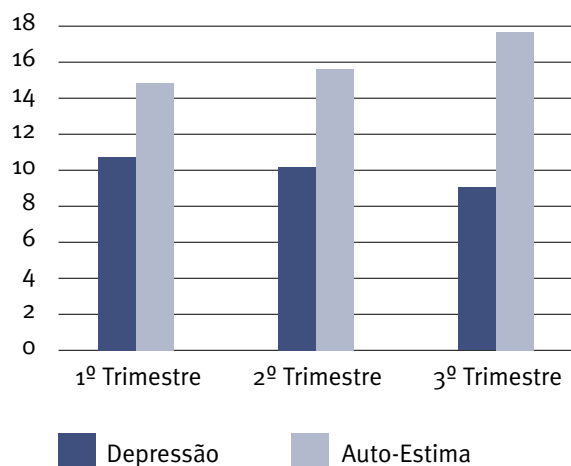
É sabido que os três trimestres da gravidez são acompanhados de mudanças e evoluções também a nível psicológico, pelo que fomos perceber se há diferenças ao nível da depressão (BDI) e auto-estima (SEI) nestes diferentes períodos. As médias das escalas estão apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 – Médias e desvios-padrão das escalas por trimestre

|     | 1º Trimestre (N=14) |       | 2º Trimestre (N=29) |       | 3º Trimestre (N=12) |       |
|-----|---------------------|-------|---------------------|-------|---------------------|-------|
|     | X                   | S.D.  | X                   | S.D.  | X                   | S.D.  |
| BDI | 11.36               | 7.899 | 10.59               | 7.074 | 9.58                | 4.078 |
| SEI | 13.64               | 4.125 | 15.97               | 4.648 | 18.00               | 3.438 |

A figura 2 ilustra os dados apresentados na Tabela 2.

Figura 2 – Médias das escalas por trimestre de gravidez



Depois de validados os pressupostos, recorremos ao Teste ANOVA para averiguar se as diferenças encontradas entre as médias dos três trimestres são estatisticamente significativas para as variáveis do BDI e SEI.

Apesar da média dos scores do BDI do primeiro e segundo trimestre serem ligeiramente superiores à média do score no terceiro trimestre, as diferenças observadas não são estatisticamente significativas para um  $\alpha = 0.05$  ( $F(2,52)=0.221$ ,  $p=0.802$ ).

No entanto, no que respeita à auto-estima, as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ( $F(2,52)=3.372$ ,  $p=0.042$ ),  $\alpha = 0.05$ . De acordo com o teste de Tukey, as médias dos scores no primeiro e no terceiro trimestre são significativamente diferentes ( $p=0.033$ ), ou seja, os níveis de auto-estima são superiores no terceiro trimestre de gravidez.

#### ASSOCIAÇÃO ENTRE DEPRESSÃO E AUTO-ESTIMA

Para medirmos a intensidade e a direcção da associação entre a depressão e auto-estima, recorremos ao Coeficiente de Correlação de Bravais-Pearson. Verificamos uma associação negativa e significativa entre estas duas variáveis para um  $\alpha=0.01$  ( $r=-0.655$ ,  $p<0.001$ ). O que indica que quando aumenta a auto-estima, a depressão diminui, e vice-versa.

#### DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Com a realização deste estudo pretendeu-se compreender a relação entre a depressão e a auto-estima no fenómeno gravídico na adolescência. Através da análise estatística dos resultados obtidos chegou-se às seguintes conclusões: a incidência da depressão é maior em adolescentes não grávidas do que em adolescentes grávidas, não se verificando diferenças estatisticamente significativas ao nível da auto-estima. Foi também possível constatar que a auto-estima aumenta no terceiro trimestre da gravidez, e constatou-se uma relação inversamente proporcional entre depressão e auto-estima, ou seja, quando a depressão diminui a auto-estima aumenta.

Deste modo, parece legítimo considerar, e em conformidade com o acima referido, a gravidez na adolescência como uma forma de preenchimento narcísico do

vazio do próprio *self* (McWilliams, 2005). Este fenómeno é encarado como, talvez, a última tentativa criativa de reparar falhas precoces na relação de objecto lacunar, a falta de narcisização, de amor primário, o vazio no lugar da representação de um objecto forte e estável e de um amor incondicional (Balint, 1968). É talvez a forma de se separar, de se individuar de um objecto primário simbiotizante, incapaz de reconhecimento individualizado.

Como foi referido anteriormente, aquando do enquadramento teórico, a ausência de figuras de referência *suficientemente boas* associadas à pouca gratificação na vida social e principalmente às angústias advindas dos grupos de risco, estará na génese de um estado de abandono, gerador de fortes sentimentos depressivos. Desta forma, na tentativa de superar esta angústia de perda, os adolescentes agem para controlar tais sentimentos depressivos (Oliveira, 1999).

Verifica-se a existência de um aparelho psíquico vazio, negativamente narcisado, um espelho sem reflexo, ávido de preenchimento e de sentimentos positivos (Grenn citado por Ferreira, 2001).

É neste contexto de vazio e avidez que é descrita uma gravidez planeada que tem vários objectivos. A condição frustradora a que está exposta leva a adolescente a idealizar uma salvação imediata, agindo.

Poder-se-á colocar a hipótese da procura de uma resolução para o seu desamparo, não só por desejo de mudança, tornando-se mãe para construir uma nova e boa (idealizada) relação com o filho, mas também por uma certa repetição, o que poderia levá-la de alguma forma a aproximar-se das figuras parentais (frustradoras) pela diminuição da diferença.

O desejo de mudança agido de forma mágico-omnipotente de preenchimento do vazio, sugere uma natureza mais positiva que contém elementos de esperança e busca de restauração.

Assim sendo, e num contexto social que provê pouco alimento psíquico (como o que caracteriza tendencialmente as adolescentes da nossa consulta), são muitas vezes as repostas da natureza as que são procuradas como defesa, perante condições de esvaziamento e como forma *de tornar fortes os lugares partidos*.

Contudo, e apesar desta potencialidade de crescimento e evolução para a adolescente, existem riscos inerentes à gravidez na adolescência. A anobjectalidade interna referida, poderá ser catalisadora de uma relação simbiótica e super protectora, à qual muitas vezes está associada a *patologia do pai ausente* (Malpique, 1990).

É absolutamente preponderante que este seja um dos aspectos a ser trabalhado por parte dos técnicos de saúde mental que acompanham estas jovens já no contexto da maternidade adolescente.

Como sugestões para investigações futuras, consideramos que seria relevante realizar estudos que nos permitissem avaliar o ajustamento psicológico pós-parto, no imediato e após um período de tempo mais dilatado (seis meses a um ano), a fim de perceber a qualidade da relação dual estabelecida, mãe-bebê, bem como o papel atribuído à figura masculina. Revelar-se-ia também interessante comparar as variáveis aqui consideradas – depressão e auto-estima – entre adolescentes grávidas e mães adolescentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, A. M. B. (1995). *Aspectos psicodinâmicos de adolescentes grávidas: entrevistas clínicas e Rorschach no contexto hospitalar*. Tese de Doutorado não-publicada, S. Paulo: Universidade de São Paulo.
- Alvarado, R., Perucca, E., Neves, E., Rojas, M., Monardes, J., Olea, e E., Vera, A. (1993). Cuadros depresivos durante el embarazo y factores asociados. *Revista Chilena de Obstetricia e Ginecologia*, 58 (2), 135-141
- Balint, M. (1968). *A Falha Básica*. Porto Alegre: Artes Médicas
- Bion, W. R. (1956). *Second Thoughts*. London: W. Heinemann.
- Brazelton, T., & Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce*. Lisboa: Terramar.
- Brooks-Gunn, J., & Furstenberg, F. (1989). Adolescent sexual behaviour. *American Psychologist*, 44 (2), 249-257.
- Carvalho, A. C., Leal, I., & Sá, E. (2004). Auto-estima e ansiedade em grávidas adolescentes. In Sá, E. *A maternidade e o Bebê*. Lisboa: Fim de Século, 45 - 68
- Cavasin, Sylvia et al. (1996). Gravidez na adolescência: Um outro enfoque. *Revista de Pediatria Moderna*, São Paulo, 32 (1), 84-87.
- Coimbra de Matos, A. (2002). *Adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Drummond, R., & Hansford, S. (1991). Dimensions of self-concept of pregnant unwed teens. *Journal of Psychology*, 125 (1), 65-69.
- Ferreira, T. (2001). Evolução melancólica. *Revista portuguesa de psicossomática*, 1 (3), 15-23.
- Figueiredo, B. (2001). Maternidade na adolescência: Do risco à prevenção. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 3 (002), 221-238.
- Gotlib, I.H., Whiffen, V.E. & Mount, J.H. (1989). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy the postpartum. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 269-274.
- Malpique, C. (1990). *A ausência do pai*. Porto: Edições Afrontamento.
- McWilliams, N. (2005). *Diagnóstico Psicanalítico*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, N. R. (1999). Perfis de Grávidas e mães Adolescentes: Estudo psicossocial de adolescentes usuárias de um serviço público de pré-natal e maternidade. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Paz, C.A., & De Paz, T.O. (1992). Adolescence and borderline pathology characteristics of the relevant psychoanalytic process. *International Journal of Psycho-Analysis*, 73, 739-747.
- Scavacini de Freitas, G. V., & Botega, N. J. (2002). Gravidez na adolescência: Prevalência de depressão, ansiedade e ideação suicida. *Rev Assoc Med Brás*, 48 (3), 245-249.
- Vitalle, M. S. S. & Amâncio, O. M. S. (2001). *Gravidez na Adolescência*. Acedido em 17 de Março de 2009 em <http://www.brazilpednews.org.br/set2001/bnpar101.htm>

# ellaOne

acetato de ulipristal

“ ESTA NÃO FOI A PRIMEIRA VEZ QUE ME ESQUECI DE TOMAR A PÍLULA, MAS ENTRETANTO ACONTECEU E... NÃO ME SENTI SEGURA. É DESESPERANTE. TEMOS SEMPRE MUITO CUIDADO, MAS DE REPENTE ALGUMA COISA FALHA. ”

## CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA AGORA COM MAIS EFICÁCIA DURANTE MAIS TEMPO.<sup>(1)</sup>

**NOME DO MEDICAMENTO:** Ellaone 30 mg comprimido **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada comprimido contém 30 mg de acetato de ulipristal e 237 mg de lactose mono-hidratada. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimido branco a branco sujo, redondo, convexo, gravado com o código "ella" em ambas as faces. **INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:** Contraceção de emergência até 120 horas (5 dias) após uma relação sexual não protegida ou em caso de falha do método contraceptivo. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** O tratamento consiste na administração oral de um comprimido, logo que possível, o mais tardar até às 120 horas (5 dias) após a relação sexual não protegida ou a falha do contraceptivo. O comprimido pode ser tomado com ou sem alimentos. Caso ocorra o vômito até 3 horas após a ingestão de Ellaone, deverá tomar-se outro comprimido. O Ellaone pode ser tomado em qualquer fase do ciclo menstrual. Antes da administração de Ellaone deverá excluir-se a possibilidade de gravidez. **Difusão renal ou hepática:** Na ausência de estudos específicos, não é possível estabelecer recomendações específicas quanto à dose de Ellaone. **Difusão hepática grave:** Na ausência de estudos específicos, não é recomendado o Ellaone. **Crianças e adolescentes:** A segurança e eficácia de Ellaone apenas foram estabelecidas em mulheres com idade superior a 18 anos. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. **Gravidez.** **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO:** Não é recomendada a utilização concomitante com um contraceptivo de emergência que contenha levonorgestrel; em mulheres com asma grave não controlada de forma suficiente com Ellaone deverá ser considerada a possibilidade de uma gravidez ectópica. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Infecções e infestações: Frequentes - Infecções. Doenças do metabolismo e da nutrição: Pouco frequentes - Perturbações do apetite; Raros - Desidratação. Perturbações do foro psiquiátrico: Frequentes - Perturbações do humor; Pouco frequentes - Depressão, Sintomas de ansiedade, Insónia, Perturbações da libido, Irritabilidade. Doenças do sistema nervoso: Frequentes - Dor de cabeça, Tonturas; Pouco frequentes - Sonolência, Tremores; Raros - Perturbações da atenção, Disgeusia, Letargia. Afecções oculares: Pouco frequentes - Visão turva. Afecções do ouvido e do labirinto: Raros - Vertigens. Vasculopatias: Pouco frequentes - Afrontamentos. Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino: Raros - Congestão nasal, Tosse, Epistaxis, Garganta seca. Doenças gastrointestinais: Muito frequentes - Dor abdominal; Frequentes - Náuseas, Vômitos, Dispepsia; Pouco frequentes - Diarreia; Obstipação; Boca seca; Flatulência; Raros - Doença de refluxo gastroesofágico, Glossite, Dor de dentes. Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos: Pouco frequentes - Acne, Exantema, Prurido; Raros - Urticária. Afecções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos: Frequentes - Espasmos musculares, Lombalgia; Pouco frequentes - Dor musculoesquelética. Doenças renais e urinárias: Pouco frequentes - Poliúria; Raros - Nefrolitíase, Dor renal, Cromatúria. Doenças dos órgãos genitais e da mama: Muito frequentes - Perturbação menstrual; Frequentes - Dismenorreia, Menorragia, Metrorragia; Pouco frequentes - Mastalgia, Dor genital, Espasmo uterino, Síndrome pré-menstrual, Prurido genital, Corrimento vaginal; Raros: Ruptura de quisto ovárico. Perturbações gerais e alterações no local de administração: Frequentes - Fadiga; Pouco frequentes - Dor; Raros - Desconforto no peito, Inflamação, Mal-estar, Pirexia, Sede, Arrepios. Para mais informações deverá contactar o titular de AIM. Medicamento sujeito a receita médica. Sob licença da HRA Pharma. Marca: EllaOne. Apresentação: 1 comp 30mg PVP: 29,88€ (NC)

Bibliografia: 1) Adaptado de: Glasier AF et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis; The Lancet 2010; 375: 555:562

[www.contracecaoemergencia.com](http://www.contracecaoemergencia.com)

**tecnifar**  
GRUPOTECNIFAR

# Saúde Sexual e Reprodutiva dos jovens de bairros sociais: Opiniões e estratégias dos enfermeiros<sup>1</sup>

**Fernanda Gomes da Costa** (*Professora adjunta da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal; Mestre em Ciências de Enfermagem; Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*)

**Marta Niza** (*Licenciada em Enfermagem*)

**Nádia Andrade** (*Licenciada em Enfermagem*)

## RESUMO

O presente estudo, no contexto do Planeamento Familiar, objectivou: 1) identificar as opiniões dos enfermeiros acerca da adesão, de jovens residentes em bairros sociais dos concelhos de Setúbal e Moita, aos cuidados de enfermagem e 2) identificar as estratégias idealizadas para melhorar os cuidados prestados.

Neste estudo, descritivo e qualitativo, utilizou-se a entrevista semi-estruturada para a recolha dos dados, que foram tratados pelo método de análise temática.

Embora os resultados não possam ser generalizáveis, concluiu-se que a adesão dos jovens é, ainda, insatisfatória, p.e. devido ao seu fraco investimento na prevenção, mas também em consequência das atitudes dos profissionais. Por sua vez as estratégias identificadas pelos enfermeiros relacionaram-se, sobretudo, com a aproximação dos cuidados de saúde à comunidade.

**Palavras-chave:** *Planeamento familiar; cuidados de enfermagem; bairros sociais; juventude.*

## ABSTRACT

The objectives of this investigation, that emerges in the family planning' context, were: (1) identify the nurses' opinions about the nursing care provided to the

social districts' young population of *Setubal* and *Moita*; (2) identify the strategies idealized to improve the provided health care.

In this descriptive and qualitative study was implemented a semi-structured interview for the data collection and the results were analyzed according to the content analysis' method.

Although the results can't be generalized, it was concluded that the young population's adherence to the referred services is, still, unsatisfactory, for example due to their feeble investment in prevention, but also due to the professionals' attitudes. Accordingly, the strategies idealized by those professionals were significantly related with the approximation of health care to the community.

**Keywords:** *Family planning; nursing care; health' strategies; social districts; youth.*

## INTRODUÇÃO

O enfermeiro presta cuidados ao ser humano e aos grupos onde este se integra, pretendendo manter, melhorar ou recuperar a sua saúde. Assume, assim, o dever de garantir cuidados de saúde de qualidade e equitativos. Assinale-se a obrigação de informar a população, promovendo o empoderamento e a adop-

(1) Investigação realizada no âmbito do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, entre Outubro de 2008 a Maio de 2009

ção de decisões fundamentadas. Usufruir dos serviços de Planeamento Familiar (PF) é uma decisão pessoal, no entanto, os profissionais devem actuar no sentido de que esses sejam acessíveis a toda a população (Governo da República Portuguesa [s.d.]; Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005; Ordem dos Enfermeiros, 1998).

A actuação do enfermeiro deve alicerçar-se na exacta compreensão do problema, do ponto de vista da pessoa, e na procura de soluções adaptadas às suas expectativas e projecto de saúde (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005). É considerado igualmente importante que se coíba de impor as suas crenças, ideologias e/ou valores. Assim, torna-se indispensável conhecer as características e necessidades da população, de modo a adequar os cuidados de PF à realidade (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005).

Na juventude (15 a 24 anos) é frequente a inserção em grupos, com adaptação de comportamentos, assim como a manutenção do sentimento infantil de imuni- dade, que minimiza a percepção do perigo. Caracteristicamente, os jovens detêm conhecimentos de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) incompletos e/ou incorrec- tos, não obstante a sua importância para a adaptação psicológica e adopção de comportamentos seguros. Abstêm-se, frequentemente, de admitir dúvidas e a maioria não recorre ao PF, sendo a informação provi- denciada por amigos ou meios de comunicação (APF, 2001; Deconchy, [s.d.]; Gaspar *et al.*, 2006; Marques, 2001; Serrão e Duarte, 2001).

De modo geral, a população de Bairros Sociais (BS) perpetua mitos, revelando acentuado desconhecimen- to na área da SSR e renitência em utilizar os servi- ços de saúde. Tal fenómeno, mais notório nos jovens, potencia falsa percepção de segurança e sexualidade sem recurso a métodos preventivos.

Fenómenos de reprodução social contribuem para a presença significativa da maternidade precoce nos BS. No entanto, dependendo da valoração pessoal e do contexto sociocultural, tal pode constituir, ou não, uma transição expectável para a idade adulta (Figueiredo, 2000; Gerardo, 2004; Malta *et al.*, 2007). A manuten- ção dos referidos comportamentos revela a ineficácia das políticas actuais de PF.

A intervenção do enfermeiro é crucial no PF, pelo que o conhecimento da sua perspectiva se mostra essencial, embora reconhecidamente incompleto e limitado. Da mesma forma, compreender a SSR apenas através da óptica da população torna-se identicamente restritivo, além de redutor do papel e responsabilidade inerentes ao profissional. Adita-se que as opiniões e estratégias enumeradas pelos Enfermeiros, ainda que não genera- lízáveis, podem trazer conhecimento útil a outros pro- fissionais: os enfermeiros observam os mesmos deve- res (e objectivos na área da SSR) e a população de BS apresenta, tipicamente, particularidades e problemas de saúde idênticos (Marques, 2001; Ordem dos Enfer- meiros, 1998).

Pelo que foi referido, observou-se o problema de in- vestigação: desconhecimento das opiniões dos enfer- meiros acerca da adesão da população jovem de BS às Consultas de Enfermagem de PF, e das estratégias idealizadas por aqueles para a prestação de cuidados junto da referida população.

Deste problema, emanam os objectivos do estudo: 1) Identificar as opiniões dos enfermeiros acerca da ade- são aos Cuidados de Enfermagem, na área do PF, da população jovem residente em BS dos concelhos de Setúbal e Moita; 2) Identificar as estratégias idealiza- das pelos enfermeiros para melhorar a prestação de Cuidados de Enfermagem, na área do PF, à população jovem residente em BS dos concelhos de Setúbal e Moita.

## METODOLOGIA

Neste estudo, realizado em meio natural, utilizou-se a pesquisa descritiva, definida por Polit & Hungler (1995). Segundo as autoras, este estudo, designa-se de séries cruzadas, por os dados terem sido num mo- mento único.

Ferreira (2008) aponta que Setúbal, principalmente nas zonas periféricas, apresenta uma das taxas na- cionais de maternidade precoce mais significativa. Tal influenciou a escolha da População do estudo: Enfermeiros dos Centros de Saúde (CS) do Distrito de Setúbal. Em pesquisas que buscam opiniões, Fontanella *et al.* (2008) afirma que deve utilizar-se

uma amostra constituída por elementos com informação válida sobre o tema, utilizando, p.e., amostragem intencional. Assim, preferiu-se essa técnica e, por conveniência, foram eleitos Enfermeiros que prestassem cuidados de PF a jovens residentes em BS, nos CS do Concelho de Setúbal e do Concelho da Moita.

De acordo com Benner (2001), a Competência é atingida, geralmente, entre os dois e três anos num serviço, embora não seja definida apenas pelo tempo. Conforme, definiram-se os critérios de elegibilidade: prestar cuidados de enfermagem de PF, há pelo menos dois anos, a jovens residentes em BS.

Na amostra incluíram-se todos os indivíduos elegíveis, tendo sido fechada por exaustão (Fontanella *et al.*, 2008). Deste modo, consideraram-se seis participantes, pertencentes ao género feminino, com idades entre 39 e 48 anos e tempo de prestação de cuidados entre 5 e 20 anos. A formação académica variava entre Bacharelato (quatro), Licenciatura (uma) e Especialidade em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (uma).

Atendendo aos objectivos do estudo, seleccionou-se um método qualitativo para tratar os dados, considerando-se medidas mais apropriadas para colher dados e criando-se uma entrevista semi-dirigida, com três questões de resposta aberta. Trataram-se os dados através de análise de conteúdo, especificamente pela análise temática, segundo o método proposto por Bardin (1977).

Os pedidos de autorização para participação no estudo foram obtidos junto das instituições e os Formulários de Consentimento Livre e Esclarecido foram assinados pelos participantes, após informação das implicações éticas inerentes à sua colaboração. De acordo com as indicações de Kvale (1996), gravaram-se as entrevistas e validaram-se os verbatim, antes de se tratarem os dados.

## PRINCIPAIS RESULTADOS

Através da análise temática definiram-se quatro categorias, que suportam a apresentação e discussão dos principais resultados.

### Categoria 1: Adesão dos jovens às consultas de enfermagem de PF

A adesão foi classificada como reduzida ou insatisfatória: *“É assim, é uma adesão muito baixa. Nós gostaríamos que fosse muito maior...”* [Enf. 6]. Tal é concordante com os resultados de Vilar & Neves (2005), que afirmam que os profissionais manifestam preocupação com a reduzida procura destes serviços pelos jovens, apesar dos esforços realizados em contrário. A amostra clarificou que a adesão é condicionada pela não valorização da prevenção de SSR, característica nos BS, pois o PF não é incluído no projecto de saúde – *“(…) elas não utilizam a consulta de Planeamento Familiar como prevenção, mas já... como consequência de um acto que elas fizeram, irreflectido, sem cuidados (...)”* [Enf. 2]. Os autores consultados consideram que, se família não tem uma atitude preventiva em relação à SSR, as expectativas de prevenção do jovem diminuem (Costa & Leal, 2005; Marques 2001, Gaspar *et al.*, 2006).

O início progressivamente mais prematuro da actividade sexual não se reflecte numa adesão precoce ao PF: a procura dos serviços verifica-se após exposição a riscos, motivada pelo medo (de infecções sexualmente transmissíveis ou gravidez) e com necessidade de encaminhamento (por profissionais de saúde escolar, professores ou amigos). As inquiridas apontaram, ainda, a hipótese da gravidez ser inconscientemente desejada pela adolescente, como meio de valorização/ascensão social – *“Interrogamo-nos se, realmente, elas não quererão mesmo engravidar; (...) se não será uma forma das adolescentes se promoverem socialmente; uma forma, também, de fuga do meio familiar em que vivem...”* [Enf. 2]. De facto, existem autores que indicam que a gravidez precoce, por vezes, é entendida como promotora da inclusão ou valorização social (Malta *et al.*, 2007; Serrão & Duarte, 2001).

Quanto aos conhecimentos sobre SSR e participação nas consultas, foi salientada a diferença entre os géneros, que se pode relacionar com a ausência de um fenómeno que precipite o diálogo dos pais com os rapazes – aspecto também referido por Marques (2007). Mais se descobriu que embora os rapazes comecem a utilizar os serviços, fazem-no mormente para solicitar preservativos – *“Mas vêm geralmente*



em grupos, em grupos de quatro, de cinco rapazi-  
nhos, que vêm pedir preservativos. [pausa] *É bom,  
mas não é suficiente!*” [Enf. 2]. A este propósito Mar-  
ques (2007) clarifica que, comumente, é aceite que  
a adesão masculina é benéfica para as mulheres, e  
não uma mudança que, por si só, traga benefícios aos  
homens (Marques, 2007).

### **Categoria 2: Factores facilitadores da adesão dos jo- vens às consultas de enfermagem de PF**

Salientou-se a diversidade de serviços disponíveis  
para os jovens e a mediação dos pares como factores  
que facilitam a adesão. O jovem é influenciado pelos  
pares, pelo que, caso o profissional consiga estabele-  
cer relação de confiança com um dos membros do  
grupo, este pode fomentar a adesão dos restantes -  
“(...) há os que vêm porque têm cá médico de família e  
depois há outros que já estimulam... que eles vão co-  
nhecendo e vão criando segurança e vão trazendo  
também os colegas...” [Enf.1]. Os autores reconhecem  
este fenómeno, salientando a importância da forma-  
ção de grupos vocacionados para a formação inter-pa-  
res (Deconchy [s.d.]; Malta *et al.*, 2007).

Realçou-se a importância da relação com o enfermeiro,  
que diminui os constrangimentos no momento da pro-  
cura dos cuidados - “(...) quando é a enfermeira que vai  
falar com eles [à escola], é a mesma enfermeira que  
eles sabem que vão encontrar no Centro de Saúde,  
eles procuram-nos mais.” [Enf.2].

### **Categoria 3: Factores dificultadores da adesão dos jovens às Consultas de Enfermagem de Planeamento Familiar**

A censura dos comportamentos dos jovens e a não  
adaptação às novas fontes de informação foram assi-  
naladas como factores dificultadores derivados da  
conduta do enfermeiro. Incluiu-se também a formula-  
ção de diagnósticos de enfermagem não sensíveis às  
necessidades da população e/ou baseados nas expe-  
riências pessoais dos profissionais - “Porque, às vezes  
aquilo que nós pensamos que são as necessidades  
sentidas pelos alunos, não são verdadeiras... são as  
que nós sentimos...” [Enf.2]. Autores consultados indi-  
cam que, se os jovens carecem de informação, os adul-  
tos carecem de competências para interagir com aque-  
les (Gaspar *et al.*, 2006; Marques, 2001).

Nos factores relativos à instituição foi destacado o  
tempo de espera: pela impulsividade característica do  
jovem, existe frustração pela espera que redundam em  
absentismo. Foi também apontado o fraco investimento  
da instituição no trabalho na comunidade; a falta de  
tempo/recursos para empreender em projectos; e a  
falta de disponibilidade da enfermeira do PF para im-  
plementar acções de esclarecimento, de forma a esta-  
belecer um vínculo - “(...) era necessário realmente que  
todos os Cuidados de Saúde Primários se remodelas-  
sem (...) para realmente ultrapassarmos esta ‘barreira’  
que é a instituição” [Enf.2]. De facto, Gaspar *et al.*  
(2006) e Malta *et al.* (2007) apontam que é fulcral a par-  
ceria de dirigentes e membros da comunidade, para  
responder às necessidades populacionais.

Segundo as inquiridas, os jovens “Têm a informação  
mas não têm a formação (...) para usar essa informa-  
ção.” [Enf.4], pois não obstante aparentarem possuir  
conhecimentos, não os aplicam em situações práticas.  
Referiram ainda que embora os jovens não recorram a  
ajuda profissional, a informação a que acedem carece  
de complementação. A este respeito Costa & Leal  
(2005) e Gerardo (2004) revelam que a relação entre  
conhecimento e acção é ténue, sendo o conhecimento  
útil quando se ambiciona a mudança, mas não neces-  
sariamente impulsionador da mesma. Contudo, Lemos  
(2002) aponta que jovens mais informados iniciam a  
actividade sexual mais tarde e melhoram o modo de  
utilização de contraceptivos.

As enfermeiras enunciaram que os jovens perpetuam  
mitos relacionados com o uso de contraceptivos - “(...)  
conhecem pouco o seu corpo; não percebem muitas  
coisas do que se passa com elas; continuam a pensar  
que o coito interrompido é um bom método, (...) não  
gostam de utilizar o preservativo (...) muitas vezes che-  
gam aqui a dizer que a pílula seca os ovários” [Enf.2].  
Também APF (2001) e Marques (2001) identificaram a  
existência de vários mitos relacionados com a SSR e  
que as raparigas se revelam dependentes do parceiro  
na decisão de utilizar preservativo.

As participantes indicaram ainda os seguintes medos  
relacionados com o PF: ser repreendido pelos profes-  
sionais - “O jovem quando faz... quando tem noção  
que correu riscos, eles muitas vezes têm vergonha,  
eles têm receio... que os tratem mal... que não os acei-

tem...”[Enf.2]; realização de citologia (associada a procedimento doloroso); ser reconhecidos por vizinhos/familiares. A este propósito Malta *et al.* (2007) referem que para melhorar a adesão dos jovens é essencial que os serviços se tornem efectivamente anónimos, mesmo nos centros menos urbanos.

As inquiridas identificaram igualmente diversas atitudes que consideraram transversais a toda a faixa etária jovem (independentemente da classe social): impaciência, impulsividade, irresponsabilidade, entre outras – “(...) *o facto de eles não virem ter connosco, muitas vezes para falar, talvez... eu penso que seja um pouco o facto de acharem que sabem tudo.*” [Enf.6]. O sentimento de imunidade foi a mais frisada – “(...) *os jovens acabam por correr muitos riscos não por desconhecimento (...), se calhar porque gostam de correr riscos porque são jovens, ou porque acham que a eles nunca lhes vai acontecer nada disso...*” [Enf.5]. Resalve-se que Deconchy (s.d.) liga o sentimento de imunidade aos adolescentes e que Marques (2001) e Malta *et al.* (2007) o ligam à população de BS e/ou com baixa educação de saúde.

#### **Categoria 4: Estratégias dos Enfermeiros para melhorar a adesão dos jovens às Consultas de Enfermagem de Planeamento Familiar**

No âmbito das estratégias a ser implementadas junto de cada jovem as enfermeiras revelaram que uma postura de abertura no acolhimento é a acção basilar para cativar e facilitar a adesão e o empoderamento – “(...) *[e nós frisamos bem isso] que podem sempre vir ter connosco a qualquer altura, qualquer hora, podem telefonar, podem vir, nós (...) atendemos sempre, não temos qualquer problema.*” [Enf.6]. Vilar & Neves (2005) corroboram que o empenho, a atitude e a competência são os factores de qualidade mais encontrados no seu estudo.

Compreendeu-se que uma atitude essencial consiste na não projecção de vivências pessoais do profissional, pois o contexto sociocultural e temporal em que os jovens de BS estão inseridos é único – “*não podemos (...) projectar o que é a nossa vida, a nossa vida em termos de vivência pessoal (...) porque a vivência pessoal delas é muito diferente.*” [Enf.1]. Foi ainda salientada a necessidade de cativar e educar, tanto o jovem, como

a sua rede de apoio – “(...) *precisam de ser mais do que informados (porque a informação existe, mas só informação não chega!), é preciso educar e a nossa população não está educada.*” [Enf.2].

De acordo com a amostra, a desburocratização do acesso à consulta facilitaria a adesão, por não acentuar a impaciência juvenil. Também a criação de uma consulta para adolescentes poderia ser benéfica, por minimizar o medo do reconhecimento num espaço de sexualidade. Além disso, proporcionaria um espaço adequado ao tratamento específico das suas necessidades – “*Eu penso que, se tivéssemos uma consulta específica para adolescentes aqui no Centro de Saúde, por exemplo, seria uma vantagem (...) eu acho que se eles soubessem que havia uma consulta destinada a eles, onde lhes pudéssemos dar resposta – não só na área da sexualidade (...) – e lhes pudéssemos dar apoio, eu acho que seria uma mais-valia e eles viriam cá mais.*” [Enf. 5]. De facto, Vilar & Neves (2005) concluíram que o baixo número de consultas, a inflexibilidade de horários e a burocratização do sistema de marcação e atendimento são extremamente dificultadores do acesso aos cuidados.

Identificaram-se ainda estratégias de acção na comunidade, como a utilização de estruturas dos BS para a criação de espaços de atendimento ou a criação de unidades móveis, tal como a sua optimização (localizá-las nos BS ou perto de escolas). Estas estratégias permitiriam aumentar a adesão da população por minimizarem as dificuldades relacionadas com a deslocação aos CS.

Nas estratégias de âmbito escolar, salientou-se a sensibilização dos jovens para o PF através da Saúde Escolar (por meio de mais sessões de educação para a saúde) e a melhor ligação entre estes serviços. Foi ainda referido que a existência de um enfermeiro em atendimento permanente na escola seria benéfica: permitiria conhecer melhor a população e necessidades, esclarecer dúvidas atempadamente, realizar encaminhamento para o CS e ter maior disponibilidade para realizar as referidas sessões – “*A Enfermeira estar mais nas escolas (...) estar mais lá nas escolas, mais com elas, para ter outras actividades a nível escolar (...) a Enfermeira estava no meio das jovens, na escola, isso cria (...) um elo de ligação.*” [Enf.4].

Nas estratégias de formação de grupos de jovens foi enaltecida a necessidade de início mais precoce da educação sexual, atendendo à diminuição da idade média de início da actividade sexual e ao abandono escolar precoce, verificado na população de BS – “(...) *Temos de começar a falar de sexualidade, sem tabus, aos meninos do primeiro ciclo (...) Para além do que eles, nessa idade, como não se sentem ‘comprometidos com’, eles estão muito mais despertos, muito mais se- quiosos e aceitam toda esta conversa sobre sexualidade muitíssimo bem. Portanto, (...) temos que falar com eles cedo, quando estão todos no parque escolar, que geralmente nessa idade ainda lá estão todos (...). Temos de começar mais cedo, porque eles iniciam a sua vida [actividade] sexual muito cedo.*” [Enf. 2]. Ferreira (2008) e Gerardo (2004) corroboram que a população carenciada cumpre trajectórias escolares mais curtas.

Por último, foi considerada uma estratégia institucional de aumento dos recursos humanos, pela dificuldade relacionada com a sua escassez: tal condiciona a adesão devido à fraca disponibilidade de profissionais de saúde.

## CONCLUSÃO

Parece consensual, também nos diversos estudos consultados, que a população de BS carece de investimento na SSR. Estas características são particularmente sentidas na relação dos jovens com o PF, área que compreende o enfermeiro como um actor essencial. Embora Vilar & Neves (2005) se refiram a todos os profissionais de saúde, onde necessariamente se incluem os enfermeiros, não se identificaram (através das pesquisas realizadas) estudos que expressassem clara e/ou exclusivamente a opinião dos enfermeiros. Posto isto, considerou-se importante conhecê-la e ainda pesquisar quais são as estratégias que estes profissionais idealizam com vista à melhoria dos cuidados.

Concluiu-se que a amostra considera que a adesão dos jovens às consultas de PF permanece insatisfatória (especialmente da população de BS) e que estes iniciam a actividade sexual mais precocemente, sem valorizar a prevenção. Compreendeu-se, contudo, que o encaminhamento do jovem para o PF é facilitado quando existe previamente uma boa relação de ajuda com o enfermeiro.

A insensibilidade do enfermeiro face às necessidades específicas do jovem e o fraco investimento das instituições no trabalho na comunidade foram enaltecidos enquanto factores dificultadores da adesão. Do mesmo modo foram assinalados: a informação deficiente ou a formação diminuta para a aplicação de conhecimentos e os mitos ligados ao PF e aos contraceptivos, como factores inerentes ao jovem e ambiente sociocultural.

A premência de investir no trabalho na comunidade e a necessidade de uma sensibilização mais precoce dos jovens para a SSR são as estratégias mais idealizadas pela amostra para melhorar a adesão.

Entende-se que os resultados obtidos não são generalizáveis, por consequência da amostra considerada (conjunto homogéneo e restrito) e porque se pretendeu identificar opiniões. No entanto, julga-se que este estudo se reveste de importância, pelo facto de os enfermeiros actuarem segundo os mesmos deveres profissionais e os mesmos objectivos na área da SSR; acresce ainda que as populações de BS apresentam características e problemas de saúde idênticos (Helman, 1994; Marques, 2001).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação para o Planeamento da Família [APF] (2001). IORU–Lisboa/Porto: Experiências/Comentários. Trabalho no terreno. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 29/30, 17-24
- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito*. Coimbra: Edições Quarteto Editora.
- Costa, E. & Leal, I. P. (2005). Dimensões socio-cognitivas na adesão das mulheres à contraceção. *Análise Psicológica*, 23 (3), 247-260.
- Deconchy, J. (s.d.). *O desenvolvimento psicológico da criança e do adolescente*. Lisboa: Editorial Pórtico.
- Ferreira, P. M. (2008). A maternidade precoce: tendência e perfis. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26 (4), 63-75.
- Fontanella, et al. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (1), 17-27.
- Gaspar, T. et al. (2006). Desvantagem sócio-económica, etnicidade e consumo de álcool na adolescência. *Revista Análise Psicológica*, 24 (4), 495-508.
- Gerardo, F. (2004). Maternidade na adolescência: uma forma de integração social e/ou exclusão social. *VIII Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais*.
- Governo da República Portuguesa (s.d.). *Portal do Governo: Constituição da República Portuguesa*.
- Helman, C. G. (1994). *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kvale, S. (1996). *An introduction to qualitative research interviewing*. London: Sage Publications.
- Lemos, M. E. (2002). O papel dos conhecimentos e atitudes sobre sexualidade como pré-requisito para comportamentos saudáveis. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 33, 43-50.
- Malta, I. E. et al. (2007). Gravidez e Maternidade Precoces. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 44/45, 8 - 18
- Marques, A. M. (2001). Problemas e necessidades: saúde sexual e reprodutiva em bairros de arrendamento público. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 29/30, 7-16.
- Marques, A. M. (2007). *Gravidez na adolescência: a perspectiva da paternidade*. Lisboa: APF.
- Ordem dos Enfermeiros – *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros: Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril*.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Serrão, C. & Duarte, S. (2001). Planeamento Familiar em Bairros de Arrendamento Público. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 29/30, 25 - 28
- Vilar, D. & Neves, D. (2005). Estudo Diagnóstico sobre Acesso, Qualidade e Necessidade e Informação em Saúde Sexual e Reprodutiva: Um Estudo Qualitativo. *Sexualidade & Planeamento Familiar*, 40/41, 46-56

# Adolescentes Portugueses da Região do Norte: Sexualmente (Des)Protegidos

**Marta Morais Barbedo** [Mestre em Psicologia, Investigadora da Equipa Aventura Social/FMH, Psicóloga na Direcção-Geral dos Serviços Prisionais]

**Margarida Gaspar de Matos** [Professora Associada com Agregação na Faculdade de Motricidade Humana, Investigadora do CMDT]

**Joaquim Luís Coimbra** [Professor Associado da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Investigador do Instituto de Consulta Psicológica, Formação e Desenvolvimento]

## RESUMO

Este artigo apresenta uma comparação entre os adolescentes do 10º ano (estudo HBSC da OMS) da Região do Norte e do resto do país e entre os que já tiveram relações sexuais e os que ainda não tiveram, no âmbito de alguns comportamentos de risco. Compara, também, conhecimentos e atitudes em relação a pessoas infectadas pelo VIH. O contexto cultural desempenha um papel de relevo no domínio do risco.

**Palavras-Chave:** *Comportamentos de risco; adolescência; região; iniciação sexual; religião.*

## ABSTRACT

This article presents an overview about differences between 10 th grade students (HBSC study/OMS) from North Region and from remaining country regions and between those who had sexual intercourse and hadn't, in some risk behaviors domain. It compares, also, knowledge's and attitudes regarding HIV positive people. Cultural context have a key role in risk field.

**Keywords:** *Risk behaviors; adolescence; region; sexual initiation; religion.*

## SEXUALIDADE E SIDA

A sexualidade é um dos vários modos históricos pelos quais fazemos a experiência de nos constituirmos enquanto sujeitos (Foucault, 1994). Permanentemente condicionado e impulsionado pela evolução da socie-

dade, o conceito de sexualidade tem sofrido várias mutações ao longo do tempo, patentes nas definições da OMS (2000; 2002). Mais recentemente, no relatório de progresso do Grupo de Trabalho de Educação Sexual (GTES, 2007) salienta-se a importância de adoptar uma perspectiva ampla (não sanitária) do ponto de vista de Educação para a Saúde que contemple não só a atenuação dos comportamentos de risco como também a promoção da qualidade das relações interpessoais, a qualidade da intimidade e a contextualização destas na sua raiz cultural e socio-histórica. Indubitavelmente, a sexualidade é uma dimensão fulcral e transversal a toda a humanidade sendo, porém, constringida e influenciada por contextos culturais específicos. A par da componente biológica emerge o contexto social e a influência das mudanças históricas, demográficas, culturais e económicas (Costa & Leal, 2005).

Ao universo da sexualidade acopla-se a prevalência de VIH/SIDA, sendo que a fase de maior probabilidade de transmissão do vírus se especula ser a adolescência. Em todo o mundo, são mais de 6.000 jovens entre os 15 e os 24 anos que se infectam ou são infectados diariamente, representando metade das novas infecções pelo VIH (Marques, Martingo & Marques, 2007). Não obstante a gravidade dos números é indiscutível que a informação não é suficiente para ocorrer mudança de comportamento. Factores económicos, características da comunidade, estrutura familiar, crenças e atitudes sobre sexualidade, influência dos pares, características biológicas e relação com a escola constituem uma ínfima parcela de cem prováveis fundamentos na base da adopção de comportamentos de risco face à sexualidade por parte dos adolescentes (Kirby, 2001). O VIH/SIDA apresenta a peculiaridade de ser um vírus

relativamente recente com um percurso evolutivo ve-  
loz, sendo que deixámos de lidar com uma doença  
mortal para nos depararmos com uma doença crónica.  
Constata-se que a ciência ainda não encontrou uma  
cura para a doença mas tem desenvolvido tratamentos  
cada vez mais eficazes que permitem aferir uma dimi-  
nuição da mortalidade e um aumento da esperança  
média de vida (Campos, 2006).

### COMPORTAMENTOS DE RISCO, FACTORES DE RISCO E FACTORES DE PROTECÇÃO

Comportamentos de risco correspondem a determina-  
das acções que aumentam a vulnerabilidade dos indi-  
víduos em relação a uma doença em particular ou à  
“doença saúde” (OMS, 1986). Factores de risco podem  
ser entendidos como elementos preditores de conse-  
quências desfavoráveis ou como manifestações pré-  
vias de futuros comportamentos (Kaplan, 1999 cit. in  
Simões, 2007). Factores de protecção consistem em  
variáveis que produzem o efeito da diminuição ou ces-  
sação das influências negativas subjacentes à exposi-  
ção ao risco (Simões, 2007). Langille e Curtis (2002)  
encontraram uma associação entre relações sexuais  
antes dos 15 anos, maiores comportamentos de risco  
(como um menor uso de métodos contraceptivos) e  
uma maior probabilidade de ter mais parceiros se-  
xuais. Encontraram também evidências de que a pre-  
sença de relações sexuais precoces se relacionava com  
factores familiares, económicos e religiosos. No caso  
das raparigas, frequentar mensalmente a igreja estava  
negativamente associado a relações sexuais precoces.  
A frequência da igreja é também associada a padrões  
de comportamento e atitudes sexuais mais conserva-  
dores. No entanto, indivíduos religiosos que frequen-  
tem com pouca assiduidade a igreja parecem assem-  
elhar-se mais aos pares não religiosos (Visser & Smith,  
2007). Podemos equacionar a possibilidade de existir  
uma forte relação entre atitudes e comportamentos  
sexuais e religião não descurando que a mesma de-  
pende do tipo de religião, do grau de envolvimento e  
do comportamento ou atitude em questão. O controlo  
social pela via da instrução de padrões ideais parece

ser um elemento-chave para a compreensão da rela-  
ção que se esboça (Hardy & Raffaelli, 2003; Meier,  
2003; Rostsoky, Regnerus & Wright, 2003; Visser *et al.*,  
2007). O discurso religioso assente na dicotomia pe-  
cado/reprodução proclama um código sexual baseado  
no medo do corpo, dando origem a um sentimento in-  
dividual que deve ser normatizado na inter-relação so-  
cial (Reis & Vilar, 2004). Neste estudo foi encontrada  
uma associação negativa significativa entre o grau de  
religiosidade (de professores portugueses) e o senti-  
mento de conforto para abordar temas de sexualidade.  
O receio do incentivo de determinados comportamen-  
tos de risco através da Educação Sexual determina a  
posição negativa da igreja no que respeita à prevenção  
do VIH (Ganczak *et al.*, 2007).

No que concerne a associação entre comportamentos  
de risco, a co-ocorrência dos mesmos na adolescência  
parece ter características particulares que revelam al-  
guma determinação cultural (Viner *et al.*, 2006). A re-  
gião do país (macrossistema, Brofenbrenner, 1979;  
2001) poderá exercer uma influência directa ou indi-  
recta, através dos microssistemas (pares, família). Al-  
guns dados socio-económicos podem ser pertinentes  
para a construção de um esboço da realidade que ca-  
racteriza a Região do Norte e que legitimam a escolha  
desta região para ser comparada com o resto do país.  
O relatório de 2008 do Ministério da Administração In-  
terna no âmbito da Violência Doméstica salienta que  
as comarcas de Sintra, Porto e São João da Madeira  
são as que apresentam as taxas mais elevadas do país.  
Numa perspectiva económica mas com amplas reper-  
cussões psicossociais, as taxas de desemprego por re-  
gião (INE, 2008) revelam que pelo menos desde o úl-  
timo trimestre de 2007, a Região do Norte a par da  
região de Lisboa lidera os índices de desemprego. Es-  
tatísticas recentes (Marktest, 2005) indicam que 5 mi-  
lhões de portugueses são religiosos (praticantes) sa-  
lientando-se que, destes, 59.6% são mulheres, 55.7%  
têm mais de 44 anos, 64.5% pertencem às classes so-  
ciais média baixa ou baixa, 50.8% são reformados, do-  
mésticas ou trabalhadores não qualificados e que 55%  
residem nas regiões do litoral norte ou interior norte. A  
Região do Norte é a mais populosa do país e a que con-

centra, tradicionalmente, a indústria recorrendo a mão-de-obra pouco especializada. Na actualidade, tem-se vindo a assistir à deslocalização das empresas o que contribui, em larga escala, para elevar os índices de desemprego. O PIB *per capita* (Produto Interno Bruto) da Região do Norte é um dos mais baixos do país, sendo essa Região “penalizada pelo Efeito Estrutura Sectorial e reflectindo o elevado peso da agricultura e de alguns sectores industriais tradicionais no emprego desta região” (Ramos & Rodrigues, 2001, p. 11). O abandono precoce da escola também é superior nesta Região (Caetano, 2005).

## METODOLOGIA

O presente estudo utilizou, como instrumento, um questionário retirado do Estudo *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC)/OMS, que tem como objectivo perceber os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários âmbitos das suas vidas. O questionário é de auto-preenchimento e intitula-se “Comportamento e Saúde em Adolescentes em Idade Escolar” englobando variáveis macrossociais de controle (idade, etc...), questões relativas aos consumos, actividade física, violência, família, pares, etc. (Matos *et al.*, 2003; 2006). De seguida apresentamos os dados referentes à área da sexualidade. A recolha de dados foi realizada em 2002. A amostra foi constituída por 1581 alunos com uma média de idades de 16.25 ( $dp=0.91$ ), sendo que 47.9% pertencem ao sexo masculino e 52.1% ao feminino. A variável Região foi recodificada de forma a comparar os alunos da Região do Norte com os alunos das outras regiões do país (Lisboa, Centro, Alentejo e Algarve) que correspondem respectivamente a 41.1% e 58.9% dos alunos.

## RESULTADOS

A análise estatística foi elaborada através do programa *Statistical Package for Social Sciences – SPSS* (versão 17.0, Windows).

Os jovens que não são provenientes da Região do Norte aparentam uma maior convicção e solidez nos conhecimentos sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA em relação aos que provêm (cf. Quadro 1). Estas diferenças são estatisticamente significativas em relação à possibilidade de transmissão entre dois homens que tenham uma relação sexual sem preservativo, em que os jovens do Norte afirmam mais frequentemente não estarem certos da resposta, enquanto os do resto do país se sentem mais seguros na identificação de um veículo de infecção. Quando se avalia a existência da probabilidade de contágio do VIH/SIDA pela via da tosse/espirro, os inquiridos da Região do Norte consideram mais vezes tratar-se de um meio de propagação do que os do resto do país, que avaliam com maior regularidade como via inócua em relação à transmissão do vírus. Um resultado similar encontra-se na avaliação da possibilidade de transmissão do VIH/SIDA através da utilização de utensílios para comer e beber já usados por outros, afirmação com a qual os alunos do Norte parecem concordar e os do resto do país discordar mais frequentemente (cf. Quadro 1). Não foram encontradas diferenças entre o Norte e as restantes regiões de Portugal quanto ao uso de preservativo e às atitudes em relação aos indivíduos infectados pelo VIH.

Quando se procedeu à comparação das regiões em função das fontes de informação sobre VIH/SIDA, apenas uma apresentou diferenças estatisticamente significativas: os adolescentes do Norte parecem dirigir-se mais frequentemente a um padre ou a um grupo religioso no sentido de debater as questões do VIH/SIDA que os alunos do resto do país. Os jovens do resto do país aparentemente manifestarem mais vezes já ter tido relações sexuais em comparação com os jovens do Norte do país.

Quadro 1 - Síntese das principais diferenças significativas na comparação entre a Região do Norte e o resto do país

|   | Região do Norte (N= 650, 41.1%) |             | Resto do país (N= 931, 58.9%) |             | χ <sup>2</sup> |
|---|---------------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|----------------|
|   | N                               | %           | N                             | %           |                |
| <b>Transmissão do VIH através da tosse/espirro:</b>                   |                                 |             |                               |             |                |
| Sim   | 61                              | <b>9.5</b>  | 54                            | 5.9         | 11.020**       |
| Não   | 467                             | 72.4        | 728                           | <b>79.0</b> |                |
| Não sei   | 117                             | 18.1        | 139                           | 15.1        |                |
| <b>Transmissão do VIH nas relações sexuais homem com homem:</b>       |                                 |             |                               |             |                |
| Sim   | 464                             | 72.5        | 709                           | 77.3        | 8.937*         |
| Não   | 32                              | 5.0         | 56                            | 6.1         |                |
| Não sei   | 144                             | <b>22.5</b> | 152                           | 16.6        |                |
| <b>Transmissão do VIH pela partilha de utensílios de comer/beber:</b> |                                 |             |                               |             |                |
| Sim   | 135                             | <b>21.0</b> | 142                           | 15.5        | 7.949*         |
| Não   | 376                             | 58.4        | 581                           | 63.4        |                |
| Não Sei   | 133                             | 20.7        | 193                           | 21.1        |                |
| <b>Aprender sobre SIDA com padre/grupo religioso:</b>                 |                                 |             |                               |             |                |
| Sim   | 70                              | <b>11.0</b> | 68                            | 7.4         | 6.939*         |
| Não   | 403                             | 63.1        | 623                           | <b>67.9</b> |                |
| Talvez  | 166                             | 26.0        | 226                           | 24.6        |                |
| <b>Ter tido relações sexuais:</b>                                     |                                 |             |                               |             |                |
| Sim   | 143                             | 22.4        | 297                           | <b>32.3</b> | 18.106***      |
| Não   | 495                             | <b>77.6</b> | 623                           | 67.7        |                |

\* p<.05; \*\*p<.01; \*\*\*p<.001

A negrito: valores a que corresponde um residual ajustado ≥ 1.9

A segunda variável independente do estudo é ter tido ou não relações sexuais, tendo-se verificado uma associação entre já ter tido relações sexuais e uma maior frequência de comportamentos de risco (embriaguez, envolvimento em lutas) e vice-versa (cf. Quadro 2). No plano das atitudes, os alunos que tiveram relações sexuais patenteiam mais preconceitos em relação aos indivíduos infectados com VIH, discordando mais vezes parcial e totalmente da hipótese de visitarem um amigo infectado com VIH/SIDA. Ter tido relações sexuais parece potenciar, também, o grau de vontade para falar com os pares sobre SIDA. (cf. Quadro 2). Quem teve relações sexuais parece estar mais predisposto a socorrer-se de fontes presenciais como o cen-

tro de saúde. Por outro lado, os adolescentes que ainda não tiveram relações sexuais mantêm a incerteza em relação à possibilidade de ouvir um programa de rádio sobre VIH/SIDA para aprenderem mais ou para se tranquilizarem em relação a alguma preocupação. A Internet é mais vezes referida como potencial fonte de conhecimento e esclarecimento sobre VIH/SIDA pelos jovens que ainda não tiveram relações sexuais ao passo que os que já tiveram voltam a recusar essa possibilidade. Comparando a variável ter tido relações sexuais com a variável região foram encontradas diferenças bastante significativas sendo que no Norte do país há mais jovens do 10º ano que ainda não iniciaram a sua vida sexual.



Quadro 2 - Síntese das principais diferenças significativas na comparação entre os alunos que já tiveram e ainda não tiveram relações sexuais

| Relações Sexuais  | Iniciou (N= 440, 28.2%) |             | Não iniciou (N= 1118, 71,8%) |             | χ <sup>2</sup> |
|---|-------------------------|-------------|------------------------------|-------------|----------------|
|   | N                       | %           | N                            | %           |                |
| <b>Freq. de embriaguez:</b>                               |                         |             |                              |             |                |
| Nunca   | 149                     | 34.3        | 767                          | <b>69.2</b> | 216.500***     |
| Uma vez   | 88                      | 20.2        | 169                          | 15.2        |                |
| 2-3 vezes   | 86                      | <b>19.8</b> | 118                          | 10.6        |                |
| 4-10 vezes  | 60                      | <b>13.8</b> | 37                           | 3.3         |                |
| Mais de 10  | 52                      | 12.0        | 18                           | 1.6         |                |
| <b>Freq. de envolvimento em lutas (últimos 12 meses):</b> |                         |             |                              |             |                |
| Nunca   | 300                     | 69.0        | 942                          | <b>84.9</b> | 64.559***      |
| 1 vez   | 65                      | <b>14.9</b> | 104                          | 9.4         |                |
| 2 vezes   | 27                      | <b>6.2</b>  | 38                           | 3.4         |                |
| 3 vezes   | 14                      | <b>3.2</b>  | 10                           | .9          |                |
| 4 vezes ou mais   | 29                      | <b>6.7</b>  | 16                           | 1.4         |                |
| <b>Transmissão do VIH pela tosse/espirro:</b>             |                         |             |                              |             |                |
| Sim   | 37                      | 8.5         | 76                           | 6.9         | 8.623**        |
| Não   | 311                     | 71.2        | 866                          | <b>78.2</b> |                |
| Não sei   | 89                      | <b>20.4</b> | 166                          | 15.0        |                |
| <b>Visitar amigo infectado c/ VIH:</b>                    |                         |             |                              |             |                |
| Concordo totalmente                                       | 276                     | 63.4        | 706                          | 63.8        | 13.961**       |
| Concordo  | 111                     | 25.5        | 304                          | 27.5        |                |
| Não tenho a certeza                                       | 31                      | 7.1         | 79                           | 7.1         |                |
| Discordo  | 6                       | <b>1.4</b>  | 1                            | .1          |                |
| Discordo totalmente                                       | 11                      | <b>2.5</b>  | 16                           | 1.4         |                |
| <b>Conversar c/ pares sobre SIDA:</b>                     |                         |             |                              |             |                |
| Muito à vontade   | 293                     | <b>67.2</b> | 599                          | 54.         | 24.253***      |
| À vontade   | 130                     | 29.8        | 437                          | <b>39.6</b> |                |
| Pouco à vontade   | 6                       | 1.4         | 44                           | <b>4.0</b>  |                |
| Nada à vontade  | 3                       | 7           | 9                            | .8          |                |
| Não falo c/ eles sobre isso                               | 4                       | .9          | 15                           | 1.4         |                |
| <b>Aprender sobre SIDA consulta centro de saúde:</b>      |                         |             |                              |             |                |
| Sim   | 177                     | <b>40.7</b> | 374                          | 33.6        | 6.959**        |
| Não   | 96                      | 22.1        | 281                          | 25.2        |                |
| Talvez  | 162                     | 37.2        | 459                          | 41.2        |                |
| <b>Aprender sobre SIDA c/ programa de rádio:</b>          |                         |             |                              |             |                |
| Sim   | 189                     | 43.3        | 500                          | 44.9        | 7.156**        |
| Não   | 121                     | <b>27.8</b> | 241                          | 21.7        |                |
| Talvez  | 126                     | 28.9        | 372                          | 33.4        |                |
| <b>Aprender sobre SIDA c/ Internet:</b>                   |                         |             |                              |             |                |
| Sim   | 225                     | 51.5        | 627                          | 56.4        | 8.534**        |
| Não   | 101                     | <b>23.1</b> | 186                          | 16.7        |                |
| Talvez  | 111                     | 25.4        | 299                          | 26.9        |                |

\* p<.05; \*\*p<.01; \*\*\*p<.001

A negrito: valores a que corresponde um residual ajustado ≥ 1.9

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E CONCLUSÃO

Os alunos do Norte parecem iniciar a sua vida sexual mais tarde e apresentar menos comportamentos de risco. Também se verificou que recorrem mais frequentemente à religião para se informar sobre sexualidade e SIDA e que denotam conhecimentos menos sólidos sobre VIH/SIDA. À semelhança dos resultados de outros estudos, uma percentagem mais reduzida de comportamentos de risco pode ter na sua raiz fortes convicções religiosas manifestas num grande auto-controlo (Archibald, 2007) ou quiçá, hetero-controlo. Também se confirmou que os alunos que ainda não tiveram relações sexuais parecem apresentar menos comportamentos de risco. Os jovens que já iniciaram a sua vida sexual parecem ter mais conhecimentos sobre VIH/SIDA mas (ao contrário do esperado) mais preconceitos. Do universo possível de fontes de informação/atenuação de preocupações salientam-se as fontes indirectas (como a Internet) para os adolescentes que ainda não tiveram relações sexuais. Este resultado reforça o impacto que as novas tecnologias podem ter nos jovens em geral e, em particular, nos que ainda não tiveram relações sexuais, sendo importante a disponibilidade e veracidade da informação a que recorrem.

De acordo com o que esperávamos, parece ser no Norte que a religião tem um impacto mais preponderante, o que é visível no facto de os adolescentes desta região recorrerem mais frequentemente a um padre para esclarecer dúvidas sobre VIH. Deve, assim, ser tido em atenção que o factor da religiosidade origina valores morais que podem regular os comportamentos sexuais (Reis & Vilar, 2004). No entanto, também é na Região do Norte que os jovens parecem ter menos conhecimentos sobre a matéria (formas de transmissão), resultado inesperado e que poderá indicar que existirão outras fontes mais fidedignas. No nosso ponto de vista e com base na revisão da literatura, as várias religiões têm em comum o facto de serem socializadoras. A religião apresenta uma forte componente moral (incutida nos escuteiros, na catequese, na missa) mas também proporciona, a par dessa regulação social/comportamental, um projecto de vida. Ora, o adolescente não pode ir contra o projecto com o qual está comprometido ou, pelo menos, não o tentará fazer.

No entanto, convém sublinhar que não é desejável nem ético “rotular” linearmente os jovens que já iniciaram a sua vida sexual como potenciais envolvidos em vários comportamentos de risco. Desta forma, uma iniciação sexual mais tardia pode ser mais protectora, sem que isto implique que todos os jovens que iniciam a actividade sexual mais precocemente estejam necessariamente em risco. O que podemos aludir é que para grandes grupos, a probabilidade de risco é maior para os adolescentes que iniciam a vida sexual mais precocemente. Para além disso, a sexualidade não pode ser considerada como variável preditora sem levarmos em conta o papel de eventuais variáveis mediadoras socio-culturais por identificar (factores de protecção e de risco). O efeito cumulativo de factores de risco (onde se inclui a iniciação sexual precoce), num contexto desprotegido, pode potenciar o risco de forma exponencial, dado origem à desviância e à exclusão. Ainda, o que se entende por precoce? Inferior à média é uma possibilidade mas o conceito é discutível.

Os resultados apresentados e a nossa experiência profissional suportam a plausibilidade de que programas de prevenção de comportamentos sexuais de risco devam ter início o mais cedo possível no sentido de facilitar o desenvolvimento de atitudes e auto-estima positivas por parte dos jovens (DiClemente, Durbin, Siegel, Krasnovsky, Lazarus & Comacho, 1992). Para além disso, a perspectiva defendida vai ao encontro de que a educação sexual não antecipa o início das relações sexuais podendo ser um factor de algum adiamento. Tem ainda a vantagem de tornar a sexualidade mais gratificante e aumentar a probabilidade dos jovens ingressarem em mais comportamentos protectores (Vilar & Ferreira, 2008). Sobretudo na Região do Norte é necessário um maior investimento educativo para colmatar o défice de conhecimentos destes jovens que ainda vacilam quando questionados sobre as formas de transmissão do VIH. No entanto, a esse investimento irá corresponder uma maior probabilidade de correr riscos. Pode parecer contraproducente, contudo correr riscos é ter oportunidades de exploração, não correr pode ser sinónimo de passividade e conformismo. Nesta lógica, pode aludir-se que os jovens da Região do Norte têm menos comportamentos de risco mas estão em maior risco pelo facto de não terem consciência do que constitui um risco e por não terem desenvolvido defesas e capacidades para enfrentar eventuais riscos. O equilíbrio é desejável, torna-se imperativo arriscar na educação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Archibald, C. (2007). Knowledge and attitudes toward HIV/AIDS and risky sexual behaviors among Caribbean African American female adolescents. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18 (4), 64 – 72.
- Brofenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Brofenbrenner, U. (2001). The biological theory of human development. *International encyclopedia of the social and behavioral sciences*, 10, 6963 - 6970. New York.
- Caetano, L. (2005). Abandono escolar: repercursões socio-económicas na região centro, algumas reflexões. *Finisterra*, 79, 163 – 176.
- Campos, M. (2006). A mortalidade por VIH/SIDA em Portugal: alterações da estrutura etária. *Revista de Estudos Demográficos*, 38, 67 – 75.
- Costa, E. & Leal, I. (2005). Dimensões socio-cognitivas na adesão das mulheres à contraceção. *Análise Psicológica*, 3 (XXIII), 247 – 260.
- DiClemente, R., Durbin, M., Siegel, D., Krasnovsky, Lazarus, N. & Comacho, T. (1992). Determinants of Condom Use among Junior High School Students in a Minority, Inner-City School District. *Pediatrics*, 89, (2), 197 - 201.
- DGAI (2008). Violência Doméstica: Análise das ocorrências participadas às Forças de Segurança em 2008. Acedido em 20 de Abril de 2009 <http://www.dgai.mai.gov.pt/cms/files/conteudos/Analise%20VD%202008.pdf>
- Foucault, M. (1994). *História da Sexualidade. Volume II – O uso dos prazeres*. Relógio d'Água.
- Ganczak, M., Barss, P., Alfaresi, F., Almazrouei, S., Muraddad, A. & Al-Maskari, F. (2007). Break the Silence: HIV/AIDS knowledge, attitudes, and educational needs among Arab university students in United Arab Emirates. *Journal of Adolescent Health* 40, 572.e1 - 572.e8.
- GTES (2007). *Educação para a saúde - relatório de progresso*. Acedido em 26 de Outubro de 2008 em [http://sitio.dgdc.min-du.pt/saude/documents/relatorio\\_progressogtes.pdf](http://sitio.dgdc.min-du.pt/saude/documents/relatorio_progressogtes.pdf)
- Hardy, A. & Raffaelli, M. (2003). Adolescent religiosity and sexuality: An investigation of reciprocal influences. *Journal of Adolescent Health*, 26, 731 – 739.
- Kirby, D. (2001). Emerging answers: research findings on programs to reduce teen pregnancy. Washington, D.C.: National Campaign to Prevent Teen Pregnancy (Summary).
- Langille, D. & Curtis, L. (2002). Factors associated with sexual intercourse before age15 among female adolescents in Nova Scotia. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 11 (2), 91 – 99.
- Matos M.G. & Equipa do Projecto Aventura Social. (2000). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses*. Lisboa: FMH/PEPT-Saúde.
- Matos, M. G. & Equipa do Projecto Aventura Social & Saúde (2003). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses (4 anos depois)*. Lisboa: FMH.
- Matos, M.G. & Equipa do projecto Aventura Social (2006). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses em 2006*. Lisboa: CDI/ FMH/UTL.
- Marques, R., Martingo, C. & Frade, A. (2007). *Saúde Sexual e Reprodutiva e VIH/SIDA: Uma questão de compromisso e de desenvolvimento*. Lisboa: APF
- Meier, A. (2003). Adolescents transition to first intercourse, religiosity and attitudes about sex. *Social Forces*, 81, 1031 – 1052.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (1986). Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde. Versão Portuguesa *Uma conferência internacional para a promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde pública*. Ottawa, Canadá, Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- OMS (2000). *Sexualidade, Planeamento familiar e Reprodução*. Colecção Informar as mulheres CIDM, 14.
- OMS (2002). (Definição de sexualidade) acedido em 15 de Março de 2009 em <http://www.who.int/reproductivehealth/gender/sexualhealth.html>
- Ramos, P. & Rodrigues, A. (2001). Porque é diferente o PIB *per capita* das regiões portuguesas? *Actas do VIII Encontro Nacional da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Regional*, 13, 5 - 14.
- Reis, M. H. & Vilar, D. (2004). A implementação da educação sexual na escola: atitudes dos professores. *Análise Psicológica*, 4 (XXII), 737 – 745.
- Rostokoy, S., Regnerus, M. & Wright, M. (2003). Coital debut: The role of religiosity and sex attitudes in the Add Health Survey. *Journal of Sex Research*, 40, 358 – 367.
- Simões, C. (2007). *Comportamentos de risco na adolescência*. Textos Universitários de Ciências Sociais e Humanas: Fundação Calouste Gulbenkian, Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Vilar, D. & Ferreira, P. (in press). A educação sexual dos jovens portugueses: conhecimentos e fontes. Instituto Superior de Ciências Sociais e Associação para o Planeamento da Família.
- Viner, R., Haines, M., Head, J., Bhui, K., Taylor, S., Stansfeld, S., Hillier, S. & Boy, R. (2006). Variations in associations of health risk behaviors among ethnic minority early adolescents. *Journal of Adolescent and Health*, 38, 55 e 15 – 55 e 23.
- Visser, R. & Smith, A. (2004). Which intention? Whose intention? Condom use and theories of individual decision making. *Psychology, Health & Medicine*, 9 (2), 193 – 204.

# Os feminismos e debate sobre a interrupção voluntária da gravidez: o lugar da redefinição do humano

**João Manuel de Oliveira** (*Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Birkbeck Institute for Social Research, da Universidade de Londres*)

## RESUMO

Este texto retoma um trabalho anterior (Oliveira, 2009) que teve como objecto teórico uma abordagem feminista ao debate sobre a interrupção voluntária da gravidez e visa mapear alguns dos argumentos usados nesse contexto para defender uma abordagem feminista ao estudo deste fenómeno.

Num primeiro momento será evidenciado o modo como a intervenção feminista viabilizou e concretizou uma luta de mais de 30 anos, que foi a luta pela interrupção voluntária da gravidez.

Por fim será mostrado como a questão da despenalização da interrupção voluntária da gravidez faz parte de um projecto cultural que visa romper determinadas fronteiras, nomeadamente aquelas que derivam de uma imposição de uma norma do feminino que não é consentânea com uma definição mais ampla do referente “humano”.

**Palavras-Chave:** *feminismo; género; interrupção voluntária da gravidez; Portugal*

## ABSTRACT

This text revisits a previous work (Oliveira, 2009), whose theoretical object of study was a feminist approach to the study of the voluntary interruption of pregnancy debate. This text aims at to lay out some of the arguments used in that context to sustain such an approach.

It will be shown, in a first moment, the way how feminist intervention has rendered visible a struggle for the

voluntary interruption of pregnancy for more than 30 years.

It will also be demonstrated how this issue of the decriminalization of the voluntary interruption of pregnancy is part of a larger cultural project aimed to destroy some frontiers, namely those that derive from the imposition of a feminine norm which is not consentaneous with a more wider definition of the referent “human”.

**Keywords:** *feminism; gender; voluntary interruption of pregnancy; Portugal*

## FEMINISMOS E A LONGA LUTA PELA INTERRUPTÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ EM PORTUGAL

Em Portugal, e em contra-ciclo com países como os Estados Unidos, o Reino Unido, a França, a Alemanha, entre outros, a reflexão feminista tem tido uma ausência sentida nas ciências sociais e noutras áreas do saber. Essa ausência começou a ser colmatada, mas ainda de uma forma insuficiente, se fizermos uma comparação internacional. Esta preocupação tem estado bem presente no desenvolvimento dos estudos feministas em Portugal, com a preocupação de tornar visíveis os saberes produzidos e da vontade de implementar um amplo debate público sobre a relação entre o género e a cidadania em Portugal. Optar pelas perspectivas feministas significa inscrevê-las numa esfera pública, marcada pela não-inscrição (Gil, 2004), abri-las ao debate e evidenciar o modo como podem servir objectivos científicos e simultaneamente políticos (condição essencial para

o recurso a perspectivas feministas). É de destacar que a história do feminismo em Portugal evidencia o empenhamento das feministas nas causas que mudaram a face deste país. A participação na causa republicana, na luta contra a ditadura, no apoio à democracia e na tentativa de levar a democratização para o seio das relações íntimas são alguns exemplos de causas que o feminismo abraçou, mas cujo pressuposto da não inscrição impossibilitou a visibilidade dessa participação. Trata-se de um caso da mais elementar justiça alertar para a presença do feminismo nestas situações.

Uma das principais lutas do feminismo português e de outros sectores da sociedade portuguesa marcados pela necessidade de democratizar o país foi o debate da interrupção voluntária da gravidez (IVG). Trata-se de um debate que começou por ser anunciado logo com a conquista da Democracia e que ao longo deste tempo, encontrou múltiplas formas e configurações.

Uma das primeiras reivindicações pelo fim da penalização do aborto emerge com as Novas Cartas Portuguesas (Barreno, Horta & Costa, 1972, p. 261): *“E visto também que em Portugal o aborto é ilegal (não lutando contra isso a mulher, aqui sempre passiva) e o conhecimento do aborto escamoteado da informação das pessoas que fingem entretanto ignorar o que ignorar já não se pode (...) Visto, pois, que tudo se passa deste modo ‘inofensivo’ e benfazejo a contento de todos, que nos resta senão entrar em luta?”*

Para Maria José Magalhães (1998), uma das evidências da existência de um movimento social feminista de 2ª vaga em Portugal, é precisamente a longa campanha pelos direitos reprodutivos. Esta longa campanha inicia-se imediatamente depois da absolvição das “3 Marias”, as autoras da obra *Novas Cartas Portuguesas*, em Maio de 1974. A fundação do Movimento de Libertação da Mulher (MLM) surge também da discordância em relação ao Movimento Democrático das Mulheres (MDM) por este não ter considerado a reivindicação do aborto como fundamental (Pena, 2008). Assim, a fundação do movimento é logo marcada por esta reivindicação: *“direito à contraceção e aborto livre e gratuito, acompanhado de uma campanha de esclarecimento e educação sexual”* (Manifesto MLM, 1975, citado por Tavares, 2000, p. 45-46). Na sequência da revolução, os movimentos

feministas assumem estas lutas e no ano seguinte, é fundado o Movimento para a Contraceção e Aborto Livre e Gratuito (MCALG). Nesse mesmo ano, realiza-se o primeiro debate no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas sobre aborto e contraceção (Tavares, 2000).

A publicação da obra de Maria Teresa Horta, Célia Metrass & Helena Sá Medeiros (1975, citado por Pena, 2008) – *Aborto, Direito ao nosso corpo* – constitui a primeira tentativa de estudar o problema do aborto clandestino, que desde a tese de licenciatura de Álvaro Cunhal (1997, apesar de defendida em 1940) não tinha merecido particular atenção. São denunciadas as condições degradantes de realização do aborto clandestino, a falta de cuidados mínimos, bem como a importância de uma regulamentação que permitisse que as interrupções de gravidez se pudessem fazer num hospital (Pena, 2008). É proclamada a importância do aborto passar a ser despenalizado, como forma de garantir às mulheres o direito à auto-determinação (Peniche, 2007; Tavares, 2003).

Em 1976, o programa da RTP: “Nome Mulher” apresenta uma reportagem de Maria Antónia Palla e Antónia de Sousa, “Aborto não é crime”. Esta reportagem foi denunciada e Maria Antónia Palla é acusada de atentado ao pudor e de incitamento ao crime de aborto. Em 1979 foi absolvida. Nesse mesmo ano, Conceição Massano é julgada por prática de aborto, através de denúncia anónima, mas igualmente absolvida (Tavares, 2003).

Estes julgamentos incentivaram a formação da Campanha Nacional pelo Aborto e Contraceção (CNAC), plataforma que reuniu diversos grupos de mulheres, e que em 1979 torna público um manifesto – *Nós abortámos* – onde 2000 mulheres declaram ter abortado (Peniche, 2007). Em 1981, a CNAC entrega na Assembleia da República, um projecto lei que defende a despenalização do aborto a pedido da mulher (Tavares, 2000).

Em 1984, com a lei da exclusão da ilicitude do aborto, apresentada pelo PS e aprovada na Assembleia da República, criam-se condições legais para sob autorização médica, as mulheres poderem recorrer ao aborto (num prazo limitado) em situações de risco de saúde física e psíquica e vida, malformações do feto e gravidez resultante de violação.

Por se considerar esta lei claramente insuficiente, nomeadamente pela exigência de uma autorização médica e pela sua ineficiência no combate ao aborto clandestino, surge, em 1991, o Movimento de Opinião pela Despenalização do Aborto em Portugal que juntou uma série de associações feministas, organizações sindicais e outras organizações não governamentais, como a Associação para o Planeamento da Família, que vinha a desenvolver acções no sentido de promover a educação sexual, a informação sobre contraceptivos e a defesa dos direitos sexuais e reprodutivos (Peniche, 2007). Deste movimento, que nos anos 90 tentava impulsionar a despenalização do aborto, irá surgir a Plataforma pelo Direito de Optar que desempenhará um papel importante no referendo que se realizará em 1998.

Em ambos os referendos, o de 1998 e o de 2007, as associações feministas continuam esta luta recorrendo a uma política de articulação (Laclau & Mouffe, 1985), partilhando com outras associações estes objectivos e estabelecendo alianças com organizações de defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, nomeadamente a Associação para o Planeamento da Família e articulando essas lutas com a luta mais alargada pelos direitos das mulheres.

Organizaram-se seminários, jornadas de luta e manifestações (como as que ocorreram com os julgamentos da Maia, Aveiro, Lisboa, Coimbra), organização de iniciativas como a vinda das *Women on Waves* (apoiada entre outras, pela UMAR, Não te Prives e Clube Safo). No espaço concedido, não é possível elencar todas as iniciativas com participação de feministas sobre esta questão, tal a sua quantidade.

Foi no campo feminista que encontramos uma maior permanência do debate, cuja combatividade perdeu durante mais de 30 anos. As razões para tal prendem-se com os objectivos da 2ª vaga do Feminismo (Kaplan, 1992; Nogueira, 2001) que reforçam a relação entre a manutenção do patriarcado e o controlo da sexualidade feminina (Millett, 1970). Contudo, também se prendem com as especificidades de uma sociedade semi-periférica (Santos, 1990), que marcada pelo fenómeno da não-inscrição (Gil, 2004) apagou o feminismo da sua história. Os processos de democratização das relações sociais de género são um bom exemplo da semi-periferia portuguesa. Sem qualquer atenção às reivindicações de um movimento femi-

nista, que nos anos 70, tinha visibilidade pública, as leis da igualdade, tanto as que estão inscritas na Constituição da República como as que decorrem da transposição das directivas internacionais e europeias, não foram resultado de uma conquista do movimento (Amâncio & Oliveira, 2006). Elas resultam do processo de democratização e modernização do país cujas elites não perceberam o papel emancipatório do feminismo.

Tais esquecimentos que encontramos até em textos de áreas académicas afins como os estudos Lésbicos, Gay, Bissexuais e Trans (LGBT) e *queer*, onde para lá do esquecimento, existem considerações como “*o feminismo português ter sido sempre caracterizado pelo elitismo e por um fraco enraizamento social, pautando-se, em geral, por acções intermitentes e organizações pouco duradouras e avesso à adopção de posturas de confronto claro com a moralidade dominante*” (Brandão, 2009, p. 3). A discussão sobre o elitismo e enraizamento social feita por Magalhães (1998) e Tavares (2000) é ilustrativa da divergência de opiniões destas académicas em relação à opinião anteriormente citada. Ou seja, não é possível imaginarmos numa sociedade semi-periférica, um movimento social como o feminismo dos Estados Unidos. Contudo, apesar da mutabilidade e heterogeneidade do movimento (Magalhães, 1998), é possível encontrar organizações que perduram no tempo, de que a UMAR – União de Mulheres Alternativa e Resposta (fundada em 1976) é exemplo, com uma acção política e social marcada pela postura contra a moralidade dominante, que toda a acção feminista sobre o debate da interrupção voluntária da gravidez permite comprovar. Mais, tornou-se claro como os valores feministas se posicionam a regular o debate com a preponderância que os direitos sexuais e reprodutivos assumiram e que claramente se associam a uma concepção feminista ligada à auto-determinação (Oliveira, 2009), cuja discussão da questão da IVG se centrou muito no direito à auto-determinação e à escolha. Dito de outro modo, seria impossível pensar este debate sem o feminismo. O que evidencia com clareza o modo como o feminismo rompe com os valores conservadores dominantes. O debate sobre a IVG em Portugal mostra igualmente como o feminismo português se organizou em coligação com outros grupos para mudar a situação indigna que uma lei e discursos hegemónicos sexistas criaram para as mulheres portuguesas.

A recusa dos valores dominantes foi um apanágio dos movimentos feministas, considerados na sua heteroglossia (Haraway, 1991) e não apenas na sua aparente unidade. O feminismo possibilitou um questionamento constante das relações sociais que encontramos até na literatura sobre estudos de género publicada em Portugal, profundamente marcada pelas ideias feministas (Amâncio & Oliveira, 2006; Nogueira, 2001). Encontramos no debate do aborto evidência que contradita estas afirmações que recusam ao feminismo um papel preponderante na construção de determinados debates que constituíram parte dos processos de modernização e de democratização da sociedade portuguesa e demonstrámos a sua pertinência na acção que veio a possibilitar o acesso à IVG por escolha da mulher.

#### O FEMINISMO ENQUANTO POLÍTICA EMANCIPATÓRIA DO HUMANO E NÃO APENAS DAS MULHERES

Após este momento de consideração do feminismo português, pretende-se ainda enunciar aquilo que se considera ser uma proposta feminista que enquadre o debate sobre a interrupção voluntária da gravidez.

No caso dos direitos sexuais e reprodutivos, usar a ideia do “direito à vida” do embrião, essa apropriação da vida por uma agenda política conservadora (Butler, 2004, p. 12), implica necessariamente negar às mulheres uma vida vivível e viável, pois sem o direito à auto-determinação e autonomia, isso colocá-las-ia fora da esfera do humano. E dessa forma colocaria as mulheres perpetuamente fora do reconhecimento do humano, como um modo de estar e não um modo de ser (Amâncio, 1994)

A partir desta proposta de Butler, desenvolvemos um argumento teórico sobre esta questão aplicada ao contexto do debate do aborto em Portugal. O uso estratégico da questão da vida tem uma implicação que deslegitima a vida das mulheres, vivida em condições de liberdade, autonomia e auto-determinação, reconhecidas como humanas.

Não é discutível que exista vida no embrião. Mas muito menos é defensável que se possa determinar com exactidão o princípio dessa vida. A vida é uma produção discursiva, é um espaço de atribuição externa, não é um atributo. Aceitar que a vida começa na concepção

implicaria advogar a existência de vida em tecidos, em células, em órgãos, impossibilitando qualquer intervenção médica ou até da própria pessoa. O que diferencia um filho de um embrião? Ou um filho de um agrupamento de células?

A questão está na atribuição de vida humana. Na atribuição de humanidade ao embrião. Num trabalho anterior (Oliveira, 2003) mostrei que o argumento que a Igreja Católica esgrime assenta na ideia de que só é humano aquilo que sempre foi. Ora, é precisamente neste ponto que discordamos. Quais são as condições de atribuição de humanidade?

As ciências biológicas terão dificuldades em responder a esta questão, precisamente porque, mais uma vez, há uma variedade de critérios para dar esta resposta. Se recorrermos às ciências sociais e à filosofia, perceberemos que elas têm algo a dizer sobre o que significa ser humano. Ser humano significa ser reconhecido pelas sociedades como humano. Significa caber dentro da inteligibilidade da categoria dos humanos. E, se nos questionarmos sobre o conteúdo da anterior lei (antes do referendo de 2007) sobre as excepções à penalização da interrupção voluntária da gravidez (Artigo 142 do Código Penal), verificamos que essa legislação já possibilitava o recurso à interrupção voluntária da gravidez em determinadas situações.

Desta forma, entendeu-se que há certas situações em que é possível recorrer à interrupção da gravidez, desde que avalizada por pessoal médico. Constituindo assim o pessoal médico como árbitro desta questão do reconhecimento da vida humana. O que a actual legislação sobre a interrupção voluntária da gravidez vem propor é que sejam as mulheres, reconhecidas finalmente como humanas, a procederem a esse reconhecimento, dentro do limite legal das 10 semanas de gravidez.

Esta possibilidade de decisão foi colocada na lei, na figura das mulheres. São elas que correm os riscos físicos e mentais da gravidez, que se passam no seu corpo. Se aceitam a gravidez, avaliando a sua situação (física, psicológica, material), atribuem humanidade a este ser, transformam-no em filho delas. Esta atribuição de humanidade é feita por uma escolha, assente em critérios que dizem respeito a uma avaliação, a afectos e à possibilidade de considerar aquela vida como humana, permitindo inseri-la num projecto de vida. E não apenas, como uma exigência legal ou de

valores que as sociedades e as religiões impõem sobre a pessoa. É pelo direito garantido à auto-determinação que podemos fazer essa transição de embriões para filhos, como uma escolha sem coações externas, em liberdade e democracia. Não é por uma obrigação que essa transição de modos de ser ocorre. É precisamente a escolha que transforma a vida em humanidade. É na autonomia e na auto-determinação, finalmente atribuindo às mulheres o lugar de humanas, que se podem “desfazer” os efeitos perversos do gênero definido pelo patriarcado (Butler, 2004).

O enquadramento teórico que permite derivar este tipo de conclusões alicerça-se numa proposição de base, radicalmente oposta ao essencialismo. Tanto esta produção discursiva “o embrião”, como “a mulher” correspondem a instâncias de processos diferenciados de performatividade. A ideia de “mulher” é invocada para produzir um sujeito, consonante com as normas de gênero, que irá assumir uma determinada performance de gênero, aquando da constatação da gravidez, mediada tecnologicamente (Martin, 1991) – que sabemos serem tecnologias de gênero (de Lauretis, 1987) – e é narrada em termos de uma tecnociência que assume o *parti pris* genderizado (Fausto-Sterling, 1985): a diferença sexual. O embrião, tratado como humano, para desapaosar as “mulheres” do seu direito à autonomia, é construído igualmente como sujeito, por parte dos movimentos contestatários do direito à escolha, sem que sejam claras as normas de humanidade às quais se sujeita.

Tentámos através desta proposta, articular essas normas, em termos do reconhecimento, feito necessariamente pelas “mulheres”, sujeitos. É partir dos trabalhos de Butler (2004), que a convocação da norma do humano torna possível perceber como determinados grupos foram sempre colocados fora desta definição. A atenção dada a este referente igualmente pelo modelo da assimetria simbólica (Amâncio, 1994) evoca o modo como as relações de poder presentes na constituição

do universo simbólico comum de valores produzem esta distância das mulheres em relação ao referente. Entendemos aqui o poder numa acepção foucaultiana, construída no discurso. Trata-se de olhar para as relações de poder a partir do ponto de vista da sua possibilidade em definir fronteiras de exclusão e de inclusão em relação a um referente. É um modo semelhante ao de Butler (1997) de conceber o poder que, por um lado nos constrói enquanto sujeitos, pelo processo da performatividade, e que por outro lado nos sujeita e nos força a uma definição consonante com essa constituição de sujeitos.

Os feminismos enquanto projecto de sociedade implicam uma visão filosófica, interventiva e ética que tenta tornar o pessoal em político, para evitar que as normas de gênero passem a determinar a vida das pessoas, oprimindo-as sob um pressuposto de ordem patriarcal. A visão dos feminismos implica que se construam conhecimentos emancipatórios, que desocultem os pressupostos sexistas das ordens patriarcais. A esta visão, não é alheia a proposta de que o projecto feminista se constrói como uma tentativa de alargar os limites do que é tido como humano, questionando as relações de poder, no sentido de um alargamento da inteligibilidade do humano para incluir cada vez mais grupos sociais, apartados dessa referência. Esta proposta de redefinição do feminismo, para lá da categoria mulher, encontra sustentação no modo como o feminismo se foi progressivamente transformando em feminismos, marcados pela diversidade conceptual das suas propostas e pelo modo como propuseram políticas diferenciadas. E igualmente como as suas lutas deixaram de contar apenas com um sujeito político, a mulher, para se abrirem a uma diversidade de sujeitos políticos, desde os ciborgues (Haraway, 1991) às multitudes *queer* (Preciado, 2004). Trata-se de uma progressiva redefinição das relações de poder, alargando o referente humano para grupos que antes não eram pensados enquanto tal e de que as mulheres são um bom exemplo.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amâncio, L. (1994). *Masculino e Feminino: a construção social da diferença*. Porto Afrontamento.
- Amâncio, L. & Oliveira, J. M. (2006). Men as individuals, women as a sexed category. Implications of symbolic asymmetry for feminist practice and feminist psychology. *Feminism & Psychology*, 16, 35-43.
- Barreno, M. I., Horta, M. T. & Costa, M. V. (1972). *Novas Cartas Portuguesas*. Lisboa: Futura.
- Brandão, A. (2009). Democracia, cidadania e direitos lgbt em Portugal : algumas questões em aberto. Comunicação no Seminário “Para além do arco-íris : activismos lgbt e feminista nos 40 anos de Stonewall”. Coimbra: UMAR e Não te Prives. Acedido em 24 de Novembro de 2009 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/9776>
- Butler, J. (1997). *The psychic life of power*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Butler, J. (2004). *Undoing gender*. New York: Routledge.
- Cunhal, A. (1997). *O Aborto: Causas e Soluções*. Lisboa: Campo das Letras.
- Fausto-Sterling, A. (1985). *Myths of gender: biological theories about women and men*. New York: Basic Books.
- Gil, J. (2004). *Portugal hoje - o medo de existir*. Lisboa: Relógio de Água.
- Haraway, D. (1991). *Symians, cyborgs and women: the reinvention of nature*. New York: Routledge.
- Kaplan, G. (1992). *Contemporary Western European Feminism*. London: University of Central London Press.
- Laclau, E. & M. Chantal (1985). *Hegemony and socialist strategy: towards a Radical Democratic Politics*. London: Verso. de Lauretis, T. (1987). *Technologies of Gender: essays on theory, film and fiction*. Bloomington: Indiana University Press.
- Magalhães, M. J. (1998). *Movimento feminista e Educação*. Oeiras: Celta.
- Martin, E. (1991). *The Woman in the body: a cultural analysis of reproduction*. New York: Beacon Press.
- Nogueira, C. (2001). *Um novo olhar sobre as relações sociais de género: Feminismo e perspectiva crítica na psicologia social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Oliveira, J. M. (2002). *O Evangelho da Vida: Representações sociais do aborto no discurso da Igreja Católica Romana*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Lisboa: ISCTE
- Oliveira, J. M. (2009). *Uma escolha que seja sua: uma abordagem feminista ao debate sobre a interrupção voluntária da gravidez em Portugal*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Social. Lisboa: ISCTE.
- Pena, C. (2008). *A revolução das feministas portuguesas 1972 – 1975. Do «processo das três Marias» à formação do MLM - Movimento de Libertação das Mulheres*. Dissertação de tese de mestrado em Estudos sobre as Mulheres. Lisboa: Universidade Aberta.
- Peniche, A. (2007). *Elas somos nós: o direito ao aborto como reivindicação democrática e cidadã*. Porto: Afrontamento.
- Preciado, B. (2004). Multitudes Queer: notes pour une politique des anormaux. *Multitudes*, 12, 17-25.
- Santos, B. S. (1990). *O Estado e a Sociedade em Portugal (1974-1988)*. Porto: Afrontamento.
- Tavares, M. (2000). *Movimentos de mulheres em Portugal – décadas de 70 e 80*. Lisboa: Horizonte.
- Tavares, M. (2003). *Aborto e Contraceção em Portugal*. Lisboa: Horizonte.

# A Chave do Armário: Homossexualidade, casamento, família

**Gabriela Moita** (Psicóloga, Instituto Superior de Serviço Social do Porto)

Vale de Almeida, Miguel (2009). *A Chave do Armário: Homossexualidade, casamento, família*. Lisboa. Imprensa de Ciências Sociais

*E, por isso, o mesmo mundo que criemos  
nos cumpre tê-lo com cuidado, como coisa  
que não é só nossa, que nos é cedida*

*para a guardarmos respeitosamente  
em memória do sangue que nos corre nas veias,  
da nossa carne que foi outra, do amor que  
outros não amaram porque lho roubaram.*

**Jorge de Sena**, “*Carta a meus filhos, sobre os Fuzilamentos de Goya*”

O início do século XXI assiste, logo na sua primeira década, em países de três continentes (Europa, América e África), e no que à regulação das relações conjugais por parte do Estado diz respeito, ao alargamento a casais do mesmo sexo da possibilidade do uso do instituto do casamento, até então apenas permitido a pessoas de sexos diferentes.

A discussão sobre a regulamentação dos direitos outorgados às ligações entre pessoas do mesmo sexo tem vindo a ser discutida em Portugal desde 1997, “ano em que a Juventude Socialista preparara um projecto de lei sobre as uniões de facto” (p.187), tendo-se tornado, desde então, “o principal assunto na agenda LGBT” (p.187). Embora em muitos dos textos produzi-

dos e das discussões tidas se diga que a questão da adopção por casais homossexuais ficará para outra fase, ela já está, por isso mesmo, e desde essa data, a ser igualmente discutida, necessitada que é a argumentação para este adiamento.

Os passos dados, quer no panorama internacional, quer em Portugal, até ao ano em que o Partido Socialista, no seu programa eleitoral, apresenta como proposta de governo alargar a legislação sobre o casamento a casais do mesmo sexo, podem ser metaforizados pelos recortes de uma chave, imagem presente no título *A Chave do Armário*, com que Miguel Vale de Almeida nos abre as portas para a leitura da relação entre “homossexualidade, casamento, família” subtítulo do livro editado, em tempo perfeito, pela Imprensa de Ciências Sociais.

Miguel Vale de Almeida tem sido um interveniente activo neste debate e, através do presente livro, oferece ao público um levantamento dos vários argumentos, que enformaram algumas das discussões políticas havidas, ancorando-os na antropologia. Os limites propostos da análise deixam claro que a realidade portuguesa, juntamente com “sociedades ocidentais – ou euro-americanas – nomeadamente (...) Espanha, França e Estados Unidos da América” (p.12), terá um lugar central. Trata-se este estudo de um contributo inestimável para todos aqueles que se interessam por pensar as estruturas da organização social, neste caso específico no que se refere ao género, sexo e parentesco.

Os analisadores epistémicos são clarificados: “o objecto central é o casamento, a parentalidade e a fa-

mília no que às pessoas homossexuais diz respeito” (p.12) Todavia, para os leitores mais desatentos, Miguel Vale de Almeida deixa claro que “o verdadeiro objecto subjacente é a homofobia e a heteronormatividade, que criam a homossexualidade enquanto *problema*”. A grelha de leitura utilizada é, como se referiu, a da antropologia, na sua integração dos estudos de género e do feminismo, entrando em diálogo com o sistema jurídico. O autor mostra como aquela ciência social ora se torna obstáculo ora facilita, quando não promove, a revisão do ordenamento jurídico. A relação entre as noções de parentesco e filiação é exemplo de um obstáculo aos posicionamentos jurídicos, contaminado que está o pensamento social pelo desenvolvimento deste contrato social, o que permite a existência do argumento da “ordem simbólica”. Ora é nesta mesma linha de raciocínio que Miguel Vale de Almeida contra-argumenta, defendendo que “figuras legais específicas para homossexuais tal como o impedimento ao acesso ao casamento civil constituem uma forma de violência simbólica” (p. 207).

O espaço geográfico, tanto físico como simbólico, é uma das linhas estruturantes da composição deste livro, e por isso ele é ensaiado ao longo de todos os seus sete capítulos. Assim, o lugar do primeiro capítulo é a universalidade dos direitos humanos, onde Miguel Vale de Almeida situa os direitos sexuais e por consequência a orientação sexual. O segundo capítulo move-se num espaço intercontinental, ao dialogar com as diferentes questões do debate francês e do debate norte-americano. O terceiro capítulo, ainda situado nos Estados Unidos, analisa em analogia, si-

multaneamente questionando essa mesma analogia, o que se passou com a proibição dos casamentos inter-raciais. O quarto e o quinto capítulos são dedicados aos discursos ocorridos em Espanha e o sexto capítulo debruça-se sobre os movimentos e mobilizações havidos em Portugal. No último capítulo, o antropólogo apresenta-nos uma sociedade que desafia “«verdades» adquiridas pela antropologia – os Na da região dos Himalaias na China, que “vivem sem a instituição do casamento”, por isso “sem instituição de aliança” (p.199), contrariando a centralidade do casamento associada a quase todas as teorias antropológicas clássicas. Ainda neste capítulo final, e a fechar a obra, analisam-se os modelos antropológicos de leitura que poderão oferecer argumentos a cada uma das posições a favor e contra o casamento entre pessoas do mesmo sexo. Miguel Vale de Almeida conclui, posicionando-se como cidadão através do seu mester.

De forma notável, o que Miguel Vale de Almeida propõe neste livro é a revisão de uma História que possa conduzir à criação de um espaço outro, alicerçado, todavia, em experiências humanas comuns, onde, retomando Jorge de Sena, se possa viver “essa alegria que vem / de estar-se vivo”, “sabendo que nenhuma vez / alguém está menos vivo ou sofre ou morre / para que um só (...) resista um pouco mais / à morte que é de todos e virá.” Somos, com este livro, colocados perante uma organização social futura, na medida em que, como diz Aldaíza Sposati, “o próprio facto de discutir um novo paradigma é o começo da sua construção e possibilidade”. Esta é uma realidade que o século que agora iniciou já conquistou.



## Brochura **Conceber**

Produzido pela APF Centro no âmbito do Projecto Osíris, **Conceber** é um guia destinado a profissionais e pessoas com problemas de fertilidade. A prevalência da infertilidade, principais causas da infertilidade masculina e feminina, exames de diagnóstico e tratamentos são os aspectos centrais deste guia, que conta ainda com uma listagem de apoios e recursos públicos e privados, legislação e organização dos serviços de saúde nesta área.

DVD

## **Cenas e Contracenas – Peça de teatro em DVD**

Trata-se de uma peça de teatro da APF Alentejo agora em DVD. Destinada ao público jovem, a peça procura alertar e despertar para questões como os métodos contraceptivos, as infeções sexualmente transmissíveis, as inseguranças e dúvidas que surgem nestas idades.



Folheto

## **Novos Kits de Educação Sexual**

Folheto que apresenta cada um dos 4 **kits de Educação Sexual**, especificando em pormenor os respectivos conteúdos. Produzidos pela APF e destinados aos três ciclos do Ensino Básico e também ao Ensino Secundário, procurou-se que cada *Kit* reunisse um conjunto variado de materiais pedagógicos específicos a cada nível de ensino - livros, jogos, puzzles, folhetos, DVD e outros - para além de conter Orientações Técnicas, Sugestões e Fichas de Actividades adaptadas às diferentes faixas etárias.

*Folha de Dados*  
**Microbicidas, Prevenção do VIH e Mulheres – um compromisso com o futuro da humanidade**

Produzida pelo Departamento de Advocacia e Cooperação para o Desenvolvimento da APF e no contexto da iniciativa Countdown Europe 2015, foi publicada a Folha de Dados **Microbicidas, Prevenção do VIH e Mulheres – um compromisso com o futuro da humanidade**. Apesar de os microbicidas ainda se encontrarem em fase de estudo e ensaio clínico, esta Folha de Dados apresenta informação extremamente útil e diversa sobre os mesmos, o que são, mecanismos de acção, sua importância para as mulheres e o seu papel essencial enquanto estratégia para atingir os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio.



*Desdobrável*  
**Pílula**

Com o apoio da Schering-Plough, o desdobrável **Pílula** disponibiliza informação diversa sobre os diferentes tipos de pílulas, como actuam, contra-indicações, eventual prevenção de doenças através da sua utilização bem como alguns mitos que lhes estão associados, fornecendo ainda uma listagem de contactos úteis.

*Estudo*  
**A IVG Vista pelas Mulheres – histórias de mulheres que recorrem à Linha Opções**

Da autoria da Equipa Opções, trata-se do mais recente estudo editado pela APF. Revela padrões, perfis e retratos, quer das mulheres quer dos seus comportamentos, bem como necessidades e expectativas antes e durante o processo de Interrupção Voluntária da Gravidez.



# NOVOS *KITS* DE EDUCAÇÃO SEXUAL

1º ciclo 2º ciclo 3º ciclo Secundário

Encomendas  
através de  
comercial@apf.pt  
ou pelo telefone  
21 385 39 93

No contexto da Lei 60/2009 que estabelece a aplicação da educação sexual em meio escolar, a APF produziu 4 *Kits* de Educação Sexual, cada um deles adaptado a um nível de ensino específico. Criados e avaliados por especialistas na área, os *Kits* de Educação Sexual destinam-se a professores e educadores e constituem um excelente material de apoio e de orientação, propondo actividades e fornecendo sugestões e materiais pedagógicos de suporte a programas de Educação Sexual.

