MULHERES EM IDADE FÉRTIL E POBREZA:

Formas de acesso e padrões de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva

Isabel Maria Rodrigues Craveiro

Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Universidade Nova de Lisboa

Dezembro / 2009

Fundação para a Ciência e Tecnologia - POCI 2010, Fundo Social Europeu

Isabel Maria Rodrigues Craveiro

MULHERES EM IDADE FÉRTIL E POBREZA:

Formas de acesso e padrões de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva

Instituto de Higiene e Medicina Tropical
Universidade Nova de Lisboa

Dezembro / 2009

Dissertação para obtenção do grau de Doutor em Saúde Internacional

Orientador: Professor Doutor Paulo Ferrinho (Unidade de Sistemas de Saúde / IHMT – UNL)
Co-orientador: Professor Doutor Pedro Hespanha (FEUC)

Comissão Tutorial:
Professor Doutor Paulo Ferrinho (Unidade de Sistemas de Saúde / IHMT – UNL)
Professor Doutor Pedro Hespanha (FEUC)
Professor Doutor José Martinez (UBI)

AGRADECIMENTOS

À Leonor, cuja existência me deu a conhecer a Maternidade e fez compreender as partes boas e as outras, dessa aventura de ser mãe.

Agradeço a todas as mulheres que, generosamente, se disponibilizaram a dar um pouco de si, partilhando experiências e modos de sentir; aos enfermeiros, médicos e técnicos de serviço social que encontraram tempo nas suas vidas profissionais tão sobrecarregadas para colaborar nesta investigação.

Ao Professor Paulo Ferrinho agradeço por esta última década de aprendizagens diversas, sobretudo relacionadas com a importância do rigor, imprescindível quando se investiga, mas também pelo incentivo constante e uma visão positiva em todas as horas, mesmo nas mais difíceis.

Ao professor Pedro Hespanha e ao Professor José Martinez endereço o meu sincero agradecimento pelas orientações sempre pertinentes, pela disponibilidade e acolhimento em todas as reuniões.

À Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e todos os seus profissionais, cuja colaboração foi imprescindível em toda a recolha de dados, nomeadamente, Paula Morais, Celeste Brissos, Rosa Ribeiro, Natália Lopes, Helena Mendes, Fernanda Martins, Helena Torres, entre muitos outros.

A todos os colegas, sem excepção, da área de Saúde Internacional, pela disponibilidade para apoiar, pelas palavras amigas e os incentivos diversos. Permitam-me que destaque o apoio da estatística, Professora Doutora Luzia Gonçalves e Doutor Bruno de Sousa e ainda ao Professor Doutor Gilles Dussault, a quem estarei sempre agradecida pelo facto de, num momento de particular dificuldade, ter encontrado uma forma de me apoiar e assim avançar com a prossecução deste trabalho.

Ao CMDT pelo apoio concedido, na pessoa do seu Director Professor Doutor Luís Távora Tavira. Não posso deixar de agradecer ao Professor Doutor Virgilio do Rosário, pela sua forma peculiar de incentivar e pelas suas diversas referências bibliográficas.

Pelo apoio da estatística o meu agradecimento a Leonor Nicolau. Pelo inexcedível apoio nas pesquisas bibliográficas o meu muito obrigado a Sofia Amador. Pela revisão do texto muito agradeço ao meu cunhado João Henrique Perdigão.

Como os últimos serão sempre os primeiros, chegou a vez da minha família e dos amigos. Aos meus queridos pais, cujo amor incondicional, a abnegação e disponibilidade me permitiram ter tempo e energia para estas exigentes tarefas. A todos os amigos que estiveram presentes e resistiram a humores nem sempre recomendáveis. Ao Tomás, que demonstrou que o longe pode ser perto e que os sentimentos fortes vencem barreiras.

RESUMO

Esta tese aborda as práticas e as representações de mulheres em idade fértil, que vivem em contextos sociais de pobreza. As práticas sobre o acesso e as formas de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva. As representações das mulheres relativamente à maternidade e/ou fecundidade, verificando de que forma estas influenciam a utilização de cuidados de saúde reprodutiva (saúde materna e planeamento familiar). E as representações dos profissionais de saúde e técnicos de serviço social sobre os comportamentos de fecundidade e as formas como as mulheres (pobres e não pobres) utilizam os cuidados de saúde reprodutiva.

Devido à natureza do objecto de estudo e à complexidade inerente, optou-se por utilizar uma combinação de métodos qualitativos e quantitativos e respectivas técnicas de recolha e análise de dados, num mesmo desenho de estudo, tendo em vista a triangulação metodológica, que ajudou à compreensão mais profunda da realidade em estudo. Como tal dividiu-se a investigação em três estudos: 1) o estudo exploratório; que apoiou nas decisões, nomeadamente na delimitação do objecto de estudo, dos objectivos gerais e específicos, das hipóteses centrais de investigação e dos aspectos metodológicos relacionados com o estudo de caso-controlo e o estudo qualitativo; 2) o estudo de caso-controlo (quantitativo); 3) o estudo qualitativo.

Estudo de caso-controlo

O estudo de caso-controlo foi realizado com mulheres em idade fértil, em que os casos são mulheres consideradas "muito pobres", havendo dois controlos para cada caso: os controlos 1, que são mulheres consideradas "pobres" e os controlos 2, que são mulheres consideradas "não pobres".

Este estudo foi planeado com uma amostra de 1513 mulheres em idade fértil, com 499 casos seleccionados segundo um esquema de amostragem estratificada proporcional (de mulheres consideradas muito pobres) seleccionados da base de dados de beneficiários de RSI, da SCML. E 1014 controlos (de mulheres não consideradas como muito pobres): os controlos 1 foram seleccionados também segundo um esquema de amostragem estratificada proporcional dos restantes beneficiários da SCML; os controlos 2 foram seleccionados de forma bi-etápica, primeiro procedeu-se a uma amostragem aleatória simples de quatro Centros de Saúde e de

seguida optou-se por uma regra sistemática de selecção das utentes desses Centros de Saúde, mediante a aplicação de um formulário de critérios de inclusão. Os dados foram recolhidos através de um questionário semi-quantitativo aplicado por entrevista. Responderam ao questionário um total de 1054 mulheres, sendo que o total de respondentes distribui-se pelos grupos em estudo, isto é, 304 referentes aos casos (muito pobres), e 750 respeitantes aos controlos [293 pertencentes ao grupo de controlos 1 (pobres) e 457 provenientes do grupo de controlos 2 (não pobres)].

Os dados foram analisados utilizando técnicas estatísticas bivariadas e multivariadas. Concretamente, começou-se pela análise descritiva (frequências absolutas e relativas; medidas de tendência central: moda, média, mediana, média aparada a 5%) das variáveis demográficas e das variáveis de fecundidade (representações, tensões, práticas e controlo de fecundidade) em função das variáveis de condição social (gradientes de pobreza segundo os grupos em estudo).

Seguiu-se a análise de comparação e associação - o teste de Qui-quadrado para testar a homogeneidade e para testar a homogeneidade de variâncias aplicou-se o teste de Levene e a normalidade da variável quantitativa, nos grupos em estudo, foi testada através do teste de Kolmogorov Smirnov e o teste de Shapiro-Wilk. Sempre que as condições de aplicação da ANOVA não se verificaram, aplicou-se a alternativa não paramétrica: o teste de Kruskal-Wallis.

O cálculo do *odds ratio* da variável "ter gravidez e filhos" foi efectuado de acordo com o proposto por Mantel-Haenszel aplicado nas situações em que existem dois controlos por caso.

Foram ainda utilizados modelos de regressão logística (pelo método *Forward: LR*) para avaliar a probabilidade de ser do grupo de casos (muito pobre), relativamente a ser do grupo de controlos 1 (pobre) e ser do grupo de controlos 2 (não pobre). E dois modelos de regressão logística multinomial para estudar a relação entre uma variável dependente de resposta qualitativa não binária [no presente estudo com três classes - os três grupos em estudo: casos (muito pobres), controlos 1 (pobres) e controlos 2 (não pobres)] e um conjunto de variáveis explicativas (*predictor variables*), que podem ser de vários tipos.

A análise efectuada confirma a existência de gradientes de pobreza e a sua associação a gradientes de fertilidade, que se reflectem em termos de acesso à saúde e nos padrões de utilização de cuidados de saúde reprodutiva. O facto de as mulheres terem tido filhos (variável "ter gravidez e

filhos") aumenta a probabilidade (OR=1,17; p<0,001; IC = 1,08 – 1,26) de serem muito pobres, comparativamente a serem pobres e não pobres. Isto é, a maternidade configura-se como um factor explicativo da pertença social das mulheres, sobretudo quando interligado com outros factores.

Concretamente, verifica-se através da análise dos modelos de regressão logística que existe uma interligação entre a condição social das mulheres e um conjunto de características sócio-demográficas, que se configuram como factores de risco de pobreza, como sejam o baixo rendimento dos agregados, a dimensão dos agregados familiares, a baixa escolaridade e as pertenças étnicas.

Quanto ao acesso económico, constata-se que as mulheres muito pobres apresentam incapacidades financeiras para comportar custos com a compra de medicamentos muito superiores às restantes, constituindo-se esta como uma característica forte para explicar a sua condição social actual.

Em termos de utilização de cuidados de saúde reprodutiva percebe-se que as mulheres muito pobres são caracterizadas por baixa frequência das consultas de revisão do parto, com todas as eventuais implicações no seu estado de saúde.

Um aspecto pertinente prende-se com a sistemática aproximação das mulheres pobres às muito pobres, distanciando-se em quase tudo das mulheres não pobres. Ou seja, existe um número considerável da nossa população "média" com vulnerabilidades, que deveriam merecer uma atenção prioritária em termos de políticas sociais (nomeadamente, na área da saúde, do trabalho e do apoio social).

Assim, é de enfatizar a importância de haver uma adequação das políticas de saúde no sentido de assegurar que as populações mais vulneráveis consigam utilizar de forma apropriada os cuidados de saúde reprodutiva.

Estudo Qualitativo

Foi efectuado um estudo qualitativo, através de realização de entrevistas e grupos focais. Concretamente, foram feitas oito entrevistas e dois grupos focais a mulheres provenientes de diferentes contextos socioeconómicos (pobreza e não pobreza), num total de 18 indivíduos. Foram conduzidos dois grupos focais a profissionais de saúde (enfermeiros e médicos), num total de 15

participantes. E realizados quatro grupos de discussão a técnicos de serviço social, num total de 36 participantes. Todas as entrevistas e grupos focais foram gravados, seguindo-se a sua transcrição integral. Os dados foram analisados com base nos procedimentos de análise de conteúdo habituais no âmbito de abordagens qualitativas. No que diz respeito aos grupos focais, procedeu-se a uma análise categorial temática.

Através da análise das representações de fecundidade percebe-se que para as mulheres, independentemente do grupo socioeconómico a que pertencem, o melhor e o pior dos filhos, envolve três níveis: os sentimentos, o desempenho das funções parentais e as privações.

E a maioria das mulheres assume que foi através de amigos, dos media e/ou de vizinhos que obteve as primeiras informações sobre os métodos contraceptivos. Revelando ainda a inexistência de influência familiar, especialmente das mães, na transmissão desses conhecimentos e informações sobre contracepção, em todos os grupos socioeconómicos. Aliás, a percepção generalizada é de que o sexo foi um assunto tabu na educação destas mulheres. Muitas das mulheres no estudo descrevem uma preparação inadequada para o sexo e contracepção na primeira gravidez, acontecendo esta como resultado de impreparação e não de planeamento.

Encontram-se semelhanças entre as mulheres provenientes de diferentes gradientes sociais, mas também se encontram diferenças, nomeadamente, acerca do papel do parceiro masculino no planeamento familiar e no planeamento das gravidezes. Existe uma diferença entre mulheres provenientes de grupos socioeconómicos distintos (muito pobres e pobres *vs*. não pobres) relativamente ao papel do parceiro na contracepção: não utilização do preservativo porque companheiros "não aceitam" *vs*. as mulheres que assumem que as decisões quanto à contracepção são e foram sempre da sua responsabilidade.

Os resultados vêm mostrar a importância atribuída ao sexo do médico e a vergonha envolvida na utilização dos cuidados de saúde materna, cujas consequências se revelaram impeditivas de realização das consultas pós-parto. Vários estudos já apontaram o desconforto durante o encontro biomédico nos cuidados pré-natais resultando de uma incapacidade da mulher para lidar com certas características do profissional de saúde, que podem incluir idade, género e linguagem (cfr. nomeadamente, Whiteford e Szelag, 2000).

Um outro aspecto em que há diferenças entre grupos socioeconómicos nos resultados do estudo de caso-controlo, e que vem ser ainda mais aprofundado através do estudo qualitativo, está relacionado com os apoios recebidos quando os filhos nascem e quando existe uma situação de doença. As mais pobres encontram-se numa posição de vulnerabilidade acrescida, porque não podem colmatar a falta de apoios, por exemplo com amas para tomar conta dos filhos, como é admitido, por exemplo, por uma mulher de etnia cigana. Mas emerge uma semelhança entre as mulheres dos diferentes grupos socioeconómicos, quando reivindicam a necessidade de existir mais apoio, nomeadamente uma rede de creches.

Os profissionais (saúde e social) demonstram nas suas representações as influências do modelo biomédico de saúde. Quanto às mulheres, consoante o seu contexto cultural, elas tendem a integrar num "modelo próprio" a sua relação com os cuidados de saúde, especificamente com os cuidados pré-natais. Modelo esse que não exclui o uso dos serviços biomédicos durante a gravidez, o que acontece é que as mulheres conservam as suas crenças e algumas práticas tradicionais em face de novas. Deixando em aberto a possibilidade de negociação e transmissão de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde, processo facilitado com existência de diálogo e abertura dos profissionais de saúde para as especificidades culturais (cfr. outros estudos, nomeadamente, Atkinson e Farias, 1995; Whiteford e Szelag, 2000).

Os profissionais atribuem ao "pobre" uma característica-tipo: o imediatismo. Este condiciona a actuação dos indivíduos "pobres" nas práticas de planeamento familiar e nas formas de utilização de cuidados de saúde reprodutiva. Por exemplo, para os profissionais de saúde e técnicos de serviço social a utilização correcta da contracepção dependerá do nível educacional da mulher. Mas não se comprova tal facto nos estudos, havendo mesmo indício de uma certa transversalidade nas "falhas" de utilização, por exemplo da pílula. Através do estudo de caso-controlo comprova-se que a pílula era o contraceptivo mais usado no momento em que as mulheres engravidaram do último filho, sendo que aparentemente algo terá falhado (dosagem, esquecimento, toma simultânea de antibiótico), não existindo diferenças entre os grupos socioeconómicos.

A análise reflecte a existência de representações nem sempre coincidentes entre mulheres e profissionais de saúde, no que diz respeito à maternidade, à gravidez e à fecundidade, mas também às necessidades e formas de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva (saúde materna e planeamento familiar).

Chama-se a atenção para a importância dos decisores terem estes factos em atenção de forma a adequar as políticas de saúde às expectativas e percepções de necessidade por parte das populações vulneráveis, procurando atingir o objectivo de utilização adequada de cuidados de saúde reprodutiva e, em última análise, promover a equidade em saúde.

Conclusões Gerais

Esta investigação insere-se numa lógica de perceber as características associadas no continuum de pobreza, procurando-se os factores que explicam a posição relativa dos grupos nesse mesmo continuum.

Em termos de saúde, contata-se existir uma associação entre a não realização de consultas de revisão do parto e as chances superiores de pertencer a um grupo socioeconómico mais pobre. Haverá aqui lugar a um cuidado acrescido em termos de organização de cuidados de saúde para que estas mulheres, com vulnerabilidades de vária ordem, sejam devidamente acompanhadas, orientadas, apoiadas para a realização deste tipo de consultas, envolvendo uma sensibilização para "gostar de si própria", de valorização individual, mesmo depois do nascimento dos filhos.

As redes de sociabilidade são distintas consoante a posição que a mulher ocupa em termos de gradiente social, sendo que a posição é mais vulnerável para as mulheres muito pobres e pobres, quer em situação de doença, quer em situação de apoio para os filhos e ainda em termos de privação material existe um efeito em termos de diluição das sociabilidades para grupos já tão fragilizados a outros níveis.

Ao descrever, analisar e caracterizar os gradientes de pobreza e privação múltipla entre os grupos de mulheres em estudo posso concluir que existem aspectos diferenciadores das mulheres pobres relativamente às mulheres não pobres.Mas elas manifestam sobretudo características que as aproximam das mulheres muito pobres. Ou seja, este grupo de pessoas está particularmente envolta numa multiplicidade de riscos sociais, uma vez que são mulheres que têm filhos, trabalham, têm redes de sociabilidade enfraquecidas e não podem contar com a ajuda do Estado em termos de medidas de apoio social, não sendo elegíveis, por exemplo, para o RSI. Urge rever as condições de atribuição de medidas, não necessariamente com a configuração actual, mas que tenham em atenção este conjunto populacional.

A actividade sexual começa muito cedo nas vidas das jovens, independentemente da proveniência socioeconómica, pelo que esse é um aspecto que, penso, deverá continuar a ser considerado em termos de saúde sexual e reprodutiva por parte das diferentes entidades no que se refere à educação e promoção para a saúde.

As questões relacionadas com a incapacidade para comportar custos de saúde - deixar de comprar medicamentos, sobretudo, para as próprias mulheres, não poder pagar consultas em médicos especialistas e dentistas - revelam-se sérias, na medida em que fazem emergir as diferenças em termos de grupos socioeconómicos, constituindo-se como um factor associado com as iniquidades em saúde ainda existentes em Portugal. Como é sabido pelos estudos realizados, estas são também causas de pobreza. Assim, esta é uma das áreas a merecer actuação prioritária no sentido de contribuir para que caminhemos para uma sociedade com mais equidade.

A existência de diferenças na acessibilidade e no acesso geográfico e económico, marcada pelas diferenças em termos de gradientes sociais, deixa em aberto a necessidade de actuar no sentido de que o sistema de saúde tenha políticas de promoção da equidade, nomeadamente a equidade de acesso económico, na investigação desenvolvida sobre “sistemas de saúde”.

Parece que fica evidente a necessidade de monitorizar quais as interacções entre as políticas, de saúde e sociais, e a variabilidade nas desigualdades sociais ao longo do tempo, ou seja, a importância de monitorizar os efeitos das políticas nos grupos vulneráveis. Só avaliando poderemos saber se as medidas devem continuar com conteúdo e formas de implementação actuais ou se, pelo contrário, deverão acontecer mudanças nas medidas de apoio para melhorar as condições sociais e de saúde das populações.

SUMMARY

This thesis addresses the practice and representations of women of fertile age who live in a social context of poverty, the practice on access and utilization forms of reproductive health care, the representations of women on maternity and/or fertility, confirming how they influence reproductive health care use (maternal health and family planning) and the representation of health professionals and social workers on fertility behaviour and the ways in which women (poor and non-poor) use reproductive health care.

Due to the nature and the complexity of the study object, we chose to use a combination of qualitative and quantitative methods and their methods of collecting and analyzing data in the same design study, in view of methodological triangulation, which helped deeper understanding of reality under study. Therefore the investigation was divided in three research studies: 1) the exploratory study, 2) the case-control study (quantitative), 3) the qualitative study.

The exploratory study, which supported the decisions, including the delimitation of the study object, the general and specific objectives, the research hypothesis and methodological aspects related to both case-control study and qualitative study.

Case-control study

The case-control study was conducted with women of fertile age, in which “cases” are women considered "very poor", with two controls for each case: “controls 1” are women considered "poor" and “controls 2” are women considered "not poor". This study was planned with a sample of 1513 women of fertile age: 499 cases selected according to a proportional stratified sample (of women considered very poor) selected from the beneficiaries of RSI (Social Welfare Payment for Inclusion) of SCML (Santa Casa da Misericórdia of Lisbon). And 1014 controls (women not considered very poor): controls 1 were also selected according to a proportional stratified sample of the remaining members of SCML, controls 2 were submitted to a two phases selection process, first held with a simple random sampling of four health centres and then opted for a systematic rule for selecting the users of these health care facilities by implementing a form of inclusion criteria. Data were collected through a semi-quantitative questionnaire applied by interview. Answered the questionnaire a total of 1054 women, with total respondents distributed by study

groups: 304 cases (very poor), and 750 controls [293 belonging to the group of controls 1 (poor) and 457 from the control group 2 (non-poor)].

The data were analyzed using bivariate and multivariate statistical techniques. Initially I did a descriptive analysis (absolute and relative frequencies, measures of central tendency: mode, mean, median, trimmed mean 5%) of demographic variables and fertility variables (expectations, tensions, practices and control of fertility) according to social status variables (poverty gradients according to the study groups).

Followed by association and comparison analysis.- Chi-square test for homogeneity and Levene test for homogeneity of variance and normality of the quantitative variable in the groups was tested by Kolmogorov-Smirnov test and Shapiro-Wilk test. Where the conditions of application of the ANOVA did not happen, the nonparametric alternative was applied: Kruskal-Wallis test.

The odds ratio calculation of the variable “having pregnancy and children” was made in accordance with that proposed by Mantel-Haenszel applied in situations where there are two controls per case.

I also used logistic regression models (by Forward: LR method) to assess the probability of being cases (very poor) in relation to be control 1 (poor) and to be control 2 (non-poor). And I used two multinomial logistic regression models to understand the relationship between a dependent variable of qualitative response not binary [in this study with three classes - the three study groups: cases (very poor), controls 1 (poor) and 2 controls (not poor)] and a set of explanatory variables (predictor variables), which may be of various types.

The analysis confirms the existence of gradients of poverty and its association with fertility gradients, as reflected in terms of access to health and patterns of reproductive health care use.

Maternity (variable “having pregnancy and children) increases the probability (OR=1,17; $p<0,001$; IC = 1,08 – 1,26) to be very poor, compared to being poor and not poor. That is, motherhood is configured as an explanatory factor of women social belonging, especially when linked to other factors.

Specifically, the analysis of logistic regression models appears to confirm that there is a link between social status of women and a set of socio-demographic characteristics, which act as risk

factors of poverty, such as low-income households, the size of households, low education and ethnicity.

Regarding economic access, it seems that very poor women have financial incapacity to carry costs for the purchase of drugs well above the other, which is a strong feature to explain the current social condition.

In terms of reproductive health care use it is confirmed that the very poor women have low frequency of postpartum consultations, with all the possible implications for their health.

A relevant aspect relates to the systematic approach of poor women to very poor, distancing themselves from almost all aspects concerning the non-poor women. In other words, there is a considerable number of our "average" population with vulnerabilities that deserve priority attention in terms of social policies (particularly in the area of health, work and social care).

So I would emphasize the importance of having adequate health policies to ensure that vulnerable populations are able to use properly reproductive health care.

Qualitative Study

In the qualitative study were conducted interviews and focus groups. Specifically, there have been eight interviews and two focus groups with women from various socioeconomic backgrounds (poverty and not poverty), a total of 18 individuals. And were conducted two focus groups with health professionals (nurses and doctors), a total of 15 participants. And four focus groups with social workers, a total of 36 participants.

All interviews and focus groups were recorded, followed by the full transcript. The data were analyzed based on the procedures of content analysis. Regarding the focus groups a thematic category analysis was made.

By examining representations of fertility we can see that for women, regardless of socio-economic group they belong to, the best and the worst of the children involves three levels: the feelings, the parental duties and deprivation.

And most women assume that it was through friends, media and/or neighbours that they got the first information about contraceptive methods. And also emerges the lack of family influence, especially mothers, in the transmission of knowledge and information about contraception in all

socioeconomic groups. Moreover, the perception is that sex was a taboo subject in the education of these women. Many of them describe an inadequate preparation for sex and contraception at first pregnancy, occurring more as a result of this lack of preparedness, than of planning.

There are similarities between women from different social gradients, but there are also differences, particularly about the role of male partners in family planning and the planning of pregnancies. There is a difference between women from different socioeconomic groups (poor and very poor *vs*. non poor) about the role in contraception: they do not use condoms because man "did not accept" *vs*. women who take the decisions on contraception, considering that it is and have always been hers responsibility.

Results show the importance attached to the sex of the physician and shame involved in the use of maternal health care, which proved hinder the postpartum consultations. Several studies have pointed out the discomfort during the encounter in biomedical prenatal care resulting from an inability of women to deal with certain characteristics of health professionals, which may include age, gender and language (cf. in particular, Whiteford and Szelag, 2000).

Another aspect in which there are differences between socioeconomic groups according the results of the case-control study, and that was further deepened through the qualitative study, is related with the support received when children are born and an illness occurs. The poorest are in a position of vulnerability, because they can't overcome the lack of support, e.g. childminders to take care of children, as pointed, for example, a gypsy woman. But similarity emerges between women of different socioeconomic groups, claiming the need to have more support, including a network of nurseries.

Health professionals and social workers show the influences of the biomedical health model. For women, according to their cultural background, they tend to integrate a "model of their own" in their contacts with health care, specifically with prenatal care. This model does not exclude the use of biomedical services for pregnancy, but that means that women keep their own beliefs and some traditional practices in the face of new ones. Leaving open the possibility of negotiation and transmission of knowledge by health professionals, a process that is facilitated by dialogue and openness of health professionals about cultural features (see other studies, particularly Atkinson and Farias, 1995; Whiteford and Szelag, 2000).

Professionals attach to the "poor" a standard feature: the immediacy. The latter conditions the actions of "poor", namely in the practice of family planning and patterns of maternal health care use and family planning. For instance, to health professionals and social workers correct use of contraception depends on the educational level of women. But there is no evidence of this situation in studies; on the contrary there is some evidence of certain transversality in the "failures", for example, related to the pill. The case-control study shows that the contraceptive pill was the most widely used at the time that women got pregnant of the last child, and apparently something has failed (dosage, forgetfulness, and taking antibiotics simultaneously), with no differences between socio-economic groups.

The analysis reflects the existence of representations not always coincident between women and health professionals with regard to maternity, pregnancy and fertility, but also regarding the needs and ways of using reproductive health (maternal health care and family planning)

I would like to draw attention to the importance for the decision makers to keep in mind these facts in order to adapt health policies to the expectations and perceptions of need of vulnerable populations, to achieve the appropriate use of reproductive health care, and ultimately, promoting equity in health.

General conclusions

In conclusion, I would say that this research is part of an approach to understand the characteristics associated with the continuum of poverty, and looks for such factors, which may explain the relative position of social groups on the same continuum.

In terms of health, I note there is an association between non-attending post-partum consultation and the higher chance of belonging to a poor socio-economic group. As a result, there must be an increased caution in terms of organizing health care for these women, with vulnerabilities of various kinds, so that they are properly monitored, guided and supported to carry out this type of consultation, which involves an awareness for them to "like themselves", even after the birth of children.

Networks of sociability are different depending on the position that women occupy in terms of social gradient, and the position is more vulnerable for the very poor and the poor women, both in case of illness or in situations of support for their children and still in terms of material

deprivation, there is an effect in terms of dilution of sociability for groups already so vulnerable in other ways.

Describing, analysing and characterizing the gradients of poverty and deprivation among the multiple groups of women in the study it can be concluded that there are differentiating aspects of poor women for women not poor.

But they express particular characteristics, which make them very poor women. In other words, this group of people are particularly wrapped in a multitude of social risks, as are women who have children, work, sociability networks have weakened and can not count on help from the state in terms of measures of social support, not being eligible, for example, to the RSI. Reviewing the conditions of allocation of measures is urgent, not necessarily with the current configuration, but having in mind this entire population.

Sexual activity starts early in the lives of people, regardless of socio-economic origin, so this is one aspect which I think should still be considered in terms of sexual and reproductive health by the various entities with regard to education and health promotion.

Issues related to the inability to contain health care costs – women stop buying drugs, especially for themselves and not being able to pay for medical consultations and dental specialists – are very serious, to the extent that this bring out the differences in terms of socio-economic groups, constituting itself as a factor associated with health inequities that still exist in Portugal. As is well known from studies carried out, these are also causes of poverty. So, this is an area that deserves priority action in order to help moving towards a society with more equity.

A difference in the availability and geographic and economic access, marked by differences in social gradients, leaves open the need to act in the sense that health system has policies to promote equity, including equity of economic access. This is an area receiving attention in terms of "health systems" research.

It seems evident the need to monitor which are the interactions between policies, health and social services, and the variability in social inequalities over time, i.e. the importance of monitoring the effects of policies on vulnerable groups. Only that way we can evaluate whether the measures should continue or not, however, should changes occur in supporting measures to improve social conditions and public health.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS ..... **IV**

RESUMO ..... **V**

SUMMARY ..... **XII**

ÍNDICE ..... **XVIII**

ÍNDICE DE FIGURAS ..... **XXI**

ÍNDICE DE QUADROS ..... **XXII**

ÍNDICE DE TABELAS ..... **XXVIII**

SIGLAS ..... **XXIX**

INTRODUÇÃO **31**

Objecto de Estudo e Objectivo Principal *31*

Objectivos Gerais e Hipóteses Centrais *31*

Estrutura do Trabalho *34*

Justificação da Temática *35*

Justificação da Abordagem Metodológica *39*

Iª PARTE: TEORIAS E CONTEXTOS **43**

CAPÍTULO 1: MULHERES, POBREZA E SAÚDE 44

1.1. Abordagens Sociológicas nos Estudos de Saúde *44*

1.1.1Medicalização 47

1.1.2 Os Conceitos Saúde e Doença 50

1.2. Abordagens Teóricas nos estudos de Pobreza *53*

1.2.1 Aspectos conceptuais da pobreza e das exclusões sociais 55

1.2.1 Quando a pobreza se traduz no feminino 65

1.3. Pobreza, determinantes sociais / equidade em saúde e fecundidade *69*

1.3.1 Acesso e utilização cuidados de saúde 82

1.3.2 Género, saúde e desigualdades sociais 93

1.3.3. Fecundidade 103

1.4. Representações Sociais: perspectiva "leiga" e profissionais (saúde e social) *105*

CAPÍTULO 2: ASPECTOS CONTEXTUAIS 115

2.1 Política de saúde e cuidados de saúde reprodutiva e medidas de apoio à maternidade e redução da pobreza *115*

2.1.1 A Evolução das Políticas de Saúde e os Cuidados de Saúde Materno-Infantis 115

2.1.2 Descrição das medidas públicas de apoio à Maternidade e de redução da pobreza 125

IIª PARTE: PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES - OS ESTUDOS EMPÍRICOS 129

CAPÍTULO 3: POBREZA, MATERNIDADE E CUIDADOS DE SAÚDE: PROBLEMAS E PRÁTICAS 130

3.1. Objectivos do Estudo 131

3.2. Material, população e métodos 132

3.3. População em estudo e definição dos casos e dos controlos 133

3.3.1 Selecção da Amostra 134

3.3.2 Cálculo do tamanho da amostra 136

3.4. Instrumento de recolha de dados 138

3.5. Procedimento 140

3.5.1 Pré-teste 140

3.5.2 Realização das entrevistas 142

3.5.3 Operacionalização das variáveis 146

3.6. Análise dos dados 148

3.7. Resultados 152

3.7.1 As mulheres e o seu contexto: social, económico e familiar 152

3.7.1.1 Caracterização sociográfica familiar: Habilitações dos cônjuges e dos pais 158

3.7.1.2 Caracterização ocupacional: as mulheres e os cônjuges 159

3.7.2 A condição social actual: características associadas aos gradientes de pobreza 165

3.7.3 Padrões de fecundidade - relação com a condição social de pertença das mulheres 184

3.7.4 Acesso e utilização de Cuidados de Saúde - relação com a condição social de pertença das mulheres 202

3.7.4.1 Utilização de cuidados de saúde 213

3.7.5 Factores associados à condição social de pertença das mulheres (muito pobres, pobres e não pobres) 224

3.7.5.1 Associações com a condição de uma mulher muito pobre (face às pobres) 224

3.7.5.2 Associações com a condição de uma mulher muito pobre (face às não pobres) 227

3.7.5.3 Associações com a condição de uma mulher pobre (face às não pobres) 231

3.7.5.4 Factores associados à condição social das mulheres muito pobres (face às pobres e não pobres) 236

3.8. Discussão 248

CAPÍTULO 4: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A POBREZA, A MATERNIDADE E OS CUIDADOS DE SAÚDE 264

4.1. Objectivos do Estudo 264

4.2. Material, população e métodos 267

4.2.1 Recolha de Dados 268

4.2.1.1 Grupos Focais 269

4.2.1.2 Entrevistas Individuais Semi-Estruturadas 273

4.2.2 Amostra 275

4.2.3 Instrumentos de recolha de dados 277

4.2.4 Procedimento 282

4.2.5 Análise de dados 285

4.3. Resultados *287*
4.3.1 As representações das Mulheres: fecundidade; saúde reprodutiva e apoios sociais 287
4.3.1.1 Comportamentos de fecundidade e planeamento familiar 288
4.3.1.2 Utilização dos cuidados de saúde materna 305
4.3.1.3 Rendimento Social de Inserção 310
4.3.1.4 Domínios Prioritários de Intervenção: medidas de apoio social necessárias 314
4.3.2 As representações dos Técnicos (sociais e de saúde): fecundidade, saúde e apoio social 315
4.3.2.1 O que pensam os Profissionais de Saúde 315
4.3.2.2 O que pensam os Técnicos de Serviço Social 334
4.4. Discussão *358*
CAPÍTULO 5. ANÁLISE CONJUNTA DE PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES 376
IIIª PARTE: CONTRIBUTOS PARA O CONHECIMENTO 386
CAPÍTULO 6: CONCLUSÕES 387
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 399

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1-Triangulação Metodológica *42*

Figura 1. 1. Ciclo de saúde - pobreza *73*
Figura 1. 2. Modelo Conceptual de Determinantes Sociais de Saúde *79*
Figura 1. 3. Representações sociais: mulheres; profissionais de saúde e técnicos de serviço social *107*

Figura 3. 1. Representação esquemática do estudo de caso-controlo e respectivo factor de exposição *130*
Figura 3. 2. Representação esquemática do estudo de caso-controlo, segundo o factor de exposição e distribuição das respostas ao questionário *138*
Figura 3. 3. Esquema de aplicação do questionário nos grupos caso e controlo 1 ..... *145*
Figura 3. 4 Condição social explicada pela fecundidade, características sócio-demográficas e cuidados de saúde (2) *247*
Figura 3. 5 Condição social explicada pela fecundidade e características sócio-demográficas (1) *247*

Figura 4. 1. Distribuição da amostra total do Estudo Qualitativo *276*
Figura 4. 2. Percepção das mulheres sobre o melhor e o pior dos filhos *292*
Figura 4. 3. Percepção das mulheres sobre a vida antes e depois dos filhos *295*
Figura 4. 4. Percepção dos profissionais de saúde acerca do papel dos filhos para as mulheres (pobres e não pobres) *318*
Figura 4. 5. Percepção dos profissionais de saúde sobre: Especifidades Grupais sobre comportamentos de fecundidade e cuidados de saúde *331*
Figura 4. 6. Percepção dos técnicos de serviço social sobre o "imediatismo" das mulheres pobres *342*
Figura 4. 7. Percepção dos técnicos de serviço social sobre a "saúde" nos programas de inserção *354*

Figura 5. 1. Modelo Explicativo – interligações entre condição social, fecundidade e cuidados de saúde *385*

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. 1. Teorias de pobreza e seus pressupostos *55*

Quadro 2. 1. Descrição dos aspectos essenciais acerca do RSI *127*

Quadro 3. 1. Distribuição da amostra *137*
Quadro 3. 2. Distribuição da taxa de resposta *137*
Quadro 3. 3. Caracterização demográfica da amostra - grupo etário, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *152*
Quadro 3. 4. Caracterização demográfica da amostra - estado civil, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *153*
Quadro 3. 5. Caracterização demográfica da amostra - monoparentalidade, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *153*
Quadro 3. 6. Caracterização demográfica da amostra - etnia, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *154*
Quadro 3. 7. Caracterização demográfica da amostra - escolaridade, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *154*
Quadro 3. 8. Caracterização demográfica - idade de início de trabalho, segundo os grupos em estudo *155*
Quadro 3. 9. Caracterização económica da amostra - rendimento da entrevistada, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *156*
Quadro 3. 10. Caracterização económica da amostra - rendimento do agregado, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *157*
Quadro 3. 11. Caracterização económica da amostra - situação face à propriedade, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *157*
Quadro 3. 12. Habilitações do Cônjuge, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *158*
Quadro 3. 13. Habilitações do pai e da mãe das mulheres, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *159*
Quadro 3. 14. Condição perante o trabalho das Mulheres e dos Cônjuges, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *160*
Quadro 3. 15. Grupos profissionais de Mulheres e Cônjuges segundo a Classificação Nacional Profissões, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *161*
Quadro 3. 16. Situação na profissão dos cônjuges, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *162*
Quadro 3. 17. Paragens no trabalho das Mulheres e dos Cônjuges, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *163*

Quadro 3. 18. Razões para as Mulheres terem deixado o último emprego, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *164*
Quadro 3. 19. Número de vezes que Mulheres e Cônjuges deixaram de trabalhar, segundo os grupos em estudo ... *164*
Quadro 3. 20. Idade de início de trabalho e abandono de estudos - cônjuge, segundo os grupos em estudo *165*
Quadro 3. 21. Evolução da situação económica do agregado, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *166*
Quadro 3. 22. Principal razão para a mudança na situação económica do agregado, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *166*
Quadro 3. 23. Existência de rendimentos por parte das entrevistadas nos últimos 12 meses, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *167*
Quadro 3. 24. Lista do tipo de apoios sociais recebidos nos últimos 12 meses por alguém no agregado, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *167*
Quadro 3. 25. Caracterização das ajudas em caso de doença, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *169*
Quadro 3. 26. Saber se recebeu algum tipo de apoio depois do último filho nascer, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *169*
Quadro 3. 27. Tipos de apoio recebidos após o nascimento do último filho, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *170*
Quadro 3. 28. Lista referente a Casa, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *172*
Quadro 3. 29. Lista referente a Capacidade de Poupança e Saúde, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *174*
Quadro 3. 30. Lista referente a Vestuário, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *175*
Quadro 3. 31. Lista referente a Alimentação, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *177*
Quadro 3. 32. Propriedade de automóvel e capacidade para pagar uma semana de férias /ano, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *178*
Quadro 3. 33. Atrasos, por dois meses ou mais, no pagamento de despesas diversas: habitação; despesas correntes; outras despesas – empréstimos; despesas com descendentes, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *179*
Quadro 3. 34. Problemas com o alojamento, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *180*
Quadro 3. 35. Capacidade do agregado fazer poupança no final de cada mês, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *182*
Quadro 3. 36. Percepção sobre classe social de pertença, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *183*

Quadro 3. 37. Percepção sobre a condição de pobreza ao longo do tempo, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *183*
Quadro 3. 38. Existência de gravidez e filhos naturais, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *184*
Quadro 3. 39. Reacções a uma gravidez indesejada, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *184*
Quadro 3. 40. Saber se as mulheres pensam ter (mais) filhos, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *185*
Quadro 3. 41. Número de filhos que as mulheres querem ter, segundo o grupo em estudo *186*
Quadro 3. 42. Idade em que as mulheres pensam ter o próximo filho, segundo dos grupos em estudo *186*
Quadro 3. 43. Número ideal de filhos, segundo os grupos em estudo *187*
Quadro 3. 44. Número total de filhos naturais, segundo os grupos em estudo. *187*
Quadro 3. 45. Diferença entre número ideal de filhos e número total de filhos naturais vivos, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *188*
Quadro 3. 46. Diferença entre número de filhos que pensa ter mais (ou quer ter) e número total de filhos naturais, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *189*
Quadro 3. 47. Número de filhos que pensa ter (ou quer mais) menos o número ideal de filhos, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *190*
Quadro 3. 48. Calendário de fecundidade (idade do primeiro filho), segundo os grupos em estudo *191*
Quadro 3. 49. Último filho: pensavam engravidar naquele momento, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *191*
Quadro 3. 50. Último filho: faziam alguma contracepção para evitar a gravidez, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *192*
Quadro 3. 51. Último filho: qual o método contraceptivo utilizado para evitar a gravidez, segundo os grupos em estudo (frequência e percentagem) *192*
Quadro 3. 52. Gravidez depois do último filho, segundo os grupos em estudo (frequência e percentagem) *193*
Quadro 3. 53. Tipo de gravidez depois do último filho, segundo os grupos em estudo (frequência e percentagem) . *193*
Quadro 3. 54. Existência de gravidez actual, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *194*
Quadro 3. 55. Planeamento da gravidez actual, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *194*
Quadro 3. 56. Utilização de contracepção aquando da gravidez actual, segundo os grupos em estudo (frequência e percentagem) *195*
Quadro 3. 57. Existência de abortos, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *195*
Quadro 3. 58. Número de abortos, segundo os grupos em estudo *195*

Quadro 3. 59. Existência de abortos nas mulheres sem filhos, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados) *196*
Quadro 3. 60. Utilização actual de contraceptivo, segundo os grupos em estudo (frequência e percentagem) *196*
Quadro 3. 61. Métodos de contracepção usados actualmente, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *197*
Quadro 3. 62. Aconselhamento sobre método contraceptivo actual, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *198*
Quadro 3. 63. Utilização de contraceptivo diferente do actual, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *198*
Quadro 3. 64. Idade da primeira relação sexual, segundo os grupos em estudo *199*
Quadro 3. 65. Idade da primeira contracepção para evitar gravidez, segundo os grupos em estudo *199*
Quadro 3. 66. Métodos de contracepção usados na primeira relação sexual, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *200*
Quadro 3. 67. Método contraceptivo usado para evitar gravidez pela primeira vez, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *201*
Quadro 3. 68. Serviço de saúde a que recorrem, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos *202*
Quadro 3. 69. Existência de Seguro de Saúde privado, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *202*
Quadro 3. 70. Ter médico de família do Centro de Saúde da área de residência, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *203*
Quadro 3. 71. Ter cartão de saúde da SCML, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *203*
Quadro 3. 72. Meio de transporte utilizado para ir ao CS, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *204*
Quadro 3. 73. Meio de transporte utilizado para ir ao Hospital, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *205*
Quadro 3. 74. Meio de transporte para utilizar os serviços de saúde da SCML, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *205*
Quadro 3. 75. Tempo necessário (em minutos) para a deslocação ao CS e ao Hospital, segundo os grupos em estudo *206*
Quadro 3. 76. Acesso telefónico e/ou electrónico, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *207*
Quadro 3. 77. Ter deixado de comprar medicamentos por incapacidade financeira: para a própria, para os filhos e para outras pessoas do agregado, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *208*
Quadro 3. 78. Ter deixado de fazer consultas: médicos especialistas e dentistas, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *208*

Quadro 3. 79. Ter deixado de comprar óculos, incapacidade para pagar fazer meios complementares de diagnóstico, fisioterapia e próteses, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *209*
Quadro 3. 80. Espera para última consulta no CS, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *210*
Quadro 3. 81. Dias de espera para a última consulta no CS, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *210*
Quadro 3. 82. Percepção sobre facilidade de conseguir Médico de Família, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *212*
Quadro 3. 83. Percepção sobre facilidade para conseguir consulta de: planeamento familiar, materno-infantil e ginecologia/obstetrícia, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *212*
Quadro 3. 84. Utilização de alguma consulta no CS, nos últimos 12 meses, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *213*
Quadro 3. 85. Qual a principal razão para a fazer a última consulta no CS, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *214*
Quadro 3. 86. Utilização de consultas nos serviços de saúde da SCML, nos últimos 12 meses, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *215*
Quadro 3. 87. Local da consulta no primeiro ano de vida, do último filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *215*
Quadro 3. 88. Consulta pré-concepcional – primeiro filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *216*
Quadro 3. 89. Tipo de local onde fez a consulta pré-concepcional – primeiro filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *217*
Quadro 3. 90. Vigilância pré-natal – primeiro filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *217*
Quadro 3. 91. Profissional de saúde que fez consulta de pré-natal – primeiro filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *218*
Quadro 3. 92. Tipo de local onde fez a consulta pré-natal – primeiro filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *218*
Quadro 3. 93. Local do parto – primeiro filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *219*
Quadro 3. 94. Tipo de parto – primeiro filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *220*
Quadro 3. 95. Consulta de revisão do parto – primeiro filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *220*
Quadro 3. 96. Consulta pré-concepcional – último filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *220*
Quadro 3. 97. Tipo de local onde fez a consulta pré-concepcional – último filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *221*

Quadro 3. 98. Vigilância pré-natal – último filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *221*
Quadro 3. 99. Profissional que fez a consulta pré-natal – último filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *222*
Quadro 3. 100. Tipo de local onde fez a consulta pré-natal – último filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *222*
Quadro 3. 101. Local do parto – último filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos) *223*
Quadro 3. 102. Consulta de revisão do parto – último filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)..... *224*
Quadro 3. 103. Modelos finais ajustados de Regressão Logística da variável "casos_controlos1": (1) em função das variáveis fecundidade e socio-demográficas; (2) em função das variáveis fecundidade, socio-demográficas e de acesso e utilização de cuidados de saúde *226*
Quadro 3. 104. Modelos finais ajustados de Regressão Logística da variável "casos_controlos2": 1) em função das variáveis fecundidade e socio-demográficas; 2) em função das variáveis fecundidade, socio-demográficas e de acesso e utilização de cuidados de saúde *228*
Quadro 3. 105. Modelos finais ajustados de Regressão Logística da variável "controlos1_controlos2": 1) em função das variáveis fecundidade e socio-demográficas; 2) em função das variáveis fecundidade, socio-demográficas e de acesso e utilização de cuidados de saúde *232*
Quadro 3. 106. Coeficientes do primeiro modelo final ajustado de Regressão Logística Multinomial em função das variáveis de fecundidade e sócio-demográficas. A classe de referência é a classe "muito pobre" (caso) *237*
Quadro 3. 107. Coeficientes do segundo modelo final ajustado de Regressão Logística Multinomial em função das variáveis de fecundidade, sócio-demográficas e de acesso e utilização de cuidados de saúde. A classe de referência é a classe "muito pobre" (caso) *241*

Quadro 4. 1. Guião entrevista individual /mulheres (com filhos e sem filhos) *277*
Quadro 4. 2. Guião para moderação de grupos focais – mulheres idade fértil..... *279*
Quadro 4. 3. Guião para moderação de grupos focais – Técnicos de serviço social *280*
Quadro 4. 4. Guião para moderação de grupos focais – profissionais de saúde *281*
Quadro 4. 5. Caracterização das mulheres participantes nos grupos focais e nas entrevistas individuais. *288*

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 3. 1. Hipóteses, Objectivos gerais e específicos do estudo de caso-controlo *131*

Tabela 4. 1. Objectivos gerais e específicos do estudo qualitativo *265*
Tabela 4. 2. Lista das áreas de discussão e categorias de análise, resultantes do tema Comportamentos de Fecundidade; PF - Mulheres *288*
Tabela 4. 3. Lista das áreas de discussão e categorias de análise, resultantes do tema utilização de cuidados de saúde materna - Mulheres *305*
Tabela 4. 4. Lista das áreas de discussão e categorias de análise, resultantes do tema rendimento social de inserção – Mulheres *310*
Tabela 4. 5. Perspectivas das mulheres sobre os domínios prioritários de intervenção *314*
Tabela 4. 6. Caracterização dos profissionais de saúde participantes nos grupos focais *315*
Tabela 4. 7. Lista das áreas de discussão e categorias de análise, resultantes do tema Comportamentos de Fecundidade; PF – Profissionais de Saúde *316*
Tabela 4. 8. Lista das áreas de discussão e categorias de análise, resultantes do tema utilização de cuidados de saúde materna – Profissionais de saúde *322*
Tabela 4. 9. Perspectivas dos profissionais de saúde sobre os domínios prioritários de intervenção *332*
Tabela 4. 10. Caracterização dos técnicos de serviço social particiantes nos grupos focais *334*
Tabela 4. 11. Lista das áreas de discussão e categorias de análise, resultantes do tema Comportamentos de Fecundidade; PF – técnicos de serviço social *335*
Tabela 4. 12. Lista das áreas de discussão e categorias de análise, resultantes do tema utilização de cuidados de saúde materna – técnicos de serviço social *343*
Tabela 4. 13. Lista das áreas de discussão e categorias de análise, resultantes do tema rendimento social de inserção – Técnicos de serviço social *346*
Tabela 4. 14. Perspectivas dos técnicos de serviço social sobre os domínios prioritários de intervenção *355*
Tabela 4. 15. Comparação dos Domínios Prioritários de Intervenção *373*

Tabela 5. 1. Análise conjunta: fecundidade – importância dos filhos *378*
Tabela 5. 2. Análise conjunta: práticas de controlos de fecundidade; planeamento familiar – planeamento das gravidezes *381*
Tabela 5. 3. Análise Conjunta: acesso e utilização de cuidados de saúde materna *384*

SIGLAS

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CNDSS – Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde

CSDH - Commission on Social Determinants of Health

CNRM – Comissão Nacional do Rendimento Mínimo

CS – Centro de Saúde

CSM – Cuidados de Saúde Materna

CSPN – Cuidados de Saúde Pré-natais

CSR – Cuidados de Saúde Reprodutiva

DEPS – Departamento de Estudos e Planeamento de Saúde

DIASL – Direcção de Acção Social Local

DIU – Dispositivo intra-uterino

DGCG – Doenças Genéticas Crónicas e Geriátricas

DGCSP – Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários

DGH – Direcção Geral dos Hospitais

DGIES – Direcção Geral de Instalações e Equipamentos de Saúde

DGS – Direcção Geral de Saúde

DRH – Departamento de Recursos Humanos

DSMIA – Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes

HAP – Hospitais de Apoio Perinatal

HAPD – Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

IVG – Interrupção Voluntária de Gravidez

NASL – Núcleo de Acção Social Local

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económicos

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAHO – Pan American Health Organization

PF – Planeamento Familiar

PSMI – Programa de Saúde Materno-Infantil

RMG – Rendimento Mínimo Garantido

RRH – Redes de Referenciação Hospitalar

RSI – Rendimento Social de Inserção

SCML – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SMI – Saúde Materno-Infantil

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SSR – Saúde Sexual e Reprodutiva

USSC – Unidades de Saúde Santa Casa

UCF – Unidades Coordenadoras Funcionais

INTRODUÇÃO

Objecto de Estudo e Objectivo Principal

Esta dissertação tem como objecto de estudo os indicadores e as representações da fecundidade e/ou da maternidade (aspirações, representações e práticas), segundo os contextos sociais de pobreza e não pobreza das mulheres em idade fértil e a sua associação com o acesso e os padrões de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva (pré-concepcional, pré-natal, parto e pós-parto).

Assim, o objectivo principal é aferir em que medida a pobreza afecta a maternidade e esta é condicionada pela situação socioeconómica das mulheres em idade fértil. Pretende-se compreender como se estabelece o acesso e quais os padrões de utilização da saúde reprodutiva (saúde materna e planeamento familiar) por parte das mulheres pobres (comparativamente com as não pobres) e que tipo de interacção ocorre com os prestadores de cuidados de saúde.

Objectivos Gerais e Hipóteses Centrais

De forma a atingir o objectivo principal apresentado, elaboraram-se as hipóteses centrais, que contribuíram de forma articulada para a compreensão mais completa dos diferentes factores e variáveis subjacentes ao enunciado anterior.

Objectivo Geral 1. Estimar quais as inter-relações entre a maternidade e fecundidade e pobreza, quer o papel da fecundidade como factor precipitante de pobreza, quer o papel da situação de pobreza como factor de fecundidade e maternidade

Hipótese 1. Existe um círculo vicioso entre fecundidade e pobreza.

Hipótese 1.a A situação de pobreza das mulheres aumenta a possibilidade de ocorrência de fecundidade.

Hipótese 1.b A gravidez e a maternidade aumentam o risco de pobreza para as mulheres.

Objectivo Geral 2. Aferir como funciona o acesso aos Cuidados de Saúde, explicando os padrões de utilização dos cuidados de saúde materna (doravante CSM) por parte das mulheres dos grupos em estudo (relacionando com as representações acerca dos CSM).

Hipótese 2. Existem diferenças no acesso aos cuidados de saúde e nas formas de utilização dos cuidados de saúde materna, por parte das mulheres, relacionadas com o rendimento dos agregados, a escolaridade das mulheres e ser uma família monoparental feminina.

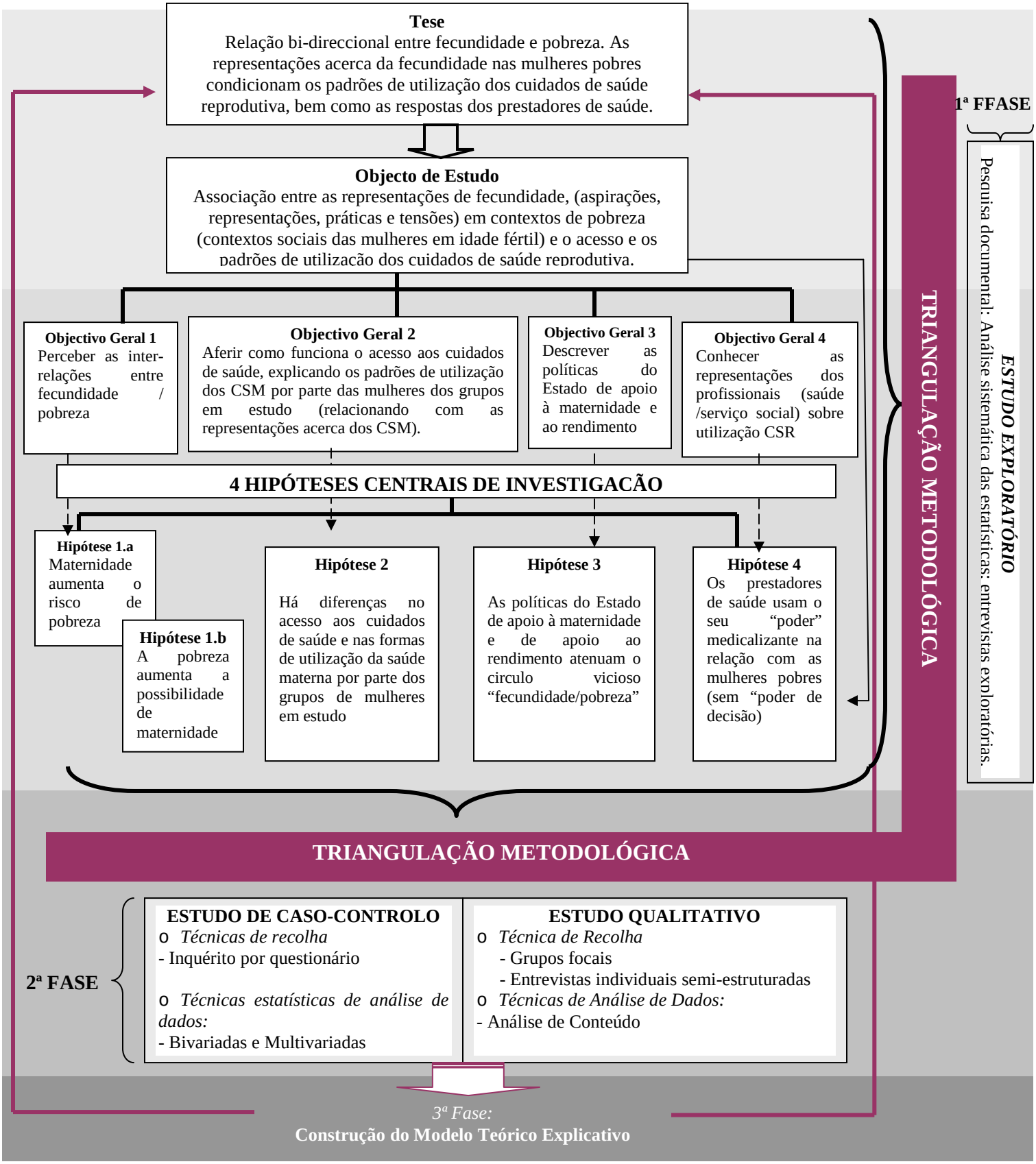
Objectivo Geral 3. Descrever a evolução das políticas de saúde e cuidados de saúde materno-infantis e planeamento familiar, bem como as medidas do Estado de apoio à maternidade e de apoio ao rendimento, e analisar o impacto que estas têm no círculo vicioso "fecundidade-pobreza."

Hipótese 3. As políticas do Estado de apoio à maternidade e de apoio ao rendimento têm funcionado como atenuante para quebrar o círculo vicioso "fecundidade-pobreza".

Objectivo Geral 4. Conhecer as representações dos profissionais de saúde sobre os comportamentos de fecundidade e as formas como as mulheres utilizam os cuidados de saúde reprodutiva (doravante CSR) (materna e planeamento familiar). Conhecer as representações dos técnicos de serviço social sobre os comportamentos de fecundidade e as formas como as mulheres utilizam os CSR e se relacionam com o RSI.

Hipótese 4. Os profissionais de saúde utilizam o seu "poder" dominante (medicalizante) na relação com as mulheres utilizadoras pobres (sem "poder de decisão").

O quadro de referência que se apresenta de seguida permite uma melhor compreensão da forma como estes objectivos se articularam com as respectivas hipóteses de investigação e como os estudos quantitativo e qualitativo se complementaram na procura das confirmações ou infirmações das hipóteses.


Tese
Relação bi-direccional entre fecundidade e pobreza. As representações acerca da fecundidade nas mulheres pobres condicionam os padrões de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva, bem como as respostas dos prestadores de saúde.
Objecto de Estudo
Associação entre as representações de fecundidade, (aspirações, representações, práticas e tensões) em contextos de pobreza (contextos sociais das mulheres em idade fértil) e o acesso e os padrões de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva.
1ª FFASE
ESTUDO EXPLORATÓRIO
Pesquisa documental: Análise sistemática das estatísticas; entrevistas exploratórias.
TRIANGULAÇÃO METODOLÓGICA
Objectivo Geral 1
Perceber as inter-relações entre fecundidade / pobreza
Objectivo Geral 2
Aferir como funciona o acesso aos cuidados de saúde, explicando os padrões de utilização dos CSM por parte das mulheres dos grupos em estudo (relacionando com as representações acerca dos CSM).
Objectivo Geral 3
Descrever as políticas do Estado de apoio à maternidade e ao rendimento
Objectivo Geral 4
Conhecer as representações dos profissionais (saúde /serviço social) sobre utilização CSR
4 HIPÓTESES CENTRAIS DE INVESTIGACÃO
Hipótese 1.a
Maternidade aumenta o risco de pobreza
Hipótese 1.b
A pobreza aumenta a possibilidade de maternidade
Hipótese 2
Há diferenças no acesso aos cuidados de saúde e nas formas de utilização da saúde materna por parte dos grupos de mulheres em estudo
Hipótese 3
As políticas do Estado de apoio à maternidade e de apoio ao rendimento atenuam o circulo vicioso "fecundidade/pobreza"
Hipótese 4
Os prestadores de saúde usam o seu "poder" medicalizante na relação com as mulheres pobres (sem "poder de decisão)
TRIANGULAÇÃO METODOLÓGICA
2ª FASE
ESTUDO DE CASO-CONTROLO
o Técnicas de recolha
- Inquérito por questionário
o Técnicas estatísticas de análise de dados:
- Bivariadas e Multivariadas
ESTUDO QUALITATIVO
o Técnica de Recolha
- Grupos focais
- Entrevistas individuais semi-estruturadas
o Técnicas de Análise de Dados:
- Análise de Conteúdo
3ª Fase:
Construção do Modelo Teórico Explicativo

O recurso à investigação quantitativa e qualitativa pareceu ser uma maneira adequada de perceber a complexidade da problemática que desejava estudar, utilizando diferentes métodos para olhar para a mesma situação social, visto que dificilmente um método individual poderia captar a abrangência do que me propunha estudar.

Assim, a utilização das duas abordagens metodológicas e respectivas técnicas de recolha e análise de dados, tendo em vista a triangulação metodológica, ajudou à compreensão mais profunda da realidade em estudo.

Estrutura do Trabalho

O trabalho de investigação foi organizado em três fases: em primeiro lugar, o estudo exploratório; em segundo os estudos quantitativo (caso-controlo) e qualitativo e, em terceiro, a construção de um modelo explicativo, resultante da análise conjunta dos resultados de todos os estudos. Assim, a forma como se apresenta a estrutura final do trabalho é o reflexo do desenho de estudo adoptado.

Na primeira parte da tese encontra-se o capítulo 1, relativo ao enquadramento teórico, cujas componentes ficaram decididas em grande parte devido aos contributos do estudo exploratório, que se apresenta no capítulo 2. Este estudo incidiu na exploração da diversidade com o pressuposto de ultrapassar as interpretações estabelecidas, que contribuem para reproduzir a ordem das coisas, tendo como objectivo fazer emergir novas significações dos fenómenos, mais esclarecedoras e pertinentes. Concretamente, efectuou-se a recolha de informação (através de pesquisa documental e entrevistas exploratórias) tendo em vista apreender as dinâmicas em curso e, como em qualquer abordagem de ciência social comparativa, identificar ligações causais que permitam verificar uma relação entre uma certa configuração de causas e os seus resultados. Esta fase do trabalho serviu de suporte às opções finais acerca do objecto de estudo, respectiva problemática, hipóteses e objectivos gerais da investigação e específicos de cada um dos estudos efectuados.

Na segunda parte do trabalho procura-se entender a complexidade associada à problemática das representações de mulheres acerca da fecundidade, da saúde e da doença, em contextos sociais distintos (pobres e não pobres), e as interacções que estas podem ter ao nível dos padrões de fecundidade e de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva, bem como os gradientes de

pobreza. Para isso, apresentam-se dois estudos realizados, que resultam da utilização de uma abordagem mista quantitativa (capítulo 3) e qualitativa (capítulo 4).

Na última parte do trabalho e a partir da informação recolhida nos estudos, construí um modelo explicativo das interacções verificadas entre as representações, as práticas e as tensões sobre a maternidade e/ou fecundidade, e a condição social de pobreza e não pobreza actual das mulheres, bem como as associações com acesso e utilização dos cuidados de saúde. Este modelo é apresentado no capítulo 5, onde mostro a análise conjunta dos dois estudos anteriores. Assenta em dois pilares: 1) *A racionalidade das decisões das mulheres utilizadoras dos cuidados de saúde reprodutiva.* As formas de utilização dos CSR derivam de uma multiplicidade de factores. Entre eles estarão as representações que as mulheres fazem da situação de maternidade, entendida como "não-doença"? Qual o papel dos contextos sociais na forma como as mulheres percepcionam a necessidade de cuidados de saúde reprodutiva? A forma como se estabelece a relação com o prestador de cuidados de saúde será decisiva para o número de consultas ou o tipo de adesão às prescrições? 2) *As representações dos profissionais de saúde e sociais*. Isto é, a forma como os serviços de saúde estão organizados e como as respostas se efectivam. O que pensam os profissionais sobre esta organização? E como se relacionam os profissionais da saúde e os técnicos de serviço social com elas? O que condiciona a utilização dos cuidados de saúde em contextos de pobreza? No capítulo 6 encontram-se as conclusões e recomendações.

Justificação da Temática

O interesse pela questão das interacções entre a fecundidade e/ou maternidade (como situação social particular no percurso de vida de mulheres e homens, mas claramente diferenciada pelo género), numa situação socioeconómica específica e as formas de acesso e padrões de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva, resulta de um processo de descoberta intelectual e científica. De referir que os aspectos pessoais acabaram por ter alguma influência na escolha do tema e das opções pelo objecto de estudo. Nomeadamente, através das experiências nos contactos com os serviços de saúde devido à necessidade de cuidados de saúde pré-natais, experimentando as dificuldades de acesso, bem como as "imposições" médicas ao nível da medicalização a que o processo de maternidade (no caso uma gravidez de risco) está sujeito e a respectiva falta de

controlo da situação que se vive, bem como a necessidade de confiar em absoluto nas indicações médicas.

A estas ideias e motivações iniciais, as leituras vieram acrescentar a pertinência de introduzir na investigação os aspectos relativos à interacção entre as representações que as mulheres fazem de saúde / doença, nomeadamente no período da maternidade (suas necessidades de saúde e dos seus filhos) e as representações dos prestadores de saúde, concretamente os profissionais que contactam com as mulheres no decorrer dos cuidados de saúde reprodutiva (e dos cuidados de saúde dos seus filhos). Nesta intersecção de representações mútuas penso ser interessante verificar como se situam as políticas públicas, nomeadamente, a forma como os serviços de saúde estão organizados para responder às necessidades e formas de utilização das mulheres que vivem em contextos sociais de pobreza. Mas também a forma como os técnicos de serviço social percepcionam as formas de utilização das populações pobres, quer dos cuidados de saúde, quer dos serviços de apoio social existente.

Esta tese de doutoramento assenta, pois, em dois conceitos centrais: a) as representações - por parte de mulheres em contextos sociais de pobreza e não pobreza acerca da fecundidade; por parte dos prestadores de cuidados de saúde e dos técnicos de serviço social, que contactam com estas populações em estudo, sobre as suas formas de utilização dos CSR; b) o acesso e a utilização dos cuidados de saúde reprodutiva (a organização dos cuidados de saúde).

Reflectindo sobre as vivências inerentes ao processo de ter filhos (nomeadamente, a experiência da gravidez), percebe-se a multiplicidade de influências que intervêm nesse aspecto particular da evolução das nossas vidas. Aqui haverá vários factores importantes a considerar.

1) Ao nível da **fecundidade,** temos a considerar aspectos como: a) a atitude perante a situação de maternidade, que resulta em grande parte do contexto de pertença da mulher, considerando-se a situação socioeconómica da mulher como aspecto diferenciador relativamente às expectativas que rodeiam a situação de ter filhos e a forma como as mulheres se posicionam perante a experiência da fecundidade; b) o planeamento da gravidez: quando ter filhos é um processo planeado, a decisão está envolta em várias pressões – endógenas (representações da fecundidade) e exógenas (aspectos culturais e societais); c) os custos associados à maternidade e/ou fecundidade, directos (todo o tipo de materiais necessários para o bebé, como sejam as roupas, produtos de higiene,

acessórios diversos) e indirectos (nomeadamente, as implicações ao nível ocupacional, mais evidenciadas quando se trata de mulheres com vínculos precários).

2) No que diz respeito aos **contextos sociais** em que as mulheres em estudo vivem e as influências que esse factor pode ter ao nível da fecundidade, o presente estudo baseia-se no pressuposto de que a relação entre gravidez e/ou maternidade e pobreza se traduz numa situação bidireccional. Isto é, a pertença a um grupo social específico tem um determinado impacto sobre a decisão de ter filhos (aspirações e representações), a quantidade (tipo de descendências) e a forma (espontânea ou planeada), mas ter filhos também tem consequências para as mulheres desses mesmos grupos sociais devido, nomeadamente, à precariedade profissional e dos seus vínculos laborais, à falta de rede social de suporte para cuidar dos filhos e aos fracos recursos educativos.

3) Quanto aos **cuidados de saúde,** considera-se, por um lado, a forma como a mulher se posiciona perante os cuidados de saúde necessários neste período da sua vida – importância atribuída aos cuidados de saúde e aos hábitos a manter durante esse período; por outro, o relacionamento com os serviços de saúde num determinado período da vida da mulher em que ocorre uma experiência de gravidez, considerada não-doença, mas que implica o acompanhamento em termos de vigilância médica.

O processo de ter filhos pressupõe algum tipo de contacto com os serviços de saúde, daí a necessidade de introduzir esta variável ao analisar o processo social de "ser mãe". Até porque está comprovado que a qualidade dos cuidados de saúde que a mulher recebe neste período específico da sua vida tem influência no seu estado de saúde presente e futuro, bem como no dos filhos que gera (cfr. Fiscella, 1995 cit in Delgado-Rodriguez, *et al*, 1997; Erbaydar, 2003; Liu, 1998; Dealvaux *et al* 2001; Sunil *et al*, 2008). A utilização dos cuidados de saúde reprodutiva depende do posicionamento individual de cada mulher perante a gravidez e a maternidade, mas também da forma como os serviços de saúde estão organizados e da postura dos profissionais de saúde perante este tipo de população em estudo.

4) Daí a introdução de um quarto aspecto relativo aos **prestadores de cuidados de saúde**: que implicações na procura dos cuidados de saúde e na forma como se estabelece o relacionamento entre a mulher e o prestador de saúde. Que implicações em termos da organização dos serviços de saúde que fornecem cuidados de saúde reprodutiva para responder de forma adequada a estas mulheres pobres provenientes de um contexto social e cultural específico, com percepções

próprias acerca das suas necessidades de saúde. Que implicações para os serviços sociais que acompanham estas mulheres pobres beneficiárias de uma medida de apoio social (RSI) quando acompanham as mulheres numa experiência de ter filhos, considerada uma vivência privada e uma não doença.

No Plano Nacional de Saúde reconhece-se que "*subsistem franjas da população com cuidados de saúde reprodutiva inadequados: em particular as mulheres com baixa escolaridade e fracos recursos económicos, onde permanece elevada a percentagem de gravidezes com vigilância inadequada*" (Portugal, Ministério da Saúde. DGS, 2004: 27).

Por tudo o que ficou dito, a presente investigação situa-se na interface entre os aspectos societais subjacentes às questões de pobreza (especificamente, as mulheres pobres em idade fértil, suas representações sociais acerca da fecundidade e sua cultura de pertença) e os aspectos organizacionais da estrutura social a que pertencem, nomeadamente, os apoios sociais (medida de RSI) e as formas de acesso e os tipos de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva. Neste ponto, é importante esclarecer que se considera que esta pesquisa pode contribuir para compreender a percepção das necessidades[1] de quem utiliza os serviços de saúde (num grupo social concreto – mulheres pobres; numa situação social definida – maternidade e cuidados de saúde reprodutiva) *versus* a forma como os serviços estão organizados para fornecer respostas e os seus profissionais percepcionam as necessidades deste público específico.

Um aspecto importante a considerar quando se abordam estes temas está relacionado com a análise das relações entre as experiências privadas do quotidiano e os factores estruturais que as afectam. Neste caso, como se revela o estigma sentido pelas mulheres pobres e o reconhecimento dos seus direitos em relação às opções da sociedade nos seus programas assistenciais? E o inverso também é pertinente, isto é, como é que os profissionais da área social percepcionam as suas práticas de apoio social? A saúde (bem como o financiamento dos sistemas de segurança social) é crucial não apenas para as expectativas terapêuticas do paciente e para o seu acesso aos serviços de saúde, mas também para a sua vida e experiências quotidianas. Segundo Janine Pierret (2003), que efectuou uma revisão da literatura acerca das experiências da doença, esta é precisamente uma das áreas em que existe pouca pesquisa.

[1] Ver a definição utilizada de Necessidade no Glossário desta tese (anexo 19).

Justificação da Abordagem Metodológica

Num trabalho de investigação como este tornou-se necessário articular métodos de cariz quantitativo com outros de cariz qualitativo, recorrendo para tal a um conjunto diversificado de técnicas que se complementaram entre si. Este conjunto de métodos e técnicas de recolha de dados e análise da informação permitiu-me aceder a um conjunto de dados que autorizam a confirmar ou infirmar as hipóteses de trabalho e chegar a um conhecimento mais apurado acerca dos fenómenos em estudo - as representações sociais que as mulheres em idade fértil detêm acerca da fecundidade, procurando os cambiantes associados à sua situação socioeconómica - e as interacções com as formas como se processam o acesso e os padrões de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva.

É necessário referir que se entende a metodologia como *" (...) a organização crítica das práticas de investigação. (...) A metodologia alimentar-se-á assim dos métodos e dos percursos já feitos (...). É uma aprendizagem e uma sistematização posteriorística dos conceitos processuais e das suas relações"* (Almeida e Pinto, 1975: 385), sendo que a função inerente à metodologia é a de clarificar os campos de incidência dos métodos, detectar os seus principais problemas e codificar as soluções já exploradas anteriormente.

Quanto aos métodos, estes são *" (...) caminhos críticos percorridos por uma formação científica, através de múltiplas investigações que foram desembocando em conhecimentos estruturadores da sua matriz teórica (...); são o conjunto de práticas que definem o acto de investigação."* (Almeida e Pinto, 1975: 385). A sua função é a selecção das técnicas de investigação, o controlo das condições da sua utilização na produção de resultados parciais e o relacionamento e integração desses resultados para a obtenção de um resultado final.

Relativamente ao actual debate sobre investigação qualitativa e quantitativa, Flick (2006: 33-35) mostra de forma resumida três perspectivas, bem como alguns dos autores a elas associados:

1) Bryman identifica onze maneiras de integrar a investigação qualitativa e quantitativa, que se pode resumir da seguinte forma: existem investigações onde se assume um apoio recíproco da abordagem qualitativa e quantitativa, sendo utilizadas ambas para fornecer uma imagem mais geral da problemática em estudo; numa outra possibilidade de utilização conjunta, os aspectos

estruturais são analisados com os métodos quantitativos e os processuais, com os métodos qualitativos; pode ainda entender-se como uma forma de resolver as questões de dificuldade/impossibilidade de generalização do qualitativo, adicionando a perspectiva quantitativa, mas também os resultados qualitativos são vistos como facilitadores da interpretação das relações entre variáveis quantitativas; finalmente, a relação entre níveis micro e macro pode ser clarificada combinando o qualitativo (micro) e o quantitativo (macro);

2) Tashkkori e Teddlie defendem as "metodologias mistas" (*mixed methodologies*) com uma visão pragmática da combinação de ambas as abordagens. A ideia subjacente é acabar com as "guerras de paradigmas" (qualitativo vs quantitativo), sendo esta abordagem assumida como um "terceiro movimento metodológico". Ou seja, do ponto de vista metodológico, o objectivo é a fundação paradigmática do que estes autores chamam "metodologias mistas de investigação" (*mixed methodologies research*).

3) Kelle e Erzberger e o próprio Flick posicionam-se na corrente da triangulação de métodos qualitativos e quantitativos.

Parece-me que o desafio colocado prende-se com a forma de combinar uma abordagem qualitativa e uma abordagem quantitativa num mesmo desenho de estudo. E tal pode ser feito através de integração de ambas as abordagens (Miles e Huberman, 1994); de sequência de investigação qualitativa e quantitativa, com os pressupostos de que nenhuma das abordagens é inferior, ou seja, um estudo pode incluir ambas as abordagens em diferentes fases do processo. Por exemplo, uma abordagem qualitativa para desenvolver hipóteses, que depois serão testadas numa abordagem quantitativa, sendo aqui realçada a força da abordagem qualitativa na exploração do fenómeno em estudo; ou ainda de triangulação, que significa combinar vários métodos qualitativos, mas também significa combinar métodos qualitativos e quantitativos, sendo o principal pressuposto que as diferentes perspectivas metodológicas se complementam no estudo de um fenómeno.

> *" (…) Os métodos quantitativos e qualitativos devem ser vistos como campos complementares e não rivais"*. (Jick, 1983: 135 cit in Flick, 2006)

A triangulação consiste na combinação de diferentes métodos para estudar um objecto de estudo específico (Flick 2002; Cresswell 2003; Bryman 2004; Burgess, 1984; Patton 2004). Resumindo, o conceito de triangulação refere-se à combinação de abordagens de investigação e métodos, ou seja,

a utilização de dois ou mais métodos de investigação e a utilização de mais do que uma abordagem metodológica num único estudo para obter uma compreensão mais abrangente e completa de um fenómeno.

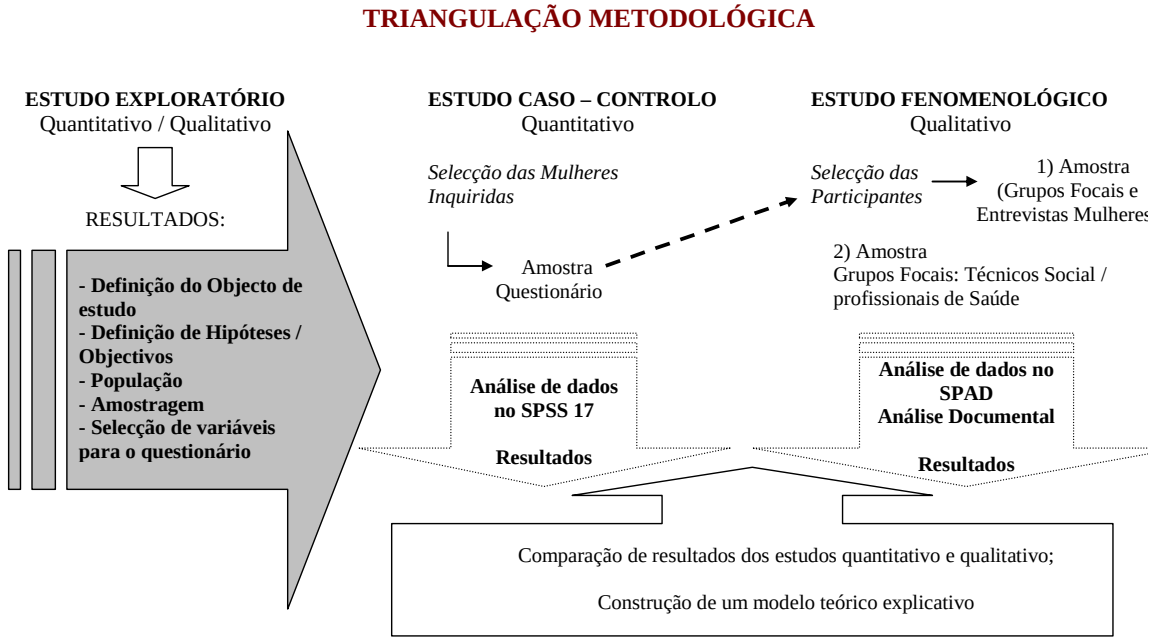
Segundo a classificação de Denzin (1989; 1970), há quatro tipos possíveis de triangulação: *Triangulação de dados,* que subdivide em: a) triangulação do tempo, em que o investigador tenta avaliar a influência do tempo usando desenhos de estudo com cortes transversais e longitudinais; b) triangulação do espaço, em que o pesquisador se envolve em determinadas formas de estudos comparativos; c) triangulação de pessoas nos seguintes níveis de análise: (i) o nível individual, (ii) o nível interactivo entre grupo, (iii) o nível colectivo; *Triangulação de investigadores,* segundo a qual mais do que uma pessoa analisa a situação em estudo; *Triangulação teórica,* em que são utilizadas teorias alternativas, que concorrem entre si, para estudar uma dada situação; *Triangulação metodológica,* que se pode apresentar como: a) triangulação "dentro de um método", pois o mesmo método é usado em diferentes ocasiões; b) triangulação "entre métodos", quando se utilizam vários métodos em relação ao mesmo objecto de estudo.

De acordo com Flick (2006: 1) existem duas alternativas distintas na triangulação: 1) a triangulação de abordagens qualitativa e quantitativa pode centrar-se num "caso simples". Por exemplo, todas as pessoas envolvidas num estudo são entrevistadas e preenchem um inquérito por questionário. Os dados recolhidos em ambos os momentos e através de diferentes técnicas de recolha de dados (entrevista e questionário) são comparados, unidos e analisados de forma conjunta; 2) a triangulação de abordagens qualitativa e quantitativa é efectuada em duas partes de um estudo, ou seja, as decisões acerca da amostragem são tomadas em dois passos, mantendo-se as mesmas pessoas incluídas em ambas as partes do estudo. Mas, num segundo passo, tem que ser decidido quais dos participantes, por exemplo, de um inquérito por questionário inicial são seleccionados para entrevistas ou grupos focais (há uma primeira amostragem para abordagem quantitativa e outra amostragem para a abordagem qualitativa). Os dados recolhidos através dos questionários são analisados quanto à sua frequência e distribuição em toda a amostra. Seguidamente, as respostas às entrevistas ou grupos focais são analisadas e comparadas e, por exemplo, desenvolvida uma tipologia. Depois, a distribuição das respostas aos questionários e a tipologia são relacionados e comparados.

A triangulação tem limitações, que incluem dificuldades no tratamento de uma grande quantidade de dados, que usualmente acontece, e ainda um potencial enviesamento resultante do próprio investigador (Thurmond 2001), bem como alguma ambiguidade (Bryman 2004).

Devido à natureza do meu objecto de estudo e à complexidade inerente, optei por utilizar uma combinação de métodos qualitativos e quantitativos, num mesmo desenho de estudo, dividindo a investigação em três estudos, procurando que estes métodos fossem utilizados de forma complementar: 1) o estudo exploratório que serviu de base à definição do objecto de estudo, às hipóteses de investigação e respectivos objectivos; 2) o estudo de caso-controlo (quantitativo) que foi desenhado com uma estratégia de amostragem e deu origem a dados, que foram analisados; 3) o estudo qualitativo cujos participantes foram seleccionados da mesma amostra do estudo de caso-controlo, sendo aqui efectuada uma nova opção quanto à selecção dos participantes tendo sido também analisados. Os resultados de ambos os estudos foram comparados e contribuíram de forma conjunta para responder às hipóteses e objectivos da pesquisa. Na **Erro! A origem da referência não foi encontrada.**, encontra-se a representação esquemática do meu desenho de estudo, onde é perceptível a forma como utilizei a triangulação metodológica no trabalho.

Figura 1-Triangulação Metodológica



Iª PARTE: TEORIAS E CONTEXTOS

CAPÍTULO 1: MULHERES, POBREZA E SAÚDE

Neste ponto pretende-se, por um lado, esclarecer os conceitos utilizados no estudo e, por outro, apresentar as opções teóricas subjacentes e que foram seguidas em termos de investigação.

1.1. Abordagens Sociológicas nos Estudos de Saúde

A sociologia elaborada sobre a medicina, a saúde e a doença como área específica de estudo é relativamente recente, mas com uma grande evolução desde a década de 50. O que se apresenta pretende apenas ser uma súmula de revisão sobre alguns dos aspectos essenciais que caracterizam as formas de relacionamento entre o sector da saúde e as restantes esferas societais. Começo desde logo por encontrar dificuldades terminológicas entre sociologia da medicina / sociologia da saúde e doença.

Sociologia da Medicina

Apesar de haver estudos anteriores, apenas a partir dos anos 60 é que esta disciplina, designada de sociologia da medicina, aparece de forma autónoma na Associação Americana de Sociologia. Mas antes disto houve por parte da medicina um reconhecimento dos factores sociais na doença. De facto, desde que a medicina existe que os médicos reconhecem que existe uma relação estreita entre a doença e o ambiente social. No entanto, até recentemente os cientistas sociais que pesquisavam a literatura médica verificavam serem escassas as abordagens sociológicas. Ainda hoje muitos médicos não compreendem o que os sociólogos podem estudar que seja relevante em termos médicos.

Também da parte dos sociólogos houve um desinteresse generalizado da área da medicina como campo de estudo até à Segunda Guerra Mundial, com excepção para alguns estudos sobre os aspectos sociais da psiquiatria originados pela difusão da psicanálise. A partir da II Guerra Mundial tem havido uma crescente inter-relação da sociologia e da medicina[2]. Entre os factores que contribuíram para esta aproximação estão: as modificações na morbilidade - que forçaram a medicina a prestar atenção às doenças crónicas, especialmente os seus componentes sócio-

[2] Segundo Montagner (2008: 198) é unanimemente considerado, entre os autores que estudam este tema, que o período pós-guerra coincide com o momento de retomada tanto das ciências sociais, como da sociologia da medicina no continente europeu.

psicológicos; o desenvolvimento da psiquiatria social enfatizando as causas sociais da doença mental; as mudanças nos serviços de saúde pública; a emergência de formas variadas de organização de cuidados médicos, nomeadamente, com a ênfase nos cuidados de saúde para a comunidade; e também o próprio amadurecimento da sociologia, quer em termos teóricos quer metodológicos (Coe, 1978; Montagner, 2008).

A sociologia da medicina devido ao seu carácter híbrido não é uma disciplina fácil de descrever. São vários os autores que se têm debruçado sobre a história desta especialidade. Straus (1957) foi o primeiro a introduzir a definição entre sociologia da (*of*) e sociologia na (*in*) medicina, tendo sido depois produzidas várias abordagens (Petersdorf e Feinstein, 1980; Cokerham, 1983; Herzlich, 1985)[3].

Para muitos sociólogos que desenvolvem trabalho nesta área, dadas as necessidades individuais e dos sistemas de saúde, dever-se-ia progredir para a eliminação das fronteiras entre sociologia *da* e *na* medicina, até porque os objectivos quer da sociologia quer da medicina são convergentes. Ou

[3] Segundo Petersdorf e Feinstein (1980) podemos resumir da seguinte forma:
1) Sociologia na Medicina ("*sociology in medicine"*), refere-se à forma como os fenómenos sociais podem predispor as pessoas para o desenvolvimento de uma doença ou afectar os seus comportamentos depois de a doença ocorrer. Exemplos deste facto são a prevalência e incidência de doenças em diferentes contextos sócio-económicos, e a forma como os factores sociais podem condicionar tanto o itinerário que conduz aos cuidados médicos quando a doença acontece como a adesão dos pacientes às recomendações terapêuticas. Esta perspectiva é geralmente bem recebida devido à sua óbvia importância, embora por vezes os sociólogos sejam criticados devido ao facto de apresentarem este terreno de trabalho como "descoberto" por si.
2) Sociologia da Medicina ("*sociology of medicine"*), diz respeito aos diferentes profissionais de saúde, administrativos, recursos na comunidade e outras estruturas sociais envolvidas na prestação de cuidados de saúde. Este tópico inclui temas no âmbito dos sistemas de cuidados de saúde, prestação de cuidados de saúde, poder médico, formação de pessoal paramédico, etc. Geralmente é visto como a agregação de tópicos que tradicionalmente eram da saúde pública.
3) Sociologia para a Medicina ("*sociology for medicine"*), compreende as contribuições da investigação clínica que utiliza as estratégias metodológicas da sociologia. Isto inclui, nomeadamente, as técnicas usadas para criar escalas de atitudes. As contribuições metodológicas da sociologia são rapidamente aceites quando consideradas úteis.
4) Sociologia da Medicina ("*sociology from medicine"*), o sujeito de investigação sociológica é o estilo de vida, educação e comportamento do pessoal médico. Um exemplo desta área é o estudo relativo à "socialização" que ocorre durante a educação dos estudantes de medicina. Normalmente tem boa aceitação por parte dos profissionais de saúde em estudo, embora nem sempre concordem com as interpretações sociológicas dos resultados.
5) Sociologia na Medicina ("*sociology at medicine"*), contém assuntos relativos a orientação política e ideologia, tais como os que foram discutidos há mais de um século por parte de Rudolf Virchow, que disse: *"A medicina é uma ciência social e a política mais não é do que medicina em larga escala"* (cit in Petersdorf e Feinstein, 1980: 28). Tem sido um domínio atribulado de conhecimento para muitos clínicos que acreditam que as suas preocupações específicas pelo indivíduo se perdem nas crenças colectivistas acerca da sociedade, além das suas posições conservadoras colidirem com as perspectivas liberais de muitos sociólogos.
6) Sociologia da Medicina ("*sociology around medicine"*), refere-se à interacção entre a medicina e várias outras ciências sociais como a antropologia, economia e etnologia.

seja, o movimento deveria ser realizar uma sociologia com (*with*) a medicina (Levine, 1987; Bury, 1986; Horobin, 1985; Straus, 1999; Clair *et al*, 2007 cit in Montagner, 2008).

Nos EUA assistimos a um movimento por parte de autores como Sol Levine (1987) que defende que a sociologia da medicina praticada naquele país não se limita ao estudo do mundo médico, incluindo a sociedade e a doença integradas no ambiente social amplo.

Uma das áreas importantes para aplicação dos conhecimentos sociológicos e as respectivas técnicas de pesquisa é precisamente o estudo da forma como as doenças afectam os seres humanos e a maneira como cada grupo reage às doenças. Rodney Coe (1978) encontrou quatro dimensões de análise, para esta mesma problemática: i) a ocorrência das doenças nunca é uniforme ou aleatória, antes se percebe serem mais ou menos comuns em determinados grupos sociais, sendo que o estudo destas distribuições diferenciais da doença em função do nosso conhecimento das estruturas sociais e estilos de vida fornece pistas acerca da natureza e causas da doença; ii) as pessoas tendem a ver a sua doença segundo a perspectiva particular da sua cultura, e em parte com base nesta perspectiva tendem a responder de forma previsível à doença; iii) as pessoas desenvolvem um conjunto de instituições para tratar sistematicamente as doenças que ocorrem no seu grupo. E estas instituições podem ser relativamente simples ou bastante complexas; iv) o tratamento de doenças envolve mais do que a mera aplicação dos conhecimentos médicos através das instituições médicas.

Por todas estas razões a sociologia tem muito para contribuir na área da medicina, da saúde e da doença. A distribuição de doenças na sociedade, as perspectivas culturais sobre as doenças (e sobre as formas de permanecer saudável), os papéis, atitudes e valores que emergem da organização social dos centros de tratamento, e as relações das unidades de tratamento e apoio são tudo temas da competência da sociologia. De uma forma geral, a sociologia pode ter uma importância particular ao fornecer aos profissionais de saúde informações acerca das perspectivas dos outros.

Sociologia da Saúde e da Doença

Foi quando a sociologia começou a integrar nos seus estudos questões como as interacções sociais, a micro-política, os processos sociais de doença do ponto de vista do indivíduo e não mais apenas as abordagens macro-estruturais, focadas no papel do Estado como núcleo central do poder

(Montagner, 2008). Ou seja, a sociologia da saúde abrange "uma perspectiva mais alargada a factos, estruturas e situações ligados à saúde e à doença e menos comprometida com enfoques particulares" (Carapinheiro, 1986: 16). Estas mudanças permitiram o que Cabral (2009: 20) designou de "convergência com a epidemiologia", com a sociologia não apenas centrada no hospital e na profissão médica, mas sobretudo preocupada com os contextos familiares e profissionais "enquanto esferas de produção e reprodução da assimetria de recursos materiais e psico-sociais que protegem ou tornam os indivíduos vulneráveis à doença".

A sociologia da saúde e da doença é, actualmente, marcada por dois eixos principais (Arqué, 1997 cit in Cabral, 2009: 20): por um lado, o das desigualdades, privilegiando uma abordagem macrossociológica usando metodologias quantitativas; por outro, o da experiência da doença, que ao privilegiar a abordagem microssociológica faz uso das metodologias qualitativas. Se é verdade que esta investigação se insere no eixo das desigualdades (abordagem macro - estudo de caso-controlo), não deixa de fazer uma abordagem micro sobre as experiências e percepções individuais sobre os fenómenos antes estudados (estudo qualitativo).

Assim, esta pesquisa pretende constituir-se com um contributo para aprofundar o conhecimento acerca das interacções entre um grupo social (numa perspectiva de género), com as suas vivências e representações sobre a fecundidade e os aspectos relativos à saúde/doença, contextualmente focalizadas – contexto social de pobreza e a forma como os serviços de saúde estão organizados.

1.1.1Medicalização

O postulado segundo o qual a sociedade e o conhecimento médico são distintos, uma vez que a medicina é um produto da ciência formando um corpo de conhecimento asocial e independente, é questionado tanto pela tese da medicalização como pelo construcionismo social[4] e as abordagens

[4] Segundo o construcionismo social os rótulos de doença são construções sociais, mais do que a perspectiva de medicalização. Em vez de observar casos especiais, como a doença mental, como sendo socialmente construídos, analisa todas as categorias médicas como construções sociais que definem e dão significado a determinados eventos. Por exemplo, Sedgewick (1982 cit in Morgan *et al*, 1993) considera que eventos naturais como a fractura de ossos ou ruptura de tecidos não constituem problemas, resultando antes dos significados sociais que lhes conferimos. Isto não implica que o construcionismo social considere que as doenças são imaginárias, mas antes que a medicina é um tipo de prática social, que observa, codifica e compreende estes sofrimentos. Os conceitos de doença não têm uma forma necessariamente trans-histórica ou universal, e reflectem uma maneira particular de ver o mundo.
Foucault (1973 cit in Morgan *et al*, 1993) desempenhou um papel principal no desenvolvimento da abordagem de construcionismo social para a história do conhecimento médico. Ele demonstrou como as mudanças na abordagem

marxista e funcionalista[5], que oferecem explicações diferentes acerca das envolventes do conhecimento médico e das perspectivas de saúde, geralmente questionando na natureza do conhecimento médico (Hillier, 1991b).

O conceito de medicalização tem mudado em consequência dos desenvolvimentos societais e teóricos que têm ocorrido (Nye, 2003). Pode dizer-se que está relacionado com a expansão da medicina em áreas que anteriormente não faziam parte da sua esfera de acção, tais como o aumento da intervenção médica na gravidez e no parto ou a definição da depressão e alcoolismo como problemas médicos. Esta posição tem sido atacada devido ao crescente controlo médico através da expansão das suas áreas de influência (Morgan *et al*, 1993, White 1991; Hillier, 1991b).

O crescimento da medicalização deveu-se quer ao interesse da profissão médica em alargar o seu controlo e poder a áreas que tradicionalmente não estavam no seu domínio, quer às necessidades funcionais da sociedade.

Por um lado, autores como Oakley (1980 cit in Morgan *et al* 1993; Hillier, 1991b) têm vindo a contestar este papel da profissão médica de definir as condições para a intervenção médica e, consequentemente, para o alargamento da sua área de acção no que diz respeito ao parto. No seu

médica e no conceito de doença podem ser vistas como um produto de formas particulares de ver o corpo, ou o que ele chamou "olhar clínico". Foucault sugere que a análise à forma como o corpo é visto, descrito e construído, pode ser chamado de "anatomia política". É político porque as mudanças na forma como o corpo é visto não são consequência de algum efeito aleatório, mas baseado em certos mecanismos de poder. O autor descreveu a visão médica do corpo desenvolvida no século XVIII como reflexo de mudanças mais vastas na sociedade europeia.

[5] Tanto a abordagem funcionalista, como a marxista centram-se a um nível societal, no ajustamento entre as definições prevalecentes e as abordagens à saúde e as necessidades da sociedade ou da sua classe dominante. Mas enquanto as análises marxistas vêem o modelo biomédico moldado e apoiado pelo sistema económico e político, o funcionalismo tende a aceitar o modelo biomédico como técnico e asocial, concentrando-se no seu papel de reduzir os efeitos disruptivos da doença na sociedade.
Foi Parsons (1951) quem reconheceu a importância da saúde para a sociedade, definindo saúde como "*o estado de capacidade óptima de um indivíduo para o desempenho efectivo das funções e tarefas para as quais ele foi socializado*". Segundo Parsons a saúde e a doença não são categorias biológicas, mas antes produto da interacção social. E a profissão médica age no sentido de controlar um desvio (White, 1991).
O trabalho de Parsons acerca do papel de doente ("*sick role*") constitui um marco na sociologia da saúde, originando uma considerável produção sociológica subsequente, muita dela crítica da perspectiva parsoniana na medida em que a sua teoria não teve em atenção as diferenças de comportamentos em grupos distintos, aplica-se sobretudo a doenças agudas e não doenças crónicas, fornece uma visão limitada da relação doente-médico e tem uma orientação para a classe média (Cockerham, 1988). Mas mesmo os críticos não deixam de reconhecer a importância da perspectiva de Parsons para a análise sociológica da saúde e doença.
Segundo a abordagem marxista, as principais causas de mortalidade e morbilidade nas sociedades actuais são os acidentes cardiovasculares, cancros diversos e perturbações mentais, que não são resultado de condições internas do corpo, mas sim das condições sociais. Nesta perspectiva a ideia chave é que em cada estágio de desenvolvimento da economia são produzidas as condições para que se desenvolvam doenças específicas e para que se gerem explicações próprias das doenças, bem como o quadro terapêutico adequado. Ou seja, os cuidados de saúde e a medicina na sociedade contemporânea fazem parte do modo de produção capitalista.

estudo ela demonstra como os critérios médicos e as escolhas quanto ao local do parto e às formas de intervenção durante o processo de nascimento estão a substituir as escolhas pessoais, servindo para reduzir o controlo individual.

Por outro lado, autores como Illich (1977) defendem que a crescente medicalização da vida é um produto dos processos sociais mais abrangentes. Ele identifica a industrialização como sendo o motivo que impulsiona o profissionalismo e a burocratização das principais instituições na sociedade moderna, incluindo as esferas educacionais e médicas, analisando as consequências adversas para o indivíduo. Apesar de a medicalização resultar das características do sistema industrial, mais do que das características da profissão médica, esta é apresentada como sendo instrumental neste processo. A profissão médica criou uma dependência nos médicos e na medicina, que tirou as competências das pessoas para cuidarem de si e para lidarem com a dor.

Enquanto Illich considera a medicalização da vida como resultado da crescente profissionalização e burocratização das instituições médicas associado com a industrialização, outros autores referem que a medicalização serve interesses particulares na sociedade. Uma abordagem possível é a assumida por Szasz (1961, 1971 cit in Morgan *et al*, 1993; Hillier, 1991), que entende a medicalização da vida e o papel dos médicos neste processo, como servindo para controlar os comportamentos disruptivos, dando o exemplo da utilização do rótulo "doença mental" a comportamentos que não estão conformes com a norma sendo mesmo institucionalizadas contra a sua vontade. A utilização do rótulo de doença mental nesta perspectiva serve como instrumento de controlo social.

Uma outra resposta à questão porque ocorre a medicalização e quem iniciou a medicalização dos comportamentos é abordada por Conrad (1981 cit in Morgan *et al*, 1993; Hillier, 1991b). Tal como Szasz, ele está preocupado com a maneira como a medicina pode ser usada como forma de controlo social. Mas enquanto Szasz considera que o estado utiliza a medicina como forma de controlo social, Conrad realça a diversidade de interesses que podem estar subjacentes na definição dos comportamentos disruptivos dentro da esfera médica, identificando quatro condições básicas para que a medicalização ocorra: 1) as formas tradicionais de controlo são ineficientes ou inaceitáveis; 2) existe alguma forma de controlo médico através dos medicamentos e das cirurgias; 3) o problema deve ser associado, ainda que num sentido algo ambíguo, com algumas causas orgânicas subjacentes; 4) o médico deve aceitar o comportamento desviante como estando na sua

jurisdição, quanto maior os benefícios da medicalização para as instituições existentes, mais provável é que ocorra.

Segundo a perspectiva dos estudos feministas (White, 1991), são especialmente as mulheres que sofrem do processo de medicalização, segundo o qual cada vez mais áreas das suas vidas ficam sob controlo médico. Esta corrente teórica identifica três níveis de controlo: 1) conceptualmente, o vocabulário médico masculino define os corpos das mulheres; 2) institucionalmente, a profissão médica masculina controla as intervenções nos problemas das mulheres; 3) ao nível de interacção, nas consultas, as opiniões masculinas dos médicos são dominantes.

Os estudos realizados acerca das experiências das mulheres com a sua saúde reprodutiva demonstraram que a medicalização da reprodução é vivenciada pelas mulheres como sendo alienante, a utilização de algumas tecnologias e intervenções é percebida como desnecessária, que existem graves problemas de comunicação entre as pacientes mulheres e os médicos homens e que o domínio médico sobre a informação e tomada de decisão nas consultas é insatisfatório para muitas mulheres.

Segundo Cunningham-Burley (1990), ao controlar a informação, os médicos também controlam o acesso aos meios de reprodução – contracepção, concepção, aborto, esterilização, gravidez e parto. Este domínio verifica-se a dois níveis: directamente, na medida em que podem negar o acesso das mulheres a procedimentos tais como aborto, esterilização e anestesia epidural, tratamentos hormonais e métodos contraceptivos; indirectamente, limitando o leque de opções ao dispor das mulheres. A autora demonstra ainda como os médicos lidam com os pacientes através da noção de tipos ideais, e como tal oferecem certos tipos de métodos a umas mulheres e não a outras consoante a avaliação que fazem da sua condição (por exemplo, estado civil e tipo de relacionamento estável ou não com um único companheiro).

1.1.2 Os Conceitos Saúde e Doença

No decorrer deste trabalho utilizei de forma recorrente os conceitos de saúde e doença, daí a importância de procurar as suas definições e abrangências.

Existem várias teorias de doença que enquadram as práticas médicas em diferentes sociedades e períodos históricos. Incluindo as implicações e limitações do modelo biomédico, que molda as abordagens dominantes de saúde nas sociedades ocidentais. Quando falamos de saúde e doença está subjacente uma história de construção de significações acerca da natureza, das funções e estrutura do corpo e as relações corpo-espírito e pessoa-ambiente. E essas significações têm sofrido alterações ao longo do tempo (Ribeiro, 1993). Nos últimos 40 anos a pesquisa relacionada com os factores sociais das doenças tem sofrido grande evolução, com os contributos de disciplinas relativamente novas como a epidemiologia social e a psico-fisiologia, que se dedicam à investigação das ligações entre as doenças e o ambiente social, o estado psicológico e as emoções e as mudanças fisiológicas. Uma das consequências destes trabalhos é, precisamente, entender a saúde e a doença como assuntos, não só médicos, mas também sociais (Locker, 1991).

O modelo monocausal de doença (ou etiologia específica), que está associado à teoria dos germes e o aparecimento da medicina científica, está a ser substituído pelo modelo pluri-causal de doença, que sugere que as causas físicas e biológicas da doença frequentemente interagem com uma variedade de outras causas, incluindo factores sociais e ambientais, em vez de uma doença ser o produto de um único factor de risco. Um terceiro modelo de causa de doença, que complementa os dois anteriores é o modelo de susceptibilidade geral, que deixa de olhar para a identificação das causas de uma doença específica para olhar para a razão porque certos grupos na população são mais susceptíveis às doenças em geral (Morgan *et al*, 1993; Locker, 1991).

Como nos lembra Locker (1991), têm sido muitos os estudos dedicados à relação entre os factores sociais e psicológicos e a saúde, sendo que o autor classifica estes factores em três grandes tipos: os factores sócio-ambientais, que incluem a pobreza, o apoio social e as relações com os outros, o trabalho e o desemprego; os factores comportamentais, que incluem fumar, práticas de exercício e de dieta; os factores psicológicos, que incluem tipos de personalidades, capacidades de resistência e crenças em saúde.

O reconhecimento dos efeitos dos factores sociais e psicológicos na saúde influenciou não só os estudos epidemiológicos das causas de doenças, mas também no alargamento da definição de saúde, que não se restringe aos aspectos meramente clínicos. Uma das primeiras definições que reconheceu estas dimensões mais abrangentes de saúde é a apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, que apresenta a saúde como ‘um completo bem-estar físico, mental e

social e não apenas a ausência de doença'. A mesma instituição (OMS, 1986) reformulou a sua definição de saúde: "*saúde é a extensão em que um indivíduo ou grupo é, por um lado capaz de realizar as suas aspirações e satisfazer as suas necessidades e, por outro lado, de lidar com o meio que o envolve*".

Ferreira (1990 cit in Sousa, 2006: 57-58) agrupa o conceito de saúde segundo quatro perspectivas: 1) *concepção médica,* quando olhamos a saúde como um estado de ausência de doença, em que ao estado patológico se associa um conjunto de sintomas, sinais fisiológicos, psíquicos e sociais, sendo que a ausência deste confirma o estado de saúde. O domínio da saúde pública situa-se no conhecimento dos factores de ordem ecológico-sanitária, das relações entre os indivíduos, em particular a tríade indivíduo-família-comunidade, nas interacções com o meio ambiente e os seus suportes de vida; 2) *concepção psico-social*, quando se entende a saúde como um estado de conforto e de sensação de confiança e segurança pessoal. Todas as situações provocadas pela doença são entendidas como vivências não meramente individuais, mas que incorpora pessoas, grupos e relações entre pessoas. Esta perspectiva faz sentir aos doentes que podem dispor de acesso, acompanhamento, atendimento e tratamento, que os ajudem a recuperar o seu potencial de saúde; 3) *concepção político-legal*, segundo a qual a saúde é vista como um pré-requisito funcional para a manutenção do vigor e do equilíbrio adaptativo da vida das pessoas e da sociedade. Esta perspectiva vem promover o conceito de cidadania em saúde ao considerar que a saúde deve ser desenvolvida em parceria com o indivíduo e a comunidade, beneficiando ambos. O conjunto de deveres e direitos dos cidadãos é indissociável deste processo, na medida em que entende cada elemento pró-activo na construção da melhoria da sua saúde, bem como das condições sociais envolventes; 4) *concepção económica*, quando se entende ser o recurso humano que afecta a produção e a doença aparece como factor desestabilizante ou inibitório do processo de produção, através do absentismo, redução da capacidade de produzir e recuperação.

O conceito de saúde utilizado neste trabalho inclui a consciência de que a doença é um processo simultaneamente exógeno e endógeno, não se reduzindo às perturbações objectivamente detectáveis (bio-químicas, fisiológicas ou mentais), mas que existe em relação íntima com a vivência psíquica, com o suporte relacional e com o meio social envolvente (Silva e Alves, 2002: 166).

1.2. Abordagens Teóricas nos estudos de Pobreza

> *"Assim, o que faz um pobre não é a falta de meios. A pessoa pobre, sociologicamente falando, é o indivíduo que recebe apoio devido a esta falta de meios "* (Georg Simmel).

A pobreza tem sido explicada por várias teorias. De seguida apresentam-se algumas das mais significativas.

Teoria da cultura de Pobreza

Esta teoria foi desenvolvida pelo antropólogo Óscar Lewis (1979), com base na sua experiência no México. A cultura de pobreza é um sintoma específico que surge em determinadas situações, que pressupõe um cenário económico geral desfavorável, altas taxas de desemprego, baixos salários e pessoas com baixas qualificações. Se juntarmos a este contexto, falta de apoio estatal ou societal e estruturas familiares estáveis, as pessoas com baixos rendimentos tendem a desenvolver uma cultura de pobreza por oposição à ideologia dominante de acumulação da classe média. Os pobres percebem que têm uma posição marginal numa sociedade altamente estratificada e individualista, que não lhes dá quaisquer perspectivas de mobilidade ascendente. Com o intuito de sobreviver os pobres têm que desenvolver as suas próprias instituições porque a sociedade tem tendência a ignorá-los. Assim, os pobres incorporam um conjunto de valores, normas e padrões de comportamento comuns, que é diferente da cultura mais vasta em que se inserem.

Resumindo, os pobres têm um estilo de vida, isto é, uma sub-cultura específica. Lewis descreveu 70 características que suportam esta sub-cultura e classificou-as em quatro tipos: i) relações entre a sub-cultura e a sociedade em geral – as pessoas ou se separam ou mantém distância da sociedade em geral, não participando em actividades políticas e sindicais, não utilizam bancos ou hospitais, nem usufruem das actividades de lazer. Têm uma enorme desconfiança das instituições dominantes na sociedade; ii) natureza dos bairros pobres – caracterizados por habitações pobres e sobrelotadas e um mínimo de estrutura organizacional no espaço familiar. São instituições que crescem para satisfazer as suas necessidades mínimas. A economia do bairro está imersa na penhora de bens pessoais, crédito informal e utilização de bens de segunda mão; iii) natureza da família – sistema bilateral de famílias e casamentos instáveis; iv) atitudes, valores e personalidade dos indivíduos – os indivíduos têm um 'forte sentimento de fatalidade, desamparo, dependência e inferioridade', um ego fraco ajustado com uma forte preocupação com a masculinidade.

Uma vez formada uma sub cultura, esta tem tendência a perpetuar-se, transmitida de geração em geração através da socialização. Esta teoria teve particular influência no estudo da sub-classe (*"underclass").*

Teoria situacional

Segundo a teoria situacional da pobreza, os pobres comportam-se de forma diferente porque não têm os recursos e as oportunidades para adoptarem os estilos de vida da classe média. Os jovens têm menos oportunidades de estudar e assim ficam fora do sistema escolar. As mulheres preferem as famílias matriarcais porque lhes permitem ter um domínio maior sobre os seus filhos.

Esta perspectiva teórica realça as condições estruturais que estão subjacentes à pobreza, mas também analisa as respostas individuais à situação objectiva de pobreza. Distinguindo-se da perspectiva teórica de cultura de pobreza na medida em que não assume a preexistência de uma sub-cultura subjacente aos comportamentos dos pobres. Antes afirmando que a racionalidade individual segue um padrão de comportamento, que se enquadra na situação da sua vida. Ou seja, os pobres não seguem os valores da classe média porque sabem ser impossível atingi-los. Alguns autores descrevem esta situação como "o valor elasticidade da classe baixa" (*lower class value stretch)* (Rodman, 1963; Della Fave, 1974).

Teoria estrutural

A pobreza é causada pela estrutura da ordem económica mais ampla em que se insere. É a macro estrutura da sociedade que produz desigualdades e, consequentemente, pobreza. Por exemplo, a estrutura do capitalismo global fomenta o aparecimento de desigualdades e pobreza em larga escala em todo o mundo.

Bruto da Costa (1998a) afirma claramente que os principais factores explicativos da pobreza e da exclusão devem ser procurados na sociedade, na forma como se encontra organizada e funciona, no estilo de vida e cultura dominantes, na estrutura de poder (político, económico, social e cultural). Estes factores reflectem-se em mecanismos sociais que geram e perpetuam a pobreza e a exclusão. E para solucionar o problema é necessário eliminar esses mecanismos, o que só se conseguirá através de mudanças sociais.

No presente trabalho segue-se a perspectiva da teoria estrutural na medida em que pressuponho a influência que a organização da sociedade (concretamente, o seu sistema de saúde) tem no acesso

e nos padrões de utilização dos cuidados de saúde. Embora consciente do processo bi-direccional subjacente, em que os pobres criam as suas formas de relacionamento com a estrutura social existente.

Quadro 1. 1. Teorias de pobreza e seus pressupostos

Teoria	Pressupostos
Cultura da pobreza	Os pobres incorporam um conjunto de valores, normas e padrões de comportamento comuns, que é diferente da cultura mais vasta em que se inserem – desenvolvem uma sub cultura.
Situacional	As pessoas comportam-se de determinada forma devido à situação específica em que se encontram, não lhes permitindo adoptar estilos de vida idênticos aos da classe média.
Estrutural	Pobreza e desigualdades são consequência da organização estrutural da sociedade.

De registar a diferença entre a "escola" francesa e a "tradição" britânica no estudo da situação de indivíduos e grupos desfavorecidos – a primeira interessa-se mais pelos aspectos relacionais (exclusão social) e a segunda aborda sobretudo aspectos distributivos (pobreza) (Bruto da Costa, 1998a: 12). Pobreza e exclusão social, embora muitas vezes utilizadas como sinónimo, são conceitos distintos. Como tal, importa começar por clarificar esses cambiantes conceptuais.

1.2.1 Aspectos conceptuais da pobreza e das exclusões sociais

Começo por apresentar a posição de um dos investigadores de referência nesta área, segundo o qual *"o objectivo da investigação da pobreza não é apenas entender o mundo, mas alterá-lo"* (Gordon, 2000: 56), o que deixa antever a relação entre o conhecimento empírico-teórico e as mudanças estruturais necessárias para que os cenários sociais de pobreza se alterem. E os factos vêm mostrando que a pobreza não afecta só os países "em vias de desenvolvimento", mas também nos países ditos "desenvolvidos" o fenómeno ocorre de forma persistente[6] e vem assumindo,

[6] Uma das constatações que os estudos continuam a mostrar é que a pobreza persiste, que o mundo continua desigual. E continuamos a ter conhecimento dos números, sempre impressionantes, que traduzem esta realidade: "*dos 6 biliões de habitantes, 2,8 biliões (quase metade) vivem com menos de 2 dólares por dia e 1,2 biliões (um quinto) com menos*

inclusivamente novas formas, que têm levado a uma interacção, dir-se-ia bi-direccional, entre a investigação e as agendas políticas (OIT, 2003).

Os conceitos de pobreza e exclusão social têm, pois, alimentado um grande debate entre investigadores, mas também entre políticos e técnicos de intervenção. Ambos os conceitos são distintos, mas têm em comum o facto de traduzirem desvantagens sociais, que alguns detêm relativamente a uma norma, associada à satisfação de determinadas necessidades básicas, ou a padrões sociais de bem-estar (op. cit 2003: 15).

Começo por me debruçar sobre o conceito de pobreza, com a referência do Banco Mundial (2001) e a estrutura seguida pela OIT (2003: 15-21), considerando as seguintes perspectivas:

1) *Privação fisiológica* – o ponto principal de análise relaciona-se com as condições materiais de vida, que são abordadas segundo duas perspectivas diversas: a) *Abordagem centrada no rendimento e no consumo* – configura-se como a perspectiva mais tradicional, adoptando as abordagens da "*economia do bem-estar*" e a definição da linha de pobreza, em termos absolutos ou relativos, de acordo com um determinado nível de rendimento e/ou consumo, e quem é pobre é quem se encontra abaixo dessa linha (Lanjouw, 1997; Lipton, 1996; Ravallion, 1994 cit in OIT, 2003); b) *Abordagem centrada nas necessidades humanas básicas* – considera-se como mínimo indispensável para prevenir doenças, malnutrição e ignorância atingir um certo nível de necessidades básicas relativas à alimentação, vestuário, abrigo, água potável, saneamento básico e educação. Esta perspectiva, desenvolvida sobretudo nos anos 70, distingue-se da anterior na medida em que alarga o leque das necessidades básicas consideradas no conceito de bem-estar (Streeten, 1981; Streeten, 1984 cit in Oit, 2003).

2) *Privação social* – é acentuada a natureza social da pobreza, que afectando as relações sociais, se aproxima do conceito de exclusão social: a) *Abordagem centrada no conceito de pobreza humana* – esta perspectiva foi desenvolvida principalmente pelo PNUD, com base nos trabalhos de Amartya Sen, utilizando os conceitos de capacidades (o que podemos

de 1 dólar por dia, sendo que 44% vivem no sul da Ásia. Nos países ricos, menos de 1 criança em 100 não completa cinco anos, mas nos países mais pobres um quinto das crianças morrem antes disso. Enquanto nos países ricos menos de 5% de todas as crianças abaixo de cinco anos são desnutridas, nos países pobres a proporção chega a 50%" (World Bank, 2001: 3).

fazer) e funções (o que fazemos)[7] (PNUD, 1996/1997; Sen, 1984/1993 cit in OIT, 2003). A definição de pobreza é a seguinte: "incapacidade de desenvolver uma vida longa, saudável e criativa e de usufruir de um nível decente de vida, com liberdade, dignidade, respeito por si próprio e respeito dos outros" (PNUD, 1997: 15 cit in OIT, 2003: 16); b) *Abordagem centrada nas consequências ao nível da exclusão social* – adoptada em especial pela OIT, com base sobretudo nas propostas de Peter Townsend, que entende a pobreza como não disponibilidade dos recursos necessários para fazer face ao padrão de vida dominante (condições de vida e de conforto genericamente aceites) e para poder participar nas actividades de cariz social e cultural da sociedade de pertença. São aqui também adicionados na discussão os conceitos de cidadania e de integração social (Townsend, 1979/1985 cit in OIT, 2003); c) *Abordagem participativa* – nesta perspectiva, o ponto fulcral está relacionado com os sujeitos envolvidos na definição do conceito, e não o conteúdo do mesmo, pelo que a proposta é no sentido de haver uma participação activa dos próprios pobres. Ou seja, a pobreza relaciona-se com a não participação e com os aspectos que impedem a mesma de acontecer, como sejam a falta de dignidade, de auto-estima, de segurança e de justiça, condicionando o acesso à saúde e a uma vida social (Chambers, 1983/1995; IIED, 1992; Scoones, 1995 cit in OIT, 2003).

O conceito de pobreza, apesar de muito utilizado, torna-se difícil de definir, devido ao facto de ser multidimensional e complexo, e ter implicações em todos os planos da existência das pessoas, das famílias e dos grupos (Capucha, 1998a; Gordon, 2000; Halleröd, 2000; Howard *et al*, 2001). A pobreza extrema toma principalmente a forma da exclusão: económica, social, cultural, legal e política.

São muitas as definições que se encontram de pobreza, que mais não são do que descrições acerca da condição de ser pobre (não são medidas através das quais podem ser traçadas linhas). Entre elas destaco:

Uma definição estrutural de pobreza: *"Pode dizer-se que a pobreza existe numa determinada sociedade quando uma ou mais pessoas não atinjam um nível material de bem-estar considerado como o mínimo razoável pelos padrões dessa sociedade"* (Ravallion, 1992: 4);

[7] Bruto da Costa (2008: 22-23) chama a atenção para o facto de Sen (1999) ter associado à pobreza a noção de (falta de) "liberdade", salientando na sua discussão que, na prática, "a liberdade só tem sentido quando existe associada às condições efectivas do seu exercício", configurando uma "situação de negação de direitos humanos fundamentais".

Entre as definições clássicas de pobreza, a apresentada pelo sociólogo Peter Townsend (1993; Townsend cit in Gordon, 2000) que sugere que o conceito "científico" de pobreza possa ser universalmente aplicado utilizando o conceito mais abrangente de recursos, em vez de apenas rendimento monetário. "*A pobreza pode então ser definida como o ponto no qual os recursos estão de tal forma abaixo da média individual ou familiar que os pobres estão, de facto, excluídos dos padrões normais de vida, dos costumes e das actividades"* (Townsend cit in Gordon, 2000: 39).

E a definição adoptada pela União Europeia, desde 1984: "*por pobres devem entender-se as pessoas, famílias e grupos de pessoas cujos recursos (materiais, culturais e sociais) são tão limitados que os excluem do nível de vida minimamente aceitável do Estado-Membro onde residem*" (Decisão do Conselho, de 19 de Dezembro de 1984).

Um factor considerado problemático em termos da definição do conceito de pobreza prende-se com a frequente confusão entre aspectos teóricos e operacionalização do conceito (i.e. a definição de linha de pobreza). Como os recursos dos indivíduos ou famílias diminuem, existe um determinado ponto no qual ocorre um súbito afastamento na participação dos costumes e actividades culturalmente enquadrados. Sendo que o ponto no qual se verifica uma desproporção na participação devido à diminuição nos recursos disponíveis pode ser definido como linha de pobreza.

Assim, surge o conceito de "pobreza absoluta", cuja principal referência é a noção de subsistência, e que designa as pessoas e as famílias cujos recursos são tão escassos que não garantem a "eficiência física", nem suprem as mais elementares necessidades, encontrando-se num estado extremo de pobreza. Distingue-se na pobreza absoluta entre "pobreza primária", quando a escassez resulta da simples ausência de recursos necessários para sobreviver, e "pobreza secundária", quando não se conseguem satisfazer as necessidades mínimas devido a ineficiências de utilização de recursos parcos. O conceito de "pobreza absoluta" tende a ser operacionalizado tomando como indicador o rendimento julgado necessário em cada país para aceder aos recursos que garantam a eficiência física (Capucha, 1998a).

Denominada "pobreza relativa" é a situação dos que, tendo o mínimo para subsistirem, não têm os meios para viverem dentro dos padrões de vida que as pessoas da sua área de residência têm, ou das que têm estatuto social comparável. Ou seja, ao comparar diferentes contextos históricos e geográficos, a subsistência ou as "necessidades básicas" são variáveis e relativas ao tempo-espaço.

Em termos operacionais, o limiar de pobreza relativa tem sido estabelecido a partir do rendimento, considerando-se pobres as pessoas que o têm abaixo de determinado nível de rendimento médio nesse país (Capucha, 1998a)[8].

Mas a utilização do conceito de linha de pobreza atrás referido, através da utilização do rendimento disponível, é contestado por autores como Halleröd (2000), dado que a linha de pobreza só por si diz-nos pouco acerca do fenómeno e não descreve o que a pobreza realmente é.

De realçar que pobreza e exclusão social são, na perspectiva exposta, realidades distintas e que nem sempre coexistem. Mas o conceito de exclusão acaba por surgir da evolução das realidades sociais e das diferentes manifestações da pobreza, muito visíveis nas economias mais desenvolvidas. Não se trata apenas de escassez de recursos materiais, mas de não participação em diferentes esferas sociais, correspondendo ao padrão de vida dominante, devido a factores como a escolaridade, a idade, o domínio das novas tecnologias ou a falta de afectos (OIT, 2003). Assim, a exclusão social é entendida como desintegração social nos seguintes níveis: económico, social, cultural, ambiental e político. Ou seja, contribui para o debilitar dos laços familiares e sociais e para a não participação na vida comunitária, que segundo Castels (1995/2000) implica a "desafiliação" ("*disaffiliation*") relativamente à sociedade, correspondente a um não reconhecer qual o lugar que ocupa enquanto cidadão[9]. Moller e Hespanha (2002) chamam a atenção para a necessidade de reconhecer o conceito de diferenciação[10], que precede a exclusão, e que é fundamental para a compreensão dos conceitos de exclusão, inclusão e marginalização. Adiantando ainda o carácter dinâmico dos conceitos, porque ao longo da trajectória de vida os

[8] *"Na Europa Comunitária tem sido considerado o limiar de 50% do rendimento médio em cada país, limiar esse que apresenta a dificuldade de, em países de baixos rendimentos médios como Portugal, o limiar de pobreza relativa se encontrar abaixo do de pobreza absoluta, perdendo assim pertinência explicativa"* (Capucha, 1998: 212).

[9] *"O conceito de exclusão social pertence à perspectiva da tradição científica francesa na análise de pessoas e grupos desfavorecidos. Segundo Robert Castel exclusão social refere-se à fase extrema do processo de marginalização, entendido como um percurso descendente, ao longo do qual se verificam sucessivas rupturas na relação do indivíduo com a sociedade"* (Bruto da Costa, 1998a: 9-10).

[10] *"A diferenciação constitui um processo que acompanha o desenvolvimento das sociedades. Quase todos os grandes teóricos da sociologia (Spencer, Marx, Durkheim, Parsons, Habermas, Luhmann) se referiram a esse processo ou procuraram analisá-lo, sem o opor necessariamente ao de inclusão/exclusão. (…) A teoria sociológica reconhece que o progressivo aumento da diferenciação social tem sido acompanhado pela emergência de novas formas de integração e de desintegração, embora exista desacordo quanto a saber se este processo de diferenciação é de tipo funcional, como sugere Luhmann, ou de tipo hierárquico, como sugere Bourdieu, uma vez que os estudos empíricos mostram que as sociedades contemporâneas se diferenciam quer em sistemas funcionais, quer em grupos hierárquicos e de classe."* (Moller e Hespanha, 2002: 56)

indivíduos estão incluídos e excluídos de diferentes subsistemas numa sociedade funcionalmente diferenciada, bem como os aspectos relacionais dos mesmos conceitos, uma vez que inclusão, marginalização e exclusão podem ser vistos ao longo de um *continuum* de situações.

Ruth Levitas (2000) chama-nos a atenção para o facto da exclusão social ser um conceito, e não um estado ou um processo. Mais importante do que isso é o facto de diferentes definições do conceito implicarem, não apenas diferentes descrições do que é exclusão social, mas diferentes modelos de causalidade, o que implica diferenças nas agendas políticas.

Importa esclarecer que existe um conjunto de direitos e deveres inscritos normativamente nas estruturas sociais e explicitamente consagrados em documentos que expressam os grandes consensos fundadores dos compromissos entre os membros de uma sociedade. Este conjunto de direitos e deveres confere às pessoas o estatuto de cidadãos. Acontece, porém, que nem todos beneficiam desse estatuto[11]. As situações de exclusão social são produzidas porque a sociedade não oferece a todos os seus membros a possibilidade de beneficiar de todos os direitos nem de cumprir alguns deveres associados. Acontece que a exclusão pode acontecer duplamente, i.e., estar inscrita nas próprias dinâmicas e instituições sociais, políticas e económicas, e estar também impregnada na estrutura mental das pessoas que a sofrem. (Capucha, 1998a).

Existe uma abordagem multidimensional, que prevê uma perspectiva multifacetada dos fenómenos de pobreza e exclusão social, aceitando que correspondem a realidades resultantes não apenas da falta de recursos financeiros (Washington *et al*, 2000). Nesta mesma perspectiva, Berghman (1995: 18-19) ao mencionar as diferenças entre pobreza e exclusão social, afirma que: *"o primeiro conceito (pobreza) está relacionado com falta de recursos, enquanto o segundo (exclusão social) é um conceito mais compreensivo"*. Isto porque exclusão social se aplica quando se verifica o falhanço de um ou mais dos seguintes sistemas: 1) sistema democrático e legal, que promove a integração cívica; 2) o mercado de trabalho, que promove a integração económica; 3) o Estado de

[11] *"Entre esses direitos e deveres estão incluídos naturalmente os cívicos básicos – liberdade de expressão, reunião e associação, direito à escolha dos representantes e dos governantes, direito à privacidade e à livre escolha das pessoas com quem se quer partilhar a vida, entre muitos outros -, mas também direitos e deveres sociais e culturais ao trabalho e ao rendimento autónomo, à educação e à cultura, à habitação, ao acesso aos cuidados de saúde, à posse de uma identidade positiva, à protecção social e cívica, à participação social e à pertença a grupos."* (Capucha, 1998: 211)

Providência, que promove o que se pode chamar a integração social; 4) a família e o sistema comunitário, que promove a integração interpessoal[12].

Em Portugal, foi na década de 80 que surgiram os primeiros trabalhos sistemáticos sobre a pobreza e a exclusão social, começando aí um conjunto de obras assinaláveis sobre estes fenómenos (nomeadamente, Silva, 1982/1984/1989a/1989b/1991; Bruto da Costa, 1984/1985/1991/1998a/1998b; Almeida, 1992; Capucha, 1998a/1998b; Ferreira, 1995/1997).

No que diz respeito ao conceito de pobreza, foram os trabalhos de Bruto da Costa e Manuela Silva que mais influenciaram as perspectivas adoptadas em Portugal nos últimos anos, na peugada das propostas de Peter Townsend, sendo que a pobreza é vista como uma situação de carência de recursos, tendo implicações em todas as dimensões, desde a individual, à familiar e grupal, sempre assumindo uma perspectiva multidimensinal (Bruto da Costa, 1984/1998a; Silva, 1989b; OIT, 2003).

Segundo Bruto da Costa (1998ª: 18) a pobreza consiste *"numa situação dinâmica de privação, por falta de recursos. Ambas essas condições – privação e falta de recursos – são necessárias à definição"*. Ou seja, o autor distingue entre privação e pobreza, a primeira refere-se a situações de carência, enquanto a pobreza tem subjacente a privação provocada pela falta de recursos. Segundo esta definição a solução para o problema da pobreza não passa apenas por resolver a questão da privação, é necessário que o pobre se torne auto-suficiente em matéria de recursos[13].

A privação traduz-se em más condições de vida, sendo este o lado mais visível da privação e da própria pobreza. Normalmente, trata-se de privação múltipla, ou seja, em diversos domínios das necessidades básicas: alimentação, vestuário, condições da habitação, transportes, comunicações, condições de trabalho, possibilidades de escolha, saúde e cuidados de saúde, educação, formação profissional, cultura, participação na vida social e política, entre outros. Obviamente, muitas destas carências potenciam outras, como acontece com a falta de condições habitacionais e o seu reflexo em termos de saúde, ou a baixa escolaridade e as condições de trabalho. De facto, empiricamente verifica-se que é raro uma carência acontecer isoladamente. O autor (1998a: 28) identifica o percurso possível a que a privação profunda e persistente pode levar: *"Modificam-se os hábitos,*

[12] Jaques Delors (1993 cit in Washington et al, 2000: 272) afirmou que*: "no futuro vamos continuar a distinguir entre pobreza e exclusão social – apesar de exclusão incluir a pobreza, a pobreza não abrange a exclusão"*.

[13] Nesta mesma linha, Fernandes (1998) defende que o pobre é aquele que se debate com a falta de recursos e vive na dependência. Mas esta dependência pode ser permanente ou transitória e assumir graus diversos.

surgem novos comportamentos, alteram-se os valores, transforma-se a cultura, ensaiam-se estratégias de sobrevivência, a revolta inicial vai cedendo o lugar ao conformismo, vai baixando o nível de aspirações, esbate-se a capacidade de iniciativa, enfraquece a autoconfiança, modifica-se a rede de relações, ocorre a perda de identidade social e, eventualmente, a perda de identidade pessoal". Este contexto de vida vai afectando aspectos da personalidade, com o decorrer do tempo. Daí a importância de perceber a persistência (tempo que dura) e a intensidade (nível de profundidade) da situação de privação - existem diversos graus de privação e dependência. Este indicador de *intensidade* de pobreza permite perceber quanto falta a cada pobre (indivíduo ou família) para atingir o limiar e deixar de ser pobre – este é um dos critérios para a definição de prioridades nas medidas de luta contra a pobreza.

Quanto ao conceito de exclusão social, segundo Bruto da Costa (1998a: 21-25), podem identificar-se cinco tipos de exclusão social (o autor considera mesmo que a forma correcta de designação seria "exclusões sociais"), apresentados de seguida.

1) De tipo económico, tratando-se sobretudo de "pobreza", percebida como uma situação de privação múltipla, devido à falta de recursos. É caracterizada por más condições de vida, baixos níveis de instrução e qualificação profissional, emprego precário (instável, sem contrato, mal remunerado e/ou más condições de trabalho), actividade no domínio da economia informal, etc. A pobreza de longa duração reflecte-se em termos das características psicológicas, culturais e comportamentais. No extremo, este tipo de exclusão conduz à situação de "sem abrigo".

2) De tipo social. E aqui a causa da exclusão situa-se nos laços sociais, ou seja, trata-se de uma privação de tipo relacional, traduzida em formas de isolamento, associado à falta de auto-suficiência e autonomia pessoal. O exemplo típico, são os idosos que vivem sós, dos deficientes sem apoio, de doentes crónicos ou acamados. Este tipo de exclusão pode não estar relacionado com a falta de recursos, mas com a crise das solidariedades primárias, nomeadamente resultado do estilo de vida de familiares e amigos e da falta de serviços de apoio. Mas pode haver também uma sobreposição entre a exclusão de tipo social e de tipo económico, resultante da falta de recursos.

3) De tipo cultural. Fenómenos como o racismo, a xenofobia ou certas formas de nacionalismo podem conduzir à exclusão social de minorias étnico-culturais.

4) De origem patológica, em que os factores subjacentes à exclusão são de natureza psicológica e mental.

5) Por comportamentos auto-destrutivos. Trata-se dos casos em que as pessoas se encontram em situação de exclusão devido a comportamentos auto-destrutivos, como sejam, a toxicodependência, o alcoolismo, a prostituição, etc. Mas também aqui estes problemas podem ter por sua vez origem em situações de pobreza.

O que acontece na prática é que estes tipos de exclusão aparecem sobrepostos, sendo que muitas vezes uma forma de exclusão pode ser consequência de outra forma de exclusão. Por exemplo, o desemprego, que conduz à pobreza, pode impedir o pagamento da renda da casa e colocar o indivíduo numa situação de sem-abrigo.

De acordo com o relatório da OIT (2003), os vários programas e projectos que se desenvolveram em Portugal, depois de finais da década de 80, de combate e luta contra a pobreza foram influenciados pelas formulações dos conceitos de pobreza e exclusão social defendidos por Bruto da Costa e que acabo de apresentar.

Aqui chegados coloca-se a questão de saber como deve a pobreza ser medida, ou seja, como se operacionaliza um conceito que tem subjacente uma tal complexidade[14]. Para poder medir a pobreza é necessário perceber quais as causas subjacentes a essa situação. Bruto da Costa (1998a; 1998b) apresenta três níveis de causas de pobreza: 1) causas imediatas, possíveis de identificar através da observação (pode-se constatar se um indivíduo é pobre se não tem o que comer ou não tem casa); 2) causas intermédias, mensuráveis através dos níveis salariais relacionados com baixas qualificações – sendo a qualificação uma causa intermédia; 3) causas estruturais, que se referem à configuração da sociedade, sua organização e funcionamento.

Existem pois duas ideias básicas quando se fala de pobreza: diferença cultural e falta de recursos. A primeira ideia diz respeito às diferenças entre pessoas pobres e não pobres. Como podemos distinguir entre uma pessoa pobre e uma pessoa ou grupo de não pobres? A segunda ideia refere-se aos recursos necessários para ser diferente ou excluído (Howard *et al*, 2001). O que significa afinal ser pobre? Seguindo a proposta de Bruto da Costa (1998a; 1998b) a condição de pobre implica:

[14] São normalmente os indicadores associados ao conceito de pobreza que mais se utilizam nas diversas análises, até pelas dificuldades de operacionalizar o conceito de exclusão social (OIT, 2003: 19).

i) A **"**exclusão" de sistemas sociais básicos: os *sistemas de domínio económico*, sem acesso, ou em grau insatisfatório, aos sistemas que geram rendimento, ao mercado de trabalho, limitações em termos de acesso ao mercado de bens e serviços e às instituições de crédito; os *sistemas de domínio institucional*, traduzido em impossibilidade ou dificuldades de acesso de uma família pobre aos serviços de saúde ou sistema educativo e de formação profissional, à habitação social, à justiça, aos serviços públicos em geral; limitações no *domínio das relações sociais*, tendo círculos de convivência reduzidos, circunscritos à família, aos vizinhos que vivem em condições semelhantes, aos colegas de trabalho (quando trabalham).

ii) A esta situação podem juntar-se os efeitos da *exclusão territorial*, caracterizada pela exclusão não só de pessoas e famílias, mas do próprio território onde vivem – exemplo de bairros degradados, periféricos ou nos centros históricos das grandes cidades, com más condições de habitação e urbanísticos e a falta de equipamentos sociais e colectivos.

iii) Ser pobre tem ainda implicações em termos das *referências simbólicas*. Algumas das perdas do pobre neste domínio podem ocorrer da pobreza recente, mas outras vão deixando marcas em grau crescente com a persistência e intensidade da situação.

iv) Um outro atributo do pobre é o de estar destituído de *poder*. O poder aqui é entendido nas suas diferentes vertentes: político, económico, social, cultural, de influência, de pressão social, etc.

Em termos empíricos sigo a definição de pobreza defendida por Bruto da Costa (1998a; 2008) e esta forma de operacionalização do conceito de pobreza, adoptando as respectivas directivas do autor para a mensuração da pobreza, bem como a sua definição de pobre, atrás apresentada.

Toda a argumentação apresentada até aqui, a distinção entre os conceitos de pobreza e exclusão social, vem enquadrar as situações relativamente idênticas de pobreza, mas traduzidas em diferentes formas ou níveis de exclusão social, como sejam as diferenças ocorridas em contextos culturais, entre diferentes grupos etários ou diferenças de género, precisamente aquelas que e interessam no contexto desta pesquisa.

1.2.1 Quando a pobreza se traduz no feminino

Sabe-se que existem determinados grupos na população que são particularmente vulneráveis à pobreza. Esses grupos são distintos, tanto em termos da percentagem que representam em relação à população total, como no que respeita ao grau de risco de pobreza dentro do grupo (Howard *et al*, 2001; Ruspini, 2000, Bruto da Costa, 1998ª; Bruto da Costa, 2008):

- Desempregados;
- Trabalhadores com baixos salários;
- Responsáveis por famílias mono parentais - qualquer família com crianças enfrenta riscos adicionais de pobreza, porque as necessidades materiais aumentam e as oportunidades para ganhar diminuem, sendo que os pais sozinhos enfrentam barreiras adicionais, na maioria das vezes sem qualquer tipo de apoio material ou social;
- Reformados;
- Pessoas doentes - podem estar doentes porque são pobres ou tornaram-se pobres devido a uma condição de doença, ou seja, muitas vezes são pessoas apanhadas num ciclo vicioso de pobreza e problemas de saúde;
- Pessoas deficientes;
- Os "cuidadores" – de crianças, mas também de parentes idosos, pessoas doentes ou deficientes, geralmente, parentes;
- As mulheres – constituem a maioria de pais sozinhos, de pensionistas pobres, de trabalhadores mal pagos e de "cuidadores", daí que se diga muitas vezes que a pobreza é um assunto de mulheres, o que significa que as mulheres se encontram numa situação de probabilidade desproporcional de se tornarem pobres, reflectindo a sua posição relativa de desvantagem na economia e na sociedade e a sua tendência para ocupar papéis mal remunerados;
- Os jovens;
- As comunidades de minorias étnicas.

O que acontece com frequência é a sobreposição de muitos destes grupos, por exemplo, uma mãe sozinha e mal remunerada com um filho deficiente; um desempregado de uma minoria étnica com um pai doente (Howard *et al*, 2001).

O facto de se pertencer a qualquer um dos grupos sociais acima mencionados não significa, necessariamente, uma situação de pobreza. O problema está na forma como essas pessoas são tratadas económica, social e politicamente.

A pobreza no feminino assume contornos específicos, ao ponto de existir referenciado o conceito "feminização da pobreza"[15], como fica explícito na seguinte afirmação*: "(...) sem esquecer mecanismos mais gerais que podem afectar por igual homens e mulheres, existem determinados processos que levam uma parte das mulheres à pobreza e que só a elas afectam"* (Viguera, 1990 in Perista, 1991: 2).

Como se consegue descobrir a dimensão de género existente na pobreza? Segundo Ruspini (2000), só se conseguirá responder cabalmente a este tipo de questões através de um novo paradigma e uma nova abordagem metodológica, nomeadamente, descrevendo os diferentes mecanismos por detrás da pobreza feminina, e o papel crucial desempenhado pelas desigualdades na distribuição de recursos na família. Para isso são necessários estudos longitudinais, que permitam entender as características dinâmicas da pobreza por forma a poder agir adequadamente.

É sugerido por alguns autores (Headey *et al*, 1990 cit in Ruspini, 2000), que há dois tipos de factores de risco para a pobreza: factores de risco sociológicos (como o baixo nível de educação, ser um pai solteiro, ser mulher) e "situações facilitadoras" (como o nascimento de mais um filho ou um divórcio). Neste contexto, baseado na evidência em diferentes países, mostra-se claramente que existem três grupos de mulheres com elevada prevalência de pobreza: mães vivendo sozinhas; mulheres mais velhas, e trabalhadoras com baixo rendimento (Daly, 1992; McLanahan *et al*, 1992 in Ruspini 2000).

[15] Para mais detalhe, ver Medeiros e Costa (2006: 2-6), estudo no qual os autores fazem referência à evolução do conceito de feminizaçao da pobreza. Afirmam mesmo que "de um ponto de vista de equidade, a feminização da pobreza deve ser combatida porque está relacionada com dois fenómenos negativos, pobreza e desigualdades de género". Em termos de evolução, o termo feminização da pobreza tem início nos anos 70 depois do estudo de Pearce (1978) sobre os padrões de género da pobreza nos Estados Unidos, entre os anos 50 e meados dos anos 70. Mas a feminizaçao da pobreza não deve ser confundida com a existência de níveis mais elevados de pobreza entre as mulheres ou famílias monoparentais femininas. O termo "feminizaçao da pobreza" relaciona-se com a forma como a pobreza muda ao longo do tempo, ao passo que os "níveis mais elevados de pobreza" (incluem a chamada "sobre-representação") são referentes à visão da pobreza num determinado momento. A feminização é um processo, "pobreza mais elevada" é um estado. Assim, os autores assinalam duas definições de feminização da pobreza: a) um aumento na diferença nos níveis de pobreza entre as mulheres e entre os homens; b) um aumento nas diferenças nos níveis de pobreza entre famílias monoparentais femininas e famílias com homens e mulheres.

Existe a chamada de atenção de Ruspini (2000: 111) para o facto de a pobreza ser um fenómeno intrinsecamente dinâmico, e que por isso mesmo, variáveis constantes no tempo como o género não podem explicar mudanças sociais, a variabilidade dos factores de pobreza e a dimensão dinâmica da pobreza.

Porém, são-nos relatadas as causas que conduzem à situação particular de predisposição para a pobreza feminina e que assentam em mecanismos particulares geradores do seu empobrecimento, nomeadamente, o cruzamento de diversos factores – doença, divórcio, maternidade, viuvez – sobre uma discriminação estrutural a que as mulheres estão expostas por razões associadas com raça, idade, sexo e classe, bem como factores relacionados com o mercado de trabalho e a própria estrutura familiar.

Perista (1991: 13-14) enuncia quatro domínios em que é possível observar mecanismos específicos conducentes à pobreza das mulheres: 1) maior probabilidade que uma família com uma mulher por responsável tem de cair na pobreza; 2) maior intensidade das situações de pobreza vividas pelas mulheres, na medida em que dispõem de menos recursos e de uma menor protecção social; 3) maior responsabilidade delegada nas (e/ou assumida pelas) mulheres na gestão de recursos escassos em situações de pobreza, na substituição de meios exteriores à família por trabalho não pago (por exemplo, no cuidado de idosos e doentes[16] e na procura de apoio social; 4) numa forma diferente de viver e sentir as situações de pobreza, tanto no que toca às causas que se atribuem, como à sua percepção subjectiva, e às formas de as superar.

Segundo dados da CIDM – Comissão para a Igualdade e Direitos das Mulheres (2001a), também o fenómeno da pobreza em Portugal não é neutro, precisamente porque atinge particularmente as mulheres. Esta situação resulta de vários factores: recebem em média salários mais baixos, são mais afectadas pelo desemprego, a protecção social é menor devido à participação mais irregular na actividade económica. Um grupo particularmente afectado por situações de pobreza é o das famílias monoparentais, cujos responsáveis são maioritariamente mulheres. O recente estudo de Bruto da Costa (2008: 110-111) vem também confirmar esta realidade, afirmando que as mulheres

[16] A atenção dispensada pela Conferência sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) aos assuntos relacionados com as condições de vida das mulheres demonstra a sua importância, afirmando-se inclusivamente a sua inter-relação fundamental com o desenvolvimento sustentável, por razões que se prendem com o papel desempenhado pelas mulheres ao nível da prestação de cuidados dos outros, nomeadamente, de saúde, de educação dos jovens e com os idosos.

continuam a mostra-se mais vulneráveis à pobreza do que os homens. O autor refere a existência de "*uma certa «feminização» da pobreza, na medida em que é maior a a vulnerabilidade à pobreza nos agregados que têm por representante uma mulher e, em segundo lugar, dado que, entre os pobres, as mulheres representam uma proporção comparativamente maior*".

A CIDM (2001a) apresenta ainda dados que confirmam o fenómeno da feminização da pobreza em Portugal, a exemplo do que acontece na generalidade de países. Embora não dispondo de indicadores directos sobre a incidência concreta da pobreza nas mulheres, são apresentados os indicadores que, indirectamente, permitem concluir pela desigualdade na partilha de recursos económicos entre homens e mulheres, e pela maior vulnerabilidade das mulheres a situações conducentes à pobreza. Um dos exemplos apontados é o Rendimento Mínimo Garantido (RMG)[17], segundo dados de Dezembro de 2000, as mulheres constituíam cerca de 68% do total de titulares do mesmo, parecendo demonstrar a maior vulnerabilidade das mulheres a situações de pobreza. E cerca de um terço (33,6%) das famílias que recebem o RMG são constituídas por mulheres com filhos a cargo (famílias monoparentais femininas)[18].

No estudo de Bruto da Costa (2008: 111) sobre a situação da pobreza em Portugal, continua a ser referido que os "*agregados representados por mulheres são, comparativamente, mais vulneráveis à pobreza"*, esta situação de maior vulnerabilidade à pobreza entre as mulheres é traduzida em taxas de incidência significativamente maiores. O autor conclui no sentido de haver uma *"certa «feminização» da pobreza, na medida em que é maior a vulnerabilidade à pobreza nos agregados*

[17] "A Lei nº 19-A/96, de 29 de Junho (regulamentada pelo Decreto-Lei nº 196/97, de 31 de Julho), veio criar o rendimento mínimo garantido (RMG), instituindo uma prestação do regime não contributivo da Segurança Social e um programa de inserção social, com a finalidade de assegurar aos titulares recursos que contribuam para a satisfação das suas necessidades mínimas. Entre outros, consideram-se como titulares do direito a essa prestação as grávidas com idade igual ou superior a 18 anos, ou com idade inferior, desde que estejam em situação de autonomia económica, e satisfaçam as restantes condições de atribuição (Decreto-Lei nº 196/97, de 31 de Julho, alterado pelo Decreto-Lei nº 84/2000, de 11 de Maio) " (CIDM, 2001a: 117).

[18] Caracterização das famílias contempladas, segundo o tipo:

Tipo de família	**Número**	**(%)**
Nuclear sem filhos	6 029	11,3
Nuclear com filhos	20 440	38,2
Alargarda – mais de um núcleo	2 063	3,8
Monoparental – mulher	9 899	18,5
Monoparental – homem	577	1,1
Isolada – mulher	8 107	15,1
Isolada – homem	6 406	12,0
Total	**53 521**	**100,0**

Fonte: Ministério do Trabalho e da Solidariedade cit in CIDM, 2001a: 118.

que têm por representante uma mulher e, em segundo lugar, dado que, entre os pobres, as mulheres representam uma proporção comparativamente maior".

Todos os países da União Europeia apresentam situações de pobreza e exclusão social, mesmo considerando que são países que figuram entre os mais ricos do mundo (Eurostat, 1990; World Bank, 2001). E embora as políticas redistributivas sejam importantes (por exemplo, o aumento das pensões ou o Rendimento Social de Inserção), o problema da pobreza não se resolve através desse tipo de medidas (Bruto da Costa, 1998a).

A noção de equidade está presente quando se discutem questões relacionadas com a pobreza, que sendo um fenómeno multifacetado, é influenciado por múltiplos factores. No contexto deste trabalho a nossa discussão centra-se em aspectos como a fecundidade e o acesso e utilização de cuidados de saúde materna, por parte de mulheres em idade fértil, e a sua interrelação com as desigualdades sociais. Deste modo, se justifica o enquadramento teórico-analítico apresentado de seguida.

1.3. Pobreza, determinantes sociais / equidade em saúde e fecundidade

Quanto às dimensões das desigualdades sociais e saúde (ver estrutura sugerida por Gwatkin, 2000), o presente trabalho segue as seguintes opções: a) em termos de categorização dos membros da população, utilizo o estatuto socioeconómico / grupo social[19] (na linha de Wagstaff, 2002; Cabral e Silva, 2009); b) relativamente ao aspecto de saúde considerado, centro-me no acesso e utilização dos cuidados de saúde (na linha de Makinen *et al*, 2000; Cabral e Silva, 2009).

É hoje reconhecida a importância de abordar as questões relacionadas com a pobreza e as desigualdades, os determinantes sociais e a equidade em saúde, reconhecendo-se ainda que as

[19] Cfr Cabral e Silva (2009: 25-26): "*Com o avanço da «tradição de saúde pública» em relação à «tradição clínica» (Syme, 1996), que permitiu a afirmação de um paradigma epidemiológico complementar ao paradigma biomédico, constitui-se aquilo a que podemos chamar a «tradição sociológica». Ora o objecto de análise desta última tradição não são organismos, como na «tradição clínica», nem indivíduos, como na «tradição da saúde pública», mas sim grupos sociais caracterizados por propriedades comuns que se têm mostrado determinantes para explicar a relação que os membros desses grupos mantêm com a saúde, a doença e a morte (Nettleton, 1995; Fernandes, 2007)*". Segundo os autores, as variáveis geralmente utilizadas para construir estes grupos são o género, a idade, o tipo de aglomerado e a região de residência, a escolaridade, o rendimento, a condição profissional, o estatuto social e, em sociedades onde tal é pertinente, o grupo étnico/racial.

desigualdades socioeconómicas são um importante problema de saúde pública (Braveman e Gruskin, 2003; Mackenbach e Martijntje, 2003; Braveman, 2006; Whitehead e Dahlgren, 2007b).

Já no séc. XVIII a associação entre pobreza e mortalidade havia sido sugerida por alguns autores (Goldberg 1990, cit in Silva e Barros, 2002), mas apenas na primeira metade do séc. XIX é que se desenvolveram, de forma sistemática, as investigações sobre as relações entre o processo saúde-doença e as profundas desigualdades sociais da época, nomeadamente, devido ao impacto da revolução industrial sobre as condições de vida dos habitantes das cidades europeias.

Depois dos estudos de John Snow sobre a cólera, que forneceram as provas epidemiológicas, e das descobertas de Pasteur e Koch, que forneceram as provas microbiológicas, as teorias contagiosas, que estavam em declínio, ressurgiram e afirmaram-se nas três últimas décadas do séc. XIX como explicação hegemónica para as causas das doenças. Verificou-se que com a ascensão da era bacteriológica os estudos que procuravam relacionar doença com a situação social se viram ofuscados. As décadas seguintes são caracterizadas por um longo silêncio quanto a estudos sobre o tema das desigualdades sociais em saúde, reduzindo-se claramente o alcance da dimensão social. (Bowling, A 1999; Silva e Barros, 2002; Beaglehole, R., Bonita, R. e Kjellstrom, 2003).

O interesse da comunidade internacional nas desigualdades na saúde tem variado muito nos últimos anos. De meados dos anos 70 a meados dos anos 80 registou-se um grande interesse (no campo da saúde corresponde ao movimento "Saúde para Todos", muito impulsionado pela célebre conferência de Alma Ata, de 1978), que depois foi substituído por maiores preocupações com a eficiência e sustentabilidade dos sistemas de saúde (assiste-se a uma mudança da "Saúde para Todos" para o movimento conhecido por "Reformas do Sector da Saúde"; em termos epidemiológicos as atenções centram-se na transição demográfica-epidemiológica, que produziu novas classes médias e altas nos países pobres, cujas características de doença se aproximam mais do Ocidente do que dos pobres "subdesenvolvidos") (Gwatkin, 2000).

Na Europa, nos anos 80, assistiu-se a um retorno à análise das desigualdades sociais[20] em saúde a partir do estudo de Douglas Black - "The Black Report" (Townsend e Davidson, 1992). Em

[20] As desigualdades podem ser classificadas de naturais, quando acontecem como diferenças entre indivíduos – como por exemplo, sexo, raça e idade; ou como sociais, quando ocorrem associadas à estrutura da sociedade onde se inserem. A origem das desigualdades sociais reside na ocupação de posições distintas relativamente à organização social do processo de produção e, por consequência, ao acesso a bens cuja disponibilidade é escassa. Mas as diferenças naturais como as de sexo, raça, idade, força, estatura, inteligência ou fecundidade só originam

Inglaterra o "Black Report" (1980) vem introduzir um debate alargado acerca da natureza e causas das desigualdades de classe na saúde e as mudanças necessárias para reduzir estas diferenças, quando menciona que as diferenças de saúde entre classes sociais podem ser tão grandes como as encontradas nos primeiros anos do SNS. De facto, um dos objectivos subjacentes à criação dos serviços nacionais de saúde (1948) foi precisamente o de fornecer uma igualdade de acesso aos serviços de saúde para as pessoas mais necessitadas, removendo as barreiras financeiras à utilização dos serviços. Esta perspectiva foi adoptada com o intuito não só de cumprir noções de justiça social, mas também de contribuir para eliminar, ou reduzir substancialmente, as diferenças em termos de mortalidade entre diferentes grupos sociais (White, 1991; Morgan *et al*, 1993).

A equidade funcionou apenas para os cuidados de saúde, porque se mantiveram as diferenças entre pobreza e os grupos socioeconómicos. E ficou provado que promover a equidade nos cuidados de saúde só por si não reduz as disparidades de saúde entre classes sociais (Susser, Watson e Hopper, 1985 cit in Cockerham, 1988).

Mais recentemente, parece ter-se renovado o interesse nos temas da desigualdade, equidade e saúde dos pobres. A OMS empreendeu, em 1995, uma iniciativa global em Equidade na Saúde e nos Cuidados de Saúde ("*Equity in Health and Health Care*"), com o objectivo de chamar a atenção dos governos e das agências internacionais acerca da equidade em saúde nos países e entre os países (Starfield, 2006). No ano de 2002 é publicada uma bibliografia anotada que reviu os estudos até então realizados sobre equidade em saúde, incluindo teorias, métodos e intervenções (Macinko e Starfield, 2002). Ainda a OMS com o debate sobre os ODM (Objectivos de Desenvolvimento do Milénio) e a subsequente criação da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em 2005, procurou contribuir no sentido de atingir a equidade em saúde (Gwatkin, 2000; Wagstaff, 2002; Buss e Pellegrini, 2007).

Pobreza e saúde

Como fica claro no relatório da OCDE (2003: 16), "*além do valor intrínseco da saúde para cada pessoa, este factor é também fundamental para o desenvolvimento humano global e para a redução da pobreza"*. Parece, pois, indiscutível a relação adversa entre pobreza e saúde

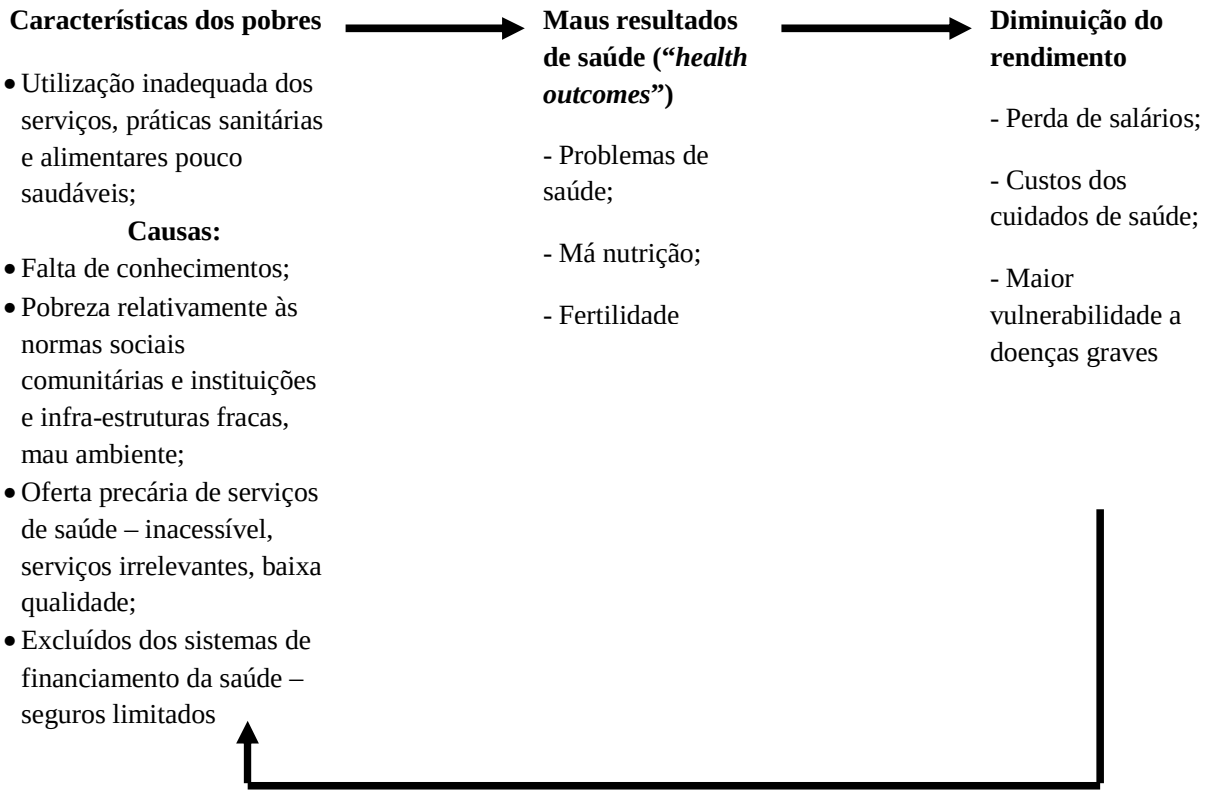
desigualdades sociais no momento em que são utilizadas numa determinada sociedade como critério para atribuir papéis sociais (Silva e Barros, 2002).

(Cockerham, 1988; Wilkinson, 1997; OECD, 2003; Phipps, 2003; Wagstaff, 2002). E de facto a literatura descreve a interacção entre processos sociais e saúde em diferentes aspectos. Por exemplo, tomar ácido fólico durante o período pré-natal influencia fortemente a prevenção dos defeitos do tubo neural do feto. Um outro exemplo, a classe social dos pais funciona como factor para o peso ao nascer dos bebés (Phipps, 2003; Wadsworth e Butterworth, 2006; Marmot e Wilkinson: 2006). Na Escócia, um bebé que nasça num bairro pobre de Glasgow pode esperar viver menos 10 anos do que um bebé que vive no bairro mais caro (Acheson, 1998 cit in Whitehead e Dahlgren, 2007a).

Ou seja, autores como Whitehead e Dahlgren (2007a) continuam a afirmar que são muitos os exemplos na Europa da existência de diferenças sistemáticas entre os diferentes grupos sociais. Em todos os países da Europa os grupos mais desfavorecidos têm pior saúde e mortalidade mais elevada. Este facto traduz-se ainda nas grandes diferenças na esperança de vida entre os grupos situados nos dois extremos da escala social.

E acontece o que Adam Wagstaff (2002: 97) designa de "*causalidade em ambas as direcções*", isto é, existe uma associação entre pobreza e problemas de saúde que se revela bidirecional. As doenças ou a fertilidade elevada podem ter um grande impacto nos rendimentos disponíveis nas famílias, sendo mesmo factores que podem fazer a diferença entre estar acima ou abaixa da linha de pobreza (World Bank, 1999; Bloom e Sachs, 1998; Bastwood e Lipton, 1999 cit in Wagstaff, 2002). Wagstaff (op. cit.) refere ainda o "ciclo vicioso" em que os pobres são apanhados, i.e., a pobreza gera problemas de saúde e estes mantêm-nos na pobreza. De seguida apresenta-se uma figura onde é possível perceber a forma circular que esta relação pobreza-saúde assume.

Figura 1. 1. Ciclo de saúde - pobreza



Fonte: adaptado de Wagstaff, 2002: 98.

Existem hoje muitos estudos que comprovam que a pobreza aumenta os riscos de variados problemas de saúde, apresentando diversos mecanismos e interligações de diferentes factores (Davey-Smith, Hart, Blane e Hole, 1998; Duncan, Yeung, Brooks-Gunn e Smith, 1998; Lynch *et al*, 2004; Lynck, Kaplan eSalonen, 1997; Marmot e Wilkinson, 2001; Yen e Syme, 1999 cit in Paula Braveman, 2007).

John Lynch e outros autores (2004) elaboraram uma revisão de literatura (de 98 estudos) acerca da relação entre as desigualdades económicas e a saúde das populações, concluindo que a redução dessas desigualdades nos grupos mais desfavorecidos terá implicações na melhoria da sua saúde, na redução das desigualdades em saúde e na melhoria da saúde da população em geral. A OMS (WHO, 2004: 1) veicula esta mesma ideia quando afirma que: "*as condições sociais em que as pessoas vivem têm uma grande influência nas suas probabilidades de terem saúde. Factores como a pobreza, a exlusão social e a discriminação, más condições de habitação e de obter boa saúde na infância e o baixo estatuto profissional são importantes determinantes de muitas doenças, mortes e desigualdades em saúde entre e dentro dos países*".

E mesmo quando a pobreza é reconhecida como *"o maior assassino do mundo e a maior causa de problemas de saúde e sofrimento em todo o globo"* (WHO, 1995 cit in Whitehead e Dahlgren 2007b), é raro ser assumida como uma causa de doenças graves. Por esta razão Margaret Whitehead e Goran Dahlgren (2007b) defendem que as doenças causadas, directa ou indirectamente, pela pobreza absoluta ou relativa devem ser referidas como "doenças relacionadas com pobreza" (*poverty-related diseases*).

Em Portugal, a pobreza tem-se tornado um assunto importante na agenda política, e a evidência mostra a persistência das suas formas na nossa sociedade (Bruto da Costa *et al*, 2008; Bruto da Costa 1998a; 1998b; Perista, 1991). Contudo, é ainda escassa a investigação acerca da relação entre pobreza e saúde (Santana, 2002). Embora a relação entre doença e vulnerabilidade socio-económica seja frequentemente referenciada na investigação (Fox, 1994; Navarro, 1998 cit in Santana, 2002). Quanto a Portugal, a doença é identificada como a razão principal (40%) para um decréscimo do rendimento (Ministério do Trabalho e Solidariedade, 1996 cit in Santana, 2002).

Alguns autores portugueses estabelecem uma forte relação entre elevadas taxas de mortalidade e morbilidade e baixos níveis educacionais, classe social e rendimento económico (Santos Lucas, 1987; Pereira, 1988; Giraldes, 1996; Vaz e Santana, 1998; Santana, 2000 cit in Santana, 2002). Paula Santana (2002) adianta ainda que os grupos sociais mais desfavorecidos têm situações de fragilidade resultantes das condições económicas, que também se colocam como obstáculos adicionais quando necessitam utilizar os serviços de saúde. Esta realidade acontece com mais frequência quando os cuidados de que necessitam são preventivos ou mais especializados. O que acontece precisamente com os cuidados de saúde pré-natais, que nos interessa em particular no contexto deste estudo.

Também para Luísa Silva (2005) a saúde/doença tem uma distribuição desigual entre as sociedades e entre os grupos sociais duma mesma sociedade, ficando patente a interferência de factores sócio-económicos e outros factores ambientais na vida bio-psicológica dos indivíduos. De facto, a capacidade económica determina muitas das opções que se tomam em diferentes níveis da vida em sociedade (instrução, habitação, trabalho, etc.). Se juntarmos o capital cultural e social ('bens' não materiais, mas que são reconhecidos socialmente como ligados ao estatuto da pessoa, como é o caso da família de origem, o nível de instrução, o estatuto da profissão, etc.), percebemos

alguns dos factores que orientam estilos de vida distintos nos diferentes grupos sociais e que, por sua vez, moldam as atitudes dessas pessoas relativamente à existência nas suas várias vertentes.

Ainda na perspectiva da autora (baseada em referências de Last, 1987, Boltanski, 1971, Hoggard, 1998 cit in Silva, 2005: 12) os comportamentos individuais associados à saúde/doença (tipo de alimentação, hábitos de fumar, prática de exercício físico, etc.), bem como de utilização dos recursos em caso de doença (que é, em geral, menos preventiva nas classes baixas do que nas classes médias e altas da hierarquia social), podem compreender-se à luz dos diferentes estilos de vida assumidos em diferentes grupos sociais. Dependendo das condições de vida em que são socializadas e dos valores e das práticas do seu grupo de pertença, as pessoas dos diferentes grupos sociais têm tendência a valorizar de forma distinta o que é mais e menos importante, a agir de formas diferentes face a situações aparentemente idênticas. Assim se compreende que as práticas de promoção da saúde e prevenção da doença consideradas razoáveis e entendidas como normais para as pessoas dos grupos sociais que vivem com um sentimento de estabilidade assegurada, perca sentido face às lógicas populares[21].

Equidade

O conceito de equidade em saúde mais citado continua a ser o de Margaret Whitehead (1992: 430) que definiu as desigualdades em saúde como *"as diferenças em saúde que não são apenas desnecessárias e evitáveis como, adicionalmente, são consideradas injustas*", e assumiu que a "injustiça" é mensurável. A ISEqH (International Society for Equity in Health) adoptou, em 2000, a seguinte definição de equidade: "*é a ausência das diferenças sistemáticas e potencialmente evitáveis, num ou mais aspectos de saúde em populações ou sub-grupos contextualizados social, demográfica e geograficamente*" (Starfield, 2006: 13).

Este conceito de equidade introduz a noção de justiça social ("*fairness*") quando aborda as diferenças sistemáticas (Cfr. op cit.). Os principais elementos desta definição de equidade foram aceites por outros autores (Gwatkin, 2000; Braveman e Gruskin, 2003; Graham, 2004). Porém,

[21] *"O comportamento de fumar, por exemplo, muito mais frequente entre as classes desfavorecidas, aparece à luz do olhar dominante, como um contra-senso pois não só estraga a saúde como aumenta a despesa dos que já poucos recursos têm. Ele é no entanto apresentado, nas declarações dos próprios, como uma estratégia necessária para lidar com o stress da vida, um compromisso em que, segundo dizem os médicos, se arrisca a saúde física mas, face às dificuldades da vida, se melhora a saúde mental" (*Blaxter, 1998 cit in Silva, 2005: 13).

Paula Braveman (2006) clarifica o facto de as desigualdades em saúde não se referirem a todas as diferenças em saúde, isto é, a desigualdade em saúde relaciona-se com uma diferença em saúde de um tipo particular, é uma diferença segundo a qual grupos sociais desfavorecidos – como os pobres, as minorias étnicas/raciais, as mulheres – têm sistematicamente pior saúde ou maiores riscos de saúde comparativamente aos grupos sociais mais favorecidos. O que se pretende com a equidade em saúde é, precisamente, eliminar estas desigualdades em saúde.

Mas Barbara Starfield (2006) salienta as diferenças entre a definição anteriormente apresentada e a abordagem adoptada pela OMS (Relatório Mundial de Saúde, 2000), que utiliza o termo iniquidade, referindo-se aos gradientes de diferenças entre os indivíduos de uma população, sendo que a grande crítica apontada refere-se ao facto de não incluir a noção de justiça social, pois a prioridade deve ser melhorar a situação dos mais desfavorecidos na sociedade (Almeida *et al*, 2001; Landmann-Szwarcwald, 2002; Houweling, Kunst e Mackenback, 2001; Braveman, Starfield e Geiger, 2001; Navarro, 2000 cit in Starfield, 2006: 13).

Não posso deixar de realçar o facto de equidade não ser sinónimo de igualdade, logo os termos necessitam ser distinguidos um do outro. O conceito de equidade é eminentemente normativo, ao contrário da igualdade (Gwatkin, 2000; Braveman e Gruskin, 2003). A equidade em saúde centra-se na distribuição de recursos e outros processos que conduzem a um determinado tipo de desigualdade em saúde - i.e. uma desigualdade sistemática em saúde (ou nos seus determinantes sociais), entre grupos sociais mais e menos desfavorecidos, por outras palavras, uma desigualdade em saúde que é injusta (Braveman e Gruskin, 2003).

Como nos recorda Hilary Graham (2004), apesar das melhorias nos determinantes de saúde, as desigualdades sociais persistem. Segundo a autora é necessário haver uma maior ênfase nas desigualdades sociais para se conseguir uma abordagem orientada para os seus determinantes, que enquadre as políticas desenhadas para o combate às desigualdades em saúde.

Determinantes sociais de saúde

O conceito de determinantes sociais de saúde surgiu nos anos 70 e inícios dos anos 80, numa série de comentários que realçavam as limitações das intervenções sobre a saúde quando apenas orientadas pelo risco de doença nos indivíduos. Segundo esta nova perspectiva para compreender e

melhorar a saúde é necessário ter em conta as populações e as sociedades a que os indivíduos pertencem. Ou seja, é uma visão alternativa à abordagem dos factores de risco individuais de saúde e à centralização da ajuda médica no que diz respeito à saúde das pessoas. (McKeown, 1979; McKinlay, 1975; Rose, 1985 cit in Graham, 2004; CSDH, 2005). O conceito de determinantes sociais de saúde está, assim, relacionado com os "*factores que ajudam as pessoas a ficarem saudáveis, ao invés do auxílio que as pessoas obterão quando ficarem doentes"* (London Health Observatory, 2002 cit in CSDH, 2005: 5).

Os determinantes sociais de saúde referem-se às condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham e que potencialmente podem ser alteradas por acções baseadas em informações (Krieger, 2001; Graham, 2004; CSDH, 2005; Marmot e Wilkinson, 2006).[22] O conceito refere-se, por um lado, aos factores sociais promotores de saúde nos indivíduos e nas populações e, por outro, aos processos sociais subjacentes à distribuição desigual desses factores entre os grupos que ocupam posições desiguais na sociedade (Graham, 2004).

Autores como Marmot e Wilkinson (2006) defendem mesmo a importância de relacionar as políticas com os determinantes de saúde. A compreensão das diferenças nos indicadores de saúde entre diferentes grupos socioeconómicos passa em grande medida pela análise dos determinantes sociais subjacentes. Os gradientes de saúde só serão cabalmente entendidos se forem examinadas as circunstâncias em que as pessoas vivem e trabalham, ou seja, através dos determinantes sociais de saúde.

Segundo Buss e Pellegrini (2007: 81) são dois os principais desafios dos estudos entre determinantes sociais e saúde: em primeiro lugar, estabelecer uma hierarquia de determinações de factores mais gerais de natureza social, económica, política e as mediações através das quais esses factores incidem sobre a situação de saúde de indivíduos e grupos (esta não é uma simples relação de causa-efeito). Estudando esta cadeia de mediações podem-se identificar as áreas de intervenção, isto é, articular com as políticas mais adequadas para reduzir as iniquidades em saúde; em segundo

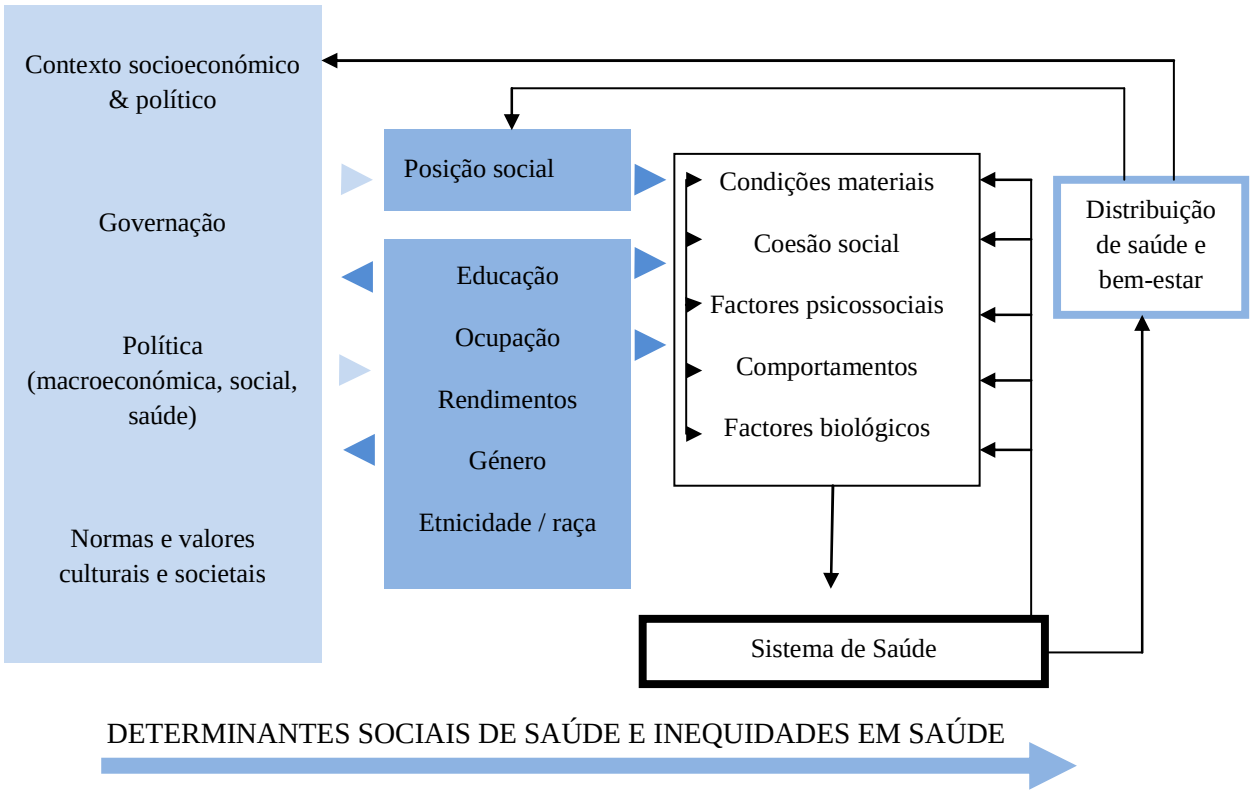
[22] Buss e Pellegrine (2007: 78) apresentam de forma sintetizada algumas das definições actualmente mais utilizadas: para a CNDSS os determinantes sociais de saúde são os factores sociais, económicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais com influência na ocorrência de problemas de saúde e seus factores de risco na população; segundo a definição apresentada pela CSDH os determinantes sociais são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham; Nancy Krieger (2001) define os determinantes como factores e mecanismos através dos quais as condições sociais afectam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de acções baseadas em informações; Tarlov (1996) sintetiza ao entender os determinantes como as características sociais dentro das quais a vida transcorre.

lugar, em termos conceptuais e metodológicos, distinguir entre determinantes de saúde dos indivíduos e os dos grupos e das populações, isto é, não basta somar os determinantes de saúde identificados em estudos com indivíduos para conhecer os determinantes de saúde da sociedade.

São vários os modelos propostos que procuram traduzir de forma esquematizada a articulação entre os diversos factores – individuais, familiares, comunitários, políticos – que contribuem para a saúde. De entre eles destacam-se: 1) Barbara Starfield (2007: 1357-1358) apresenta dois modelos: um com as influências sociais na saúde dos indivíduos; outro com os determinantes sociais na saúde das populações; 2) o famoso modelo de Dahlgren e Whitehead, com a esquematização das influências em camadas, com o nível individual no centro, seguido pelas comunidades que são afectadas pelas políticas (cfr. Buss e Pellegrini, 2007: 3) o modelo de Diderichsen e Hallqvist, de 1998, e adaptado por Diderichsen, Evans e Whitehead (2001 cit in CSDH, 2005: 13), que enfatiza a criação de estratificação social pelo contexto social, sendo que a posição social das pessoas vai determinar as suas oportunidades de saúde; 4) o modelo de Brunner, Marmot e Wilkinson (cfr. CSDH, 2005: 14) aborda as múltiplas influências no decorrer da vida e foi desenvolvido para ligar as perspectivas da saúde clínica (curativa) às da saúde pública (preventiva).

Apresenta-se de forma mais detalhada (Cfr. Figura 1.2) o modelo de determinantes sociais da CSDH (2008: 42-43), segundo o qual as intervenções no sentido de promover a equidade em saúde podem ser tomadas a dois níveis: por um lado, nas condições de vida quotidianas, que incluem as condições de vida e de trabalho, mas também as respostas dos cuidados de saúde em termos de promoção de saúde, prevenção e tratamento das doenças; por outro, nas condições estruturais, que incluem a natureza e o grau de estratificação social na sociedade e a magnitude das iniquidades nas diferentes dimensões, as normas e valores societais, as políticas globais e nacionais e os processos de governação dos níveis locais, nacionais e globais.

Figura 1. 2. Modelo Conceptual de Determinantes Sociais de Saúde



Fonte: CSDH, 2008: 43 (Adaptado de Solar & Irwin, 2007)

Embora todos os modelos, os que foram aqui apresentados e outros, tenham especificidades quanto ao estilo e à complexidade, basicamente representam a saúde como resultado de uma cadeia de influências sociais (Brunner e Marmot, 1999; Dahlgren e Whitehead, 1991; Diderichsen e Hallqvist, 1998; Najman, 2001; Stronks *et al*, 1997; Turrel *et al*, 1999 cit in Graham, 2004: 106).

Os modelos de determinantes sociais têm a vantagem de permitir identificar áreas para a intervenção das políticas, percebendo a forma como elas deverão ser canalizadas para atenuar as desigualdades.

Pode-se dizer que para além dos factores e características individuais é necessário ter em atenção a relação entre a estrutura social e a saúde. Brunner e Marmot (2006) referem que as influências da estrutura social na saúde podem-se traduzir da seguinte forma: as circunstâncias materiais (ambiente social e de trabalho), que têm impacto nos factores psicológicos e nos comportamentos de saúde, mas também as experiências durante a infância e os genes influenciam a saúde, bem como a cultura. Os autores referem ainda o facto de serem as dimensões psicológicas e biológicas,

resultantes em grande medida da estrutura social, que são objecto de atenção médica. Ou seja, os efeitos da organização social na saúde da população são mediados pelos processos psicológicos e biológicos.

Resta saber se a abordagem dos prestadores de cuidados de saúde no tratamento dos problemas dos indivíduos e das populações tem em atenção o impacto da estrutura social nos resultados de saúde do indivíduo. Esse é um dos aspectos que propomos esclarecer no presente trabalho, nomeadamente através do estudo qualitativo realizado.

Ou seja, alcançar a equidade na saúde é em última instância um processo político baseado num compromisso baseado na justiça social. Esta realidade conduz a um pressuposto de haver uma abordagem intersectorial envolvendo muitas se não mesmo todas as políticas societais, incluindo as que se dirigem ao ambiente físico e social, política económica e educacional. (Starfield, 2006).

Também a CSDH (2008) reforça o entendimento segundo o qual a equidade em saúde deve estar presente em todas as políticas, sistemas e programas.

Tradicionalmente a atenção estava concentrada nas diferenças das experiências de saúde nos grupos sociais, mas as desigualdades em saúde também ocorrem entre áreas geográficas e sexos, grupos raciais e maritais. E apesar do aumento da esperança de vida em cada grupo socioeconómico, as diferenças nas taxas de mortalidade permanecem porque as condições de vida não se aproximaram. Tanto as condições sociais da pobreza, como a nutrição deficiente continuam a afectar a saúde das classes mais baixas[23]. Resumindo, existe muito mais a considerar em termos de saúde do que apenas disponibilizar os cuidados de saúde.

Paula Braveman (2006) chama a atenção, precisamente, para o facto do estudo das desigualdades deverem contemplar todos os aspectos dos cuidados de saúde, incluindo a distribuição de recursos para os cuidados de saúde, a utilização dos cuidados de saúde, a sua qualidade, as formas de financiamento desses cuidados, especialmente o peso do pagamento em termos individuais e

[23] A este propósito Luísa Silva (2005: 11) refere que: *"(…) a marca do social, visível em toda a sua evidência nas estatísticas da mortalidade, descobre-se também nas atitudes e comportamentos do quotidiano associados à saúde/doença de que são exemplo as práticas alimentares, o consumo de tabaco e os acidentes. Vários estudos têm mostrado, por exemplo, que o tipo de alimentação nas famílias com poucos recurso é, grosso modo, menos saudável do que o das famílias com recursos mais elevados, na medida em que se verifica menor consumo de vegetais, frutos e peixe fresco, e maior consumo de gorduras e de alimentos que 'enchem', como batatas, pão branco, biscoitos e bolos (Grignon, 1980; Calnan e Williams, 1991; Peres, 1995; Goody, 1998). (…) a opção por um tipo de alimentos mais 'pesados' não deve ser entendida como uma mera questão de gosto, mas como um hábito cultural condicionado economicamente"*.

familiares. Mas Hilary Graham (2004) afirma que os serviços de cuidados de saúde raramente são colocados nos modelos de determinantes sociais, porque a origem do conceito aparece nos debates de saúde pública para realçar a importância dos factores não clínicos na saúde dos indivíduos e das populações.

Segundo Graham (2004) existe um consenso de que a posição social desempenha um papel central entre os determinantes sociais de saúde, sendo que a estrutura social afecta o acesso das pessoas a recursos de saúde essenciais. Ora o que pretendo é explicar a condição de desigualdade social e a posição social actual, utilizando variáveis relacionadas com a fecundidade e a fertilidade (práticas; representações; tensões). E, simultaneamente, perceber as desigualdades existentes no acesso e utilização dos cuidados de saúde, segundo a desigualdade social e posição social actual. O objectivo será contribuir com evidência para eventuais intervenções para os grupos sociais desfavorecidos, procurando, assim, reduzir as desigualdades em termos de posição social[24].

"*Garantir aos pobres o acesso a serviços de saúde acessíveis e de qualidade não basta para melhorar a saúde destas pessoas. Os principais determinantes da sua saúde dependem de medidas tomadas fora do sector da saúde"* (OECD, 2003: 18). Há outras políticas sectoriais que também são muito importantes, como sejam a educação, segurança alimentar, segurança da água, saneamento básico e energia. A promoção da melhoria da educação das mulheres, por exemplo, está intimamente relacionada com a melhoria dos cuidados de saúde infantis, familiares e comunitários.

[24] A evidência mostra que tais medidas dão resultados, por exemplo, as avaliações dos programas de intervenção na infância para melhorar as oportunidades das crianças pobres mostram que estas medidas aceleraram o desenvolvimento social e cognitivo dessas crianças, com impacto positivo na posição social na vida adulta (Hertzman e Weins, 1996; Zorich, Roberts e Oakley, 1998 cit in Graham, 2004: 115). Mas a autora chama a atenção para a importância das políticas sociais e económicas para os diferentes resultados registados em diferentes países, realçando o caso dos países nórdicos onde políticas de mercado de trabalho combinadas com os benefícios do Estado-Providência protegeram as condições de vida dos grupos vulneráveis.
A este propósito, também Whitehead e Dahlgren (2007a: 8) referem que as desigualdades sociais entre os bebés e as crianças são os exemplos mais fortes de injustiça. Nos anos 30, na Suécia, a diferença existente nas taxas de mortalidade infantil entre bebés pobres e ricos era motivo de grande preocupação política, o que deu origem a um programa de reformas de cuidados de saúde materna. Este facto, combinado com medidas de segurança social mais gerais e reformas na habitação, por forma a melhorar as condições de vida nas cidades, provocou uma redução da desigualdade social nas taxas de mortalidade infantil.

1.3.1 Acesso e utilização cuidados de saúde

Existe evidência de que os pobres têm mais necessidade de cuidados de saúde do que os mais ricos (Worl Bank, 2003; US Census Bureau, 2003; London: Stationery Office, 1998 cit in Gwatkin *et al*, 2004). Porém, o acesso aos cuidados de saúde continua a seguir a "lei dos cuidados em sentido inverso" ("*inverse care law*"[25]), isto é, a disponibilidade de cuidados de saúde de qualidade parece estar inversamente relacionada com a necessidade (Gwatkin *et al*, 2004; Whitehead e Dahlgren 2007a).

Aliás, é mesmo afirmado que as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde essenciais são um dos determinantes de desigualdades sociais na saúde. Segundo Margaret Whitehead e Goran Dahlgren (2007a) mesmo não sendo o maior, é um determinante muito importante para ser combatido directamente pelo sector da saúde. Outros estudos indicam que o peso representado pelo pagamento dos serviços de saúde é uma *causa* crescente de pobreza, especialmente nos grupos vulneráveis, sendo também um dos que o sector da saúde tem especial responsabilidade e oportunidade para resolver eficazmente (Ziglio *et al*, 2003).

O conceito de equidade nos cuidados de saúde é definido por Whitehead e Dahlgren (2007b: 7) como uma noção que *"inclui medidas justas que permitam o acesso geográfico, económico e cultural aos serviços disponiveis, para todos com necessidades iguais de cuidados. Outras dimensões da equidade nos cuidados de saúde incluem possibilidades iguais para todos terem cuidados informais adequados e a mesma qualidade de cuidados profissionais"*.

Parece-nos, assim, importante fazer a distinção entre acesso geográfico, acesso económico e acesso cultural. Quanto ao acesso geográfico, refere-se à localização e, como tal, disponibilidade física dos cuidados de saúde em diferentes partes de um país / local. Os estudos na Europa vêm demonstrando grandes diferenças em termos de acesso geográfico para diferentes grupos da população (Whitehead e Dahlgren 2007a). O acesso económico está relacionado com a existência de serviços de saúde disponíveis, mas que não são usados porque as pessoas não podem pagar por eles. Embora as situações mais extremas sejam raras na Europa, Whitehead e Dahlgren (2007b) relatam alguns exemplos – por exemplo, na Bélgica, pessoas com doenças crónicas gastam em

[25] Tudor Hart (1971 cit in Whitehead e Dahlgren (2007a) foi o autor que apreendeu a ideia de desigualdade de acesso à saúde na famosa "lei dos cuidados em sentido inverso" ("*inverse care law*"), segundo a qual "a disponibilidade de bosn cuidados de saúde tende a ser inversa ás necessidades da população à qual se destina".

média 23% do seu rendimento disponível em cuidados de saúde; também na Bélgica, cerca de um terço da população refere que tem dificuldades em pagar cuidados médicos, e 8% das famílias adiam as consultas médicas devido aos custos (Louckx, 2002 cit in Whitehead e Dahlgren 2007a). No que diz respeito ao acesso cultural, está relacionado com aceitabilidade e respeito. Ou seja, existem determinados grupos que enfrentam barreiras culturais para a utilização dos serviços disponíveis, que se tornam inaceitáveis? Existe, por parte dos profissionais de saúde, alguma forma inaceitável de falta de respeito no tratamento de grupos marginalizados, como os sem-abrigo ou pobres? Por exemplo, as barreiras linguísticas e práticas culturais podem impedir grupos de minorias étnicas ou emigrantes de receber cuidados, mesmo quando são gratuitos (Whitehead e Dahlgren 2007a).

A equidade de acesso aos cuidados de saúde constitui-se como objectivo central para muitos sistemas de cuidados de saúde, tendo mesmo sido um dos principais pilares da criação do SNS em Inglaterra, logo em 1948 (Rawls, 1972; Culyer, 1976; Maynard, 1981; Gray, 1982; Le Grand, 1982; Ritch, 1994; Pollock, 1995 cit in Giraldes, 2002; Goddard e Smith, 2001).

Mas existem diversos conceitos de equidade de acesso: a) pode significar "igual acesso a cuidados de saúde para pessoas com necessidades iguais", ou seja, serviços iguais estão disponíveis para pacientes com iguais necessidades; b) pode também ser definido como "igualdade de tratamento" (para iguais necessidades), nesta perspectiva as variações no tratamento derivam da interacção entre oferta e procura, o que depende das preferências, percepções e predisposições quer do paciente, quer do prestador de cuidados de saúde; c) ou ainda "igualdade de resultados", cujas variações dependem de muitos factores (Mooney, Hall, Donaldson e Gerard; Culyer, Doorslaer e Wagstaff, 1992; Mooney, Hall, Donaldson e Gerard, 1992 cit in Goddard e Smith, 2001: 1149-1150).

Existe também uma diferença entre "equidade vertical" – centrada na justiça do financiamento do sistema de saúde; e "equidade horizontal" – centrada no estado de saúde e nos cuidados prestados aos indivíduos (Jourdain, 2000 cit in Pereira Miguel e Bugalho, 2002).

Neste contexto, é preciso clarificar em que consiste necessidade e utilização dos cuidados de saúde. Quanto ao conceito de "necessidade de cuidados de saúde", este está longe de ser inequívoco (Culyer, 1995 cit in Smith, 2001).

Embora não reunindo consenso, vários autores utilizam a distinção entre três tipos de necessidades: as *necessidades sentidas* – identificadas como tal pelos indivíduos; as *necessidades expressas* – aquelas apresentadas pela população aos serviços de saúde e que são normalmente entendidas como sinónimo da procura de cuidados; e as *necessidades normativas* – definidas e identificadas pelos profissionais de saúde. Outra noção de necessidade muito debatida é a da *capacidade de beneficiar*, defendida pela escola de York (Williams, 1979 cit in Biscaia *et al*). Segundo esta versão, uma necessidade em saúde existirá apenas quando a produtividade marginal do tratamento seja positiva. Esta ideia pressupõe a existência de meios técnicos e económicos para fazer face à disfunção de saúde e implica a avaliação tanto dos custos como dos benefícios dos tratamentos para determinar a atribuição de recursos. A ideia que ressalta é que a necessidade não deve ser vista como um conceito absoluto, mas antes relativo e dinâmico (Pereira cit in Biscaia *et al*).

E há ainda autores (Cfr. Whitehead e Dahlgren (2007a) que chamam a atenção para o facto de, devido aos gradientes sociais no estado de saúde, as necessidades subjacentes de cuidados de saúde tendem a ser maiores entre os grupos socioeconómicos mais baixos, portanto, a partir do momento que as suas necessidades estejam a ser atendidas é de esperar que haja maior utilização dos cuidados por parte dos mais pobres.

Relativamente ao conceito de utilização, João Pereira (cit in Biscaia *et al*) defini-o como a intensidade do uso de recursos médicos em determinado período. Ou seja, a utilização é o resultado da interacção entre a quantidade oferecida e a quantidade procurada, o ponto de equilíbrio onde se cruzam as curvas da oferta e da procura. Por este motivo defende que é pouco ajustado o termo procura/utilização por vezes empregue por alguns autores

Segundo a Direcção Geral de Saúde (Portugal, 2003) a utilização está relacionada com a parte da população com necessidade de cuidados de saúde que contactou os serviços, pelo menos uma vez, num dado período de tempo, para receber cuidados específicos. Por exemplo, a parte das grávidas com intenção de reprodução que se inscreveu na consulta pré-natal.

É ainda feita a distinção entre: 1) grau de utilização ("*Extent of use*"), que pode não corresponder à cobertura em relação a um cuidado ou procedimento específico, porque há estruturas de saúde que (temporariamente) não oferecem o serviço de que se precisa e há pacientes que recusam, ou não conseguem percorrer, certos processos. Em situações de pobreza, observam-se frequentemente

valores elevados de *grau de utilização* da consulta pré-natal (98% e mais). Todavia, numa mesma população, o grau de cobertura do despiste de sífilis pode ser baixa (50% e menos)*;* 2) intensidade de utilizaçao *("Intensity of use"),* que está relacionado com a frequência com que a população utente contacta um determinado serviço. Como indicador de qualidade, a *intensidade de utilização* não é linear. Há serviços que, com poucos contactos, conseguem coberturas e bons resultados em intervenções e cuidados específicos, enquanto outros, não os aproveitando bem e obrigando a população utente a um número alto de contactos de utilidade limitada, produzem baixas coberturas em cuidados específicos (Portugal, DGS, 2003).

O conceito de utilização dos cuidados de saúde está intimamente relacionado com a oferta: os indivíduos podem procurar cuidados de saúde, mas não os obterem porque o preço é muito elevado ou porque há deficiências no lado da oferta. Sendo que se pode falar de iniquidade quando, de dois indivíduos com o mesmo problema de saúde, um deles recebe tratamento por ter recursos suficientes para recorrer à clínica privada. O acesso aos cuidados de saúde está sobretudo ligado à oferta dos cuidados de saúde. Os cuidados de saúde devem, pois, estar disponíveis de forma idêntica e deve haver uma oportunidade igual para usar os serviços por parte dos que têm uma necessidade idêntica (Pereira Miguel e Bugalho, 2002)[26].

É necessário chamar a atenção para ao facto de, em termos práticos, existir uma diferença nos objectivos subjacentes à equidade em saúde (pretende-se eliminar todas as diferenças sistemáticas no estado de saúde que existem entre grupos socioeconómicos) e à equidade nos cuidados de saúde (fazer corresponder os serviços aos níveis de necessidade, o que pode conduzir a diferenças no acesso e utilização de serviços entre os grupos socioeconómicos, favorecendo os mais pobres porque têm mais necessidade) (Cfr. Whitehead e Dahlgren (2007a).

Wagstaff (2002) refere que se sabe muito pouco acerca da importância relativa das desigualdades nos determinantes de saúde e de utilização dos serviços de saúde. Daquilo que se sabe as desigualdades em saúde, e muito provavelmente na utilização dos serviços de saúde, reflectem em grande parte as desigualdades em variáveis de nível individual e das famílias como sejam a educação, o rendimento, a localização e características da habitação. Estes factos deixam antever

[26] Mas o acesso aos cuidados de saúde pode depender de condições financeiras, impedindo a utilização de serviços por parte de pessoas que têm esse direito. Sendo necessário considerar factores como os custos dos transportes, que podem limitar o acesso aos serviços disponíveis por parte das pessoas mais pobres; o facto de faltar um dia de trabalho (perdendo um dia de remuneração) pode afastar algumas pessoas dos cuidados de saúde, por ser insustentável a perda de rendimento associado (Cfr. Pereira Miguel e Bugalho, 2002).

que as políticas de combate às desigualdades no sector da saúde devem abranger dois aspectos: por um lado, a qualidade e disponibilidade de serviços de saúde (i.e., o lado da oferta); por outro, as desigualdades de rendimento, de conhecimentos, especialmente conhecimentos específicos sobre saúde, a acessibilidade aos serviços de saúde, a disponibilidade de água potável, as condições sanitárias, entre outros (i.e., o lado da procura). Os ministérios da saúde devem trabalhar em parceria com outros ministérios, mas devem também adoptar formas alternativas de oferta de cuidados, que de facto sejam usadas pelos grupos socioeconómicos desfavorecidos, e promover conhecimentos nessas populações sobre comportamentos saudáveis.

A utilização dos cuidados de saúde é um fenómeno comportamental complexo. Os estudos empíricos acerca dos serviços preventivos e curativos têm mostrado que a utilização está relacionada com a disponibilidade, a qualidade e os custos dos serviços, bem como a estrutura social, as crenças em termos de saúde e as características pessoais dos próprios utilizadores (Andersen e Newman, 1973; Kroeger, 1983; Becker *et al*, 1993; Sarin, 1997 cit in Chakraborty *et al*, 2003).

A literatura sugere que existem diferenças de classe na utilização dos serviços de saúde, sendo que as classes médias e altas se sentem mais responsáveis em termos de manutenção do seu estado de saúde, verificando-se maior afluência dos mais ricos aos cuidados de saúde preventivos, enquanto os pobres visitam os médicos principalmente para tratar sintomas de doença (Dutton, 1978 cit in Cockerham, 1988). Os pobres tendem a ser mais imediatos no que respeita à sua saúde, preocupando-se mais com o presente, daí a sua atenção estar sobretudo concentrada nos sintomas que vão aparecendo, enquanto os mais ricos se concentram na manutenção da saúde pensando no futuro, investindo assim na prevenção[27].

Vários estudos identificaram múltiplas barreiras, quer a nível individual quer a nível institucional, que podem originar menor utilização dos cuidados de saúde. Entre elas incluem-se as características dos sistemas de saúde, facilitadoras para os grupos socialmente mais favorecidos, e os contactos anteriores com instituições médicas, que induzem a uma maior desconfiança para com os prestadores de cuidados de saúde (Smedley, Stith e Nelson, 2003 cit in Williams, 2005).

[27] Verificou-se em Inglaterra que apesar de ocorrer uma equidade de acesso aos cuidados de saúde por parte dos grupos desfavorecidos permaneceram desconfianças quanto à utilização dos cuidados médicos, continuando a utilizar soluções caseiras no tratamento das suas doenças. Apesar da diminuição das barreiras aos cuidados de saúde, os pobres persistiram nas suas velhas atitudes e práticas face aos médicos gradualmente foram adoptando novos comportamentos acerca de como e quando e quem procurar em termos de cuidados de saúde.

Na verdade, muitos são os modelos conceptuais propostos para explicar os padrões de utilização individual dos cuidados de saúde (Ajzen e Fishbein, 1980; Andersen, 1995; Janz e Becker, 1984; Rosenstock, 1966 cit in Cardol *et al*, 2006).

Utilização dos cuidados de saúde reprodutiva (saúde materna[28] e planeamento familiar)

Devido aos problemas relacionados com as iniquidades na saúde materna e infantil, organizações como a OMS têm-se comprometido a melhorar os resultados em saúde relacionados com a gravidez, melhorando o acesso aos serviços de saúde através de iniciativas de base comunitária (Sheppard *et al*, 2004). Em Portugal foram criadas as Unidades Móveis[29] que, em "bolsas de pobreza" de Lisboa e Porto, têm funcionado nessa mesma lógica de trabalho de base comunitária. Num sentido mais lato, os cuidados de saúde pré-natais incluem os programas de base comunitária que fornecem apoio para estilos de vida saudáveis, promovem a articulação entre os serviços de saúde e sociais, juntam-se a redes de apoio social existentes (Sheppard *et al*, 2004; Abouzahr, 1988; Sword, 1999).

A OMS define a vigilância pré-natal como realização de pelo menos uma consulta durante a gravidez. E a vigilância pré-natal é considerada uma componente central dos cuidados necessários durante a gravidez, aceitando-se que funcione como factor benéfico para a saúde da mãe e da criança. No total, mais de 500.000 mulheres morrem todos os anos devido a complicações ocorridas na gravidez, sendo que praticamente todas essas mortes ocorrem em países em vias de desenvolvimento. Por cada mulher que morre, pelo menos 30 a 100 mulheres sobrevivem ao parto, mas ficam com doenças graves e incapacidades psicológicas e físicas (OMS, 1996; UNPF, 1999 cit in Erbaydar, 2003: 320).

Quanto aos cuidados de saúde preconcepcionais, parece-nos importante referir que o seu objectivo geral é a redução dos factores de risco que poderão afectar futuras gravidezes (Moos e Cefalo, 1987; Johnson, Postner, Atrash, Bierman, Cordero, Parker, Boulet e Curtis cit in Johnson, 2006). Os cuidados preconcepcionais são definidos como um conjunto de intervenções cujo objectivo é identificar e modificar os riscos biomédicos, comportamentais e sociais para a saúde da mulher ou

[28] Ver definição de Saúde Materna no Glossário desta Tese (anexo 19).
[29] "*Dentro do PSMI, foi desenvolvido, em alguns Centros de Saúde de Lisboa e Porto, um Projecto de Intervenção Especial em bolsas de pobreza, com o apoio de Unidades Móveis.*" (Portugal, 2001).

resultados de uma gravidez, através de intervenção e manutençao, com ênfase nos factores que têm que ser executados antes da concepção ou no início da gravidez por forma a terem o máximo impacto. Incluindo os cuidados antes de uma primeira gravidez ou entre gravidezes (comummente designados cuidados internatais), e são cuidados de saúde tradicionalmente prestados nos cuidados de saúde primários (Lu, Kotelchuck, Culhane, Hobel, Klerman e Thorp, in press; Johnson, Postner, Atrash, Bierman, Cordero, Parker, Boulet e Curtis cit in Johnson, 2006).

Existem revisões de literatura que têm avaliado as provas da eficácia dos cuidados preconcepcionais, bem como documentado a sua eficácia (Korenbrot, Steinberg, Bender e Newberry, 2002; Johnson, 2006).

Embora exista alguma controvérsia acerca do papel e eficácia dos cuidados de saúde pré-natais (Alexander e Kotelchuck, 2001 cit in Sunil *et al*, 2008), são muito os autores (Fiscella, 1995 cit in Delgado-Rodriguez, *et al*, 1997; Erbaydar, 2003; Liu, 1998; Dealvaux *et al* 2001; Sunil *et al*, 2008) que reforçam a importância da utilização de cuidados pré-natais adequados por todas as mulheres grávidas, afirmando que esta prática além de poder prevenir a existência de complicações relacionadas com a gravidez, ajudar a reduzir a mortalidade materna, fetal e infantil, pode ainda funcionar como forma de promover comportamentos saudáveis, incluindo a utilização de contraceptivos pós-parto e os cuidados materno-infantis.

Na mesma linha de pensamento, Lia-Hoagberg (1998) afirma que existe uma relação estreita entre os cuidados pré-natais e a redução do risco de baixo peso ao nascer (< 2500 g) e outras condições adversas durante a gravidez e no parto, sendo que os principais componentes dos cuidados de saúde pré-natais são o aconselhamento sobre parar de fumar, evitar consumo de drogas, diagnóstico e tratamento atempado de complicações durante a gravidez (Alexander e Korenbrot, 1995 cit in , Lia-Hoagberg *et al*, 1998). A investigação vem demonstrando que os cuidados de saúde pré-natais estão muito associados com melhorias nos resultados da gravidez, sendo que os cuidados pré-natais são especialmente importantes para as mulheres em risco médico ou social (Bragonier, Cushner e Hobel, 1985 cit in Alcalay *et al*, 1993).

Aliás, as diferenças sociais durante a gravidez e o parto não são apenas susceptíveis de afectar as desigualdades sociais na saúde infantil, conduzindo a problemas de saúde específicos, mas a totalidade dos gradientes sociais de saúde (Gisselman, 2006). De facto, a evidência demonstra o papel crucial que as circunstâncias sociais desempenham na saúde infantil, começando com a

saúde da mãe nos anos pré-natais, bem como durante a gravidez, e depois na infância e juventude dos filhos (Wadsworth e Butterworth, 2006; Gisselman, 2006).

Está também documentada a forma como os factores sociais e os relacionados com a saúde infantil condicionam quer o estatuto social, quer o estado de saúde na vida adulta, bem como a forma como estes factos estão interligados, constituindo-se como um dos focos principais dos estudos sobre as desigualdades em saúde (Hardy e Kuh, 2002; Kuh e Ben-Shlomo, 2004 cit in Gisselmann, 2006). Jacqui Wise (1998) afirma mesmo que os governos deveriam investir na saúde das mães, como forma de evitar desigualdades na saúde, lembrando o muito citado estudo de Donald Acheson (1998 cfr. op. cit.) onde ele constata que as desigualdades actuais serão projectadas nas gerações vindouras.

Thérèse Dealvaux *et al* (2001: 52) afirmam que a cobertura dos cuidados de saúde pré-natais era, no início dos anos 90, superior na Europa do que nos E.U.A, porém algumas mulheres grávidas na Europa não obtinham cuidados de saúde pré-natais adequados. A percentagem de mulheres sem qualquer vigilância é inferior a 0,5% em 10 países europeus, mas o acesso tardio aos cuidados pré-natais (i.e. depois do primeiro trimestre de gravidez) revelou-se mais elevado. Portugal encontra-se entre os países estudados e os dados apontam no sentido dos cuidados tardios variarem entre 17,7% e 29,2% (juntamente com a Grécia, a Hungria, a Irlanda e a Escócia), mas um outro dado a salientar é a percentagem de 40% de cuidados tardios registada entre as adolescentes portuguesas.

Em Portugal, existe uma percentagem ainda relativamente elevada (sempre superior a 15%) de grávidas tendo vigilância inadequada – que resulta fundamentalmente do elevado número de grávidas com início de vigilância tardio (após a 15ª semana). Verificou-se que esta elevada inadequação na vigilância pré-natal foi mais frequente em mulheres com maior risco obstétrico (idades extremas ou paridade elevada), baixa escolaridade e adolescentes, o que deixa antever a necessidade de intervenções específicas junto a esses grupos populacionais (Valente *et al*, 1999; Mendonça e Calado, 2002: 162)[30]. Num estudo realizado por Odete Alves *et al* (2005) conclui-se que social e culturalmente as actividades de vigilância de saúde de revisão de puerpério e planeamento familiar ainda não são suficientemente valorizados, uma vez que detectaram uma discrepância de comportamentos e atitudes das mulheres face à sua saúde e dos seus filhos.

[30] Este tipo de dados é também descrito em estudos relativos aos E.U.A. cfr. Melnikow, et al, 1991. E também num estudo comparativo entre utilização de cuidados pré-natais nos Estados Unidos e em 3 países europeus (Dinamarca, Bélgica e França). Cfr. Buekens *et al*, 1993.

Como é referido por Wendy Sword (1999) muitas vezes as mulheres oriundas de grupos socioeconómicos desfavorecidos, apesar de terem os cuidados de pré-natal disponíveis, tendem a não procurar apoio médico adequado durante a gravidez, excepção para os programas e cuidados que se adeqúem ao que elas "têm na cabeça" (Bell Woodward e Edouard, 1992; Steart *et al*, 1993; Mustard e Roos, 1994 cit in Word, 1999). Este fenómeno de utilização limitada de cuidados pré-natais por parte de mulheres pobres não é atípico, na medida em que se enquadra nos estudos que demonstram a existência de padrões de utilização de cuidados de saúde e serviços sociais que são, marcadamente, distintos por parte dos pobres (Dutton, 1978; Riessman, 1984; Reutter, 1995 cit in Sword, 1999).

Neste contexto, a questão do acesso e da utilização dos cuidados de saúde pré-natais impõe-se, mas segundo nos relatam Campbell *et al* (1995), embora seja essencial garantir o acesso das mulheres aos cuidados de saúde pré-natais, esse facto de *per si* é insuficiente para garantir que todas as mulheres recebam esses cuidados de forma adequada[31]. Aqui entram em linha de conta as barreiras pessoais e culturais aos cuidados pré-natais ("barreiras não estruturais" – como seja a influência da família)[32].

O que especificamente nos interesse é o acesso e os padrões de utilização dos cuidados de saúde materna, sendo que a utilização adequada destes cuidados é influenciada por um diversificado número de variáveis (Goldenberg, *et al*, 1992; Katz, *et al*, 1994; Essex, *et al*, 1992; LaVeist, *et al*, 1995; Ellencweig, *et al*, 1993; Melnikow, *et al*, 1993; Kieffer, *et al*, 1992; Enderlein, *et al*, 1994; Stewart, *et al*, 1993; York, *et al*, 1993 cit in Delgado-Rodriguez, *et al*, 1997).

É reconhecido que os factores que influenciam a utilização dos cuidados de saúde materna são multifacetados, o que fica patente quando os estudos mostram que as mulheres que têm cuidados inadequados vivenciam dificuldades em mais do que uma dimensão (Kalmuss e Fennelly, 1990;

[31] Mas como nos dizem Melnikow *et al* (1991), é bastante difícil conseguir localizar e estudar as mulheres que recebem pouco ou nenhum cuidado pré-natal. Sendo também reconhecidos os maiores riscos de baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal entre as mulheres que recebem pouco ou nenhum cuidado de saúde pré-natal. Daí a importância de conhecer e caracterizar com profundidade estas mulheres, bem como os factores que podem conduzir a uma baixa utilização dos cuidados de saúde pré-natais. Nos E.U.A foi realizado um estudo que indicou alguns determinantes na procura dos cuidados de saúde pré-natais, tais como: barreiras financeiras, atitudes relativamente à gravidez, e atitudes em relação aos profissionais de saúde (Poland, 1987).

[32] O autor chama ainda a atenção para a importância do contexto social e cultural para a interpretação sobre a geravidez, o seu planeamento e desejo, bem como para a percepção sobre a necessida de cuidados de saúde pré-natais (Campbell *et al* 1995).

Harvey e Farber 1993 cit in Sword, 1999). De facto, os estudos têm mostrado que existem vários factores que contribuem para que os cuidados de saúde pré-natais aconteçam tardiamente, e que as mulheres tenham vigilância inadequada ou mesmo nula, de seguida apresentam-se alguns deles:

1) O rendimento, verificando-se uma utilização menor por parte dos pobres (Katz, *et al*, 1994; Essex, *et al*, 1992 cit in Delgado-Rodriguez, *et al*, 1997; Sanders-Phillips 1998, Celik *et al*, 2000 cit in Erbaydar, 2003; Sunil, *et al* 2008);

2) O nível de educação da mãe, a utilização inadequada é mais elevada nas mulheres com menos educação (LaVeist, *et al*, 1995; Ellencweig, *et al*, 1993 cit in Delgado-Rodriguez, *et al*, 1997; Sanders-Phillips 1998; Lewis, *et al* 1996, Raum *et al*, 2001 cit in Erbaydar, 2003; Elo, 1992; Becker *et al*, 1993; Fosu, 1994; Costello *et al*, 1996 cit in Chakraborty *et al*, 2003), ou seja, as mulheres com nível educacional superior estão mais cientes dos problemas de saúde, sabem mais acerca da disponibilidade dos serviços e usam esta informação mais eficazmente;

3) A raça ou etnia, em desigualdade social (Lewis, *et al* 1996, Buekens, *et al* 1993, Lane *et al*, 2001 cit in Erbaydar, 2003; LaVeist, *et al*, 1995; Melnikow, *et al*, 1993 cit in Delgado-Rodriguez, *et al*, 1997);

4) A idade gestacional, o grupo etário 20-34 anos tem uma utilização mais elevada (Kieffer, 1992 cit in Delgado-Rodriguez, *et al*, 1997);

5) Barreiras a nível pessoal ou individual, incluindo problemas linguísticos, o estado de saúde durante a gravidez, verificando-se uma associação inversa entre o estado de saúde e a utilização, o estado de cansaço permanente (Enderlein, *et al*, 1994 cit in Delgado-Rodriguez, *et al*, 1997; Braveman *et al*, 2000, Lia-Hoagberg *et al*, 1990 cit in Sunil *et al*, 2008);

6) Não ter crianças pequenas em casa (York, *et al* 1993 cit in Delgado-Rodriguez, *et al*, 1997);

7) Gravidez não planeada, com menor utilização dos cuidados e início dos mesmos mais tarde (Lewis, *et al* 1996; Eggleston *et al*, 2001 cit in Erbaydar, 2003; Delgado-Rodriguez, *et al*, 1997; Pagnini *et al*, 2000, Mayer, 1997, Napravnik, *et al* 2000 cit in Sunil *et al*, 2008);

8) Vários estudos mostraram a existência de uma forte associação entre o número do nascimento e a utilização de cuidados de saúde (Wong *et al*, 1987; Elo, 1992 cit in Chakraborty *et al*, 2003), nomeadamente devido à percepção de risco associado com a primeira gravidez, existe maior probabilidade de a mulher utilizar cuidados de saúde materna no primeiro filho do que nos filhos seguintes, além de que ter mais filhos pode representar uma sobrecarga económica, com um efeito negativo em termos de utilização dos cuidados de saúde;

9) Uma outra variável importante para a utilização dos serviços de saúde é o tamanho da família, sendo que as mulheres oriundas de agregados com maior número de pessoas utilizam menos, devido aos múltiplos afazeres que lhe deixam pouco tempo disponível, bem como uma eventual sobrecarga financeira que os filhos poderão representar (Wong *et al*, 1987 cit in Chakraborty *et al*, 2003; Lewis *et al*, 1996, Blondel *et al*, 1998 cit in Erbaydar, 2003);

10) Variáveis relacionadas com as características dos serviços, incluindo dificuldades em ter consulta, problemas de transportes e o tempo de espera no serviço (Abbas e Walker, 1986 cit in Chakraborty *et al*, 2003; Beckman *et al*, 2000, Byrd *et al*, 1996 cit in Sunil *et al*, 2008).

Segundo o estudo desenvolvido por Thérèse Dealvaux *et al* (2001) existem na Europa barreiras pessoais, socioeconómicas, organizacionais e culturais na utilização dos cuidados de saúde pré-natais.

Em Portugal, e apesar dos enormes avanços nos indicadores de saúde (e.g, a diminuição nas taxas de mortalidade infantil e materna e o aumento na esperança de vida), continuam a verificar-se desigualdades na saúde e na acessibilidade aos serviços de saúde (Santana, 2002).

O que interessa no contexto deste estudo são as percepções das mulheres sobre as influências na decisão de utilização dos cuidados de saúde materna (pré-concepcional, pré-natal e pós-parto), aferindo acerca das eventuais associações entre estatuto socio-económico, nível educativo, e experiências culturais no acesso e utilização dos cuidados de saúde.

A este propósito referimos uma revisão de literatura efectuada por Gina Novick (2009) acerca das experiências das mulheres com os cuidados de saúde pré-natais, tendo encontrado 36 artigos

publicados nos últimos 11 anos, em 6 países, o que a autora considera ser pouca evidência numa área tão importante como esta. Destacam-se os seguintes resultados: os estudos com mulheres pobres mencionavam sempre informação inadequada, o longo tempo de espera pelas consultas, o tratamento impessoal, bem como a referência a barreiras linguísticas, que impedem a comunicação sobretudo com emigrantes e mulheres com baixos níveis de escolaridade; as mulheres pobres vivem em bairros perigosos, têm dificuldades com os transportes e em obter apoios para tratar das crianças; referências ainda para "barreiras internas", como sejam o medo de exames ou outros procedimentos clínicos, e o que Sword (2003 cit in Novick 2009) intitulou de "escolhas racionais" para a não utilização dos cuidados de saúde pré-natais – que resultam da interface entre as barreiras externas no acesso aos cuidados e as experiências negativas que as mulheres tiveram quando receberam cuidados, i.e., os benefícios de receber os cuidados podem não compensar o tempo ou os recursos necessários para os obter.

Mas, como nos recordam Sheppard *et al* (2004), a acessibilidade inclui mais do que a existência e disponibilidade dos serviços, também inclui a qualidade do relacionamento com os prestadores de cuidados com os pacientes. Neste contexto este estudo procura também abordar (Cfr. Cap. 4 - estudo qualitativo) as percepções que os profissionais e as mulheres têm sobre esse relacionamento.

1.3.2 Género, saúde e desigualdades sociais

As desigualdades de género em termos de rendimento e riqueza tornam as mulheres particularmente vulneráveis para a pobreza, sendo que em algumas partes do mundo tal facto impede-as de obter as necessidades em saúde, especialmente nos anos reprodutivos, quando as necessidades familiares são maiores. As normas sociais acerca da divisão das responsabilidades significam sobrecarga de trabalho para as mulheres, especialmente aquelas que acumulam o emprego com as tarefas domésticas, a gravidez e tomar conta das crianças (Doyal, 2001). Na rubrica dos estudos sobre equidade em saúde em muitos países estudaram-se as desigualdades de género e saúde (Anand, 2002; Khatun *et al*, 2004; Macintyre *et al*, 1999; Sen, 1984 cit in Braveman, 2006; Moss, 2002; Doyal, 2000).

Importa, antes de mais, definir o conceito de género. Este resulta de uma evidência crescente de que o ser humano exprime a existência em termos de feminino e masculino, e que estes dois géneros não são redutíveis à natureza das diferentes bio-fisiologias (o sexo), mas antes entidades que se apresentam como construções sociais que ao longo dos tempos têm vindo a constituir psicologias, estilos relacionais e funcionamentos sociais tipicamente diversos, isto é, o género (Mead, 1966 cit in Silva e Alves, 2002: 167). Sendo assim, em que medida o género condiciona a saúde? Apesar de se poderem considerar factores biológicos comuns em relação às mulheres, elas não se apresentam como "um grupo homogéneo com características comuns", a verdade é que o estado de saúde da mulher é influenciado por factores sociais, pela maternidade, pelo estado civil, pelo grau de instrução, pelo grupo social, originando diferenças entre as mulheres (Joaquim, 1999: 10). Assim, as orientações da pesquisa existente sugerem uma dupla necessidade: não só passar a integrar a comparação entre homens e mulheres[33] (Hunt, 1989), mas também passar a ter em conta a diversidade interna à categoria de género (não é uma categoria exclusivamente biológica, mas socio-cultural), logo não pode ser usada como uma categoria homogénea[34] (Gomez, 1993; Bartley, 1998 cit in Silva e Alves, 2002: 169).

Existe uma situação paradoxal observada pela investigação na área da saúde e que diz respeito ao facto das mulheres terem mais doenças, mas viverem mais tempo que os homens (Doyal, 1995; Kane, 1994; Lorber, 1997; Lee, 1998 cit in Rosenberg, 2000: 275). Nesta mesma linha de pensamento, Luísa Silva e Fátima Alves caracterizam a saúde das mulheres em Portugal da seguinte forma: *"globalmente, verifica-se uma melhor "saúde" das mulheres relativamente aos homens, no que respeita a uma mais baixa mortalidade ao longo da vida e a uma mais tardia incidência das principais doenças graves e incapacitantes. Mas, ao longo da vida, o género*

[33] Porque de facto as diferenças de saúde entre homens e mulheres existem e as explicações para estas diferenças prendem-se com factores sociais e biológicos, como nos explicam Bird e Rieker (1999: 749): "Assim, os homens e as mulheres são o produto da sua própria biologia, das suas experiências sociais numa sociedade estratificada e dos papéis de género que desempenham. Assim, homens e mulheres farão escolhas significativamente diferentes relativamente ao emprego, à carreira e a comportamentos de saúde, escolhas estas que, individualmente, e, cumulativamente, afetam a sua saúde".

[34] A este propósito, Zaidi (1996: 728 afirma que "*pode haver mais semelhanças entre homens e mulheres de um mesmo meio económico e social, do que entre membros de um mesmo género com posições sociais e económicas bastante diferentes"*. Também as autoras Silva e Alves referem que: *"Este é um domínio em que a pesquisa sobre saúde das mulheres está limitada pela metodologia das ciências sociais que ainda não operacionalizou classificações de classe adequadas ao estudo das mulheres na sociedade. Particularmente para o género feminino, torna-se necessário que a classificação de classe integre, para além do estatuto sócio-económico-profissional próprio, também o do cônjuge/companheiro, à semelhança do que já se faz para avaliar do estatuto da família de origem"* (2002: 169).

feminino aparece associado a uma mais importante morbilidade no que concerne ao maior uso dos serviços de cuidados médicos e à auto-declaração de mais doenças" (2002: 165). O argumento utilizado para explicar esta aparente contradição consiste em considerar que o género funciona como um estruturador das oportunidades e posições sociais ao longo da vida, e estas justificam diferentes níveis e comportamentos de saúde/doença (Kawachi, 1998).

Nesta perspectiva macro-social, a menor mortalidade prende-se com o facto da socialização das mulheres e o controle social sobre elas ainda exercido na divisão sexual do trabalho modelarem um estilo de vida com menos stress diário e menor tendência para comportamentos de risco. A maior morbilidade explicar-se-á pelos papéis e estatutos tradicionais das mulheres, por uma maior sobrecarga de trabalho (com a dupla jornada, incluindo cuidados prestados a crianças, idosos e deficientes), e por uma insatisfação em termos de realização pessoal, podendo estas realidades explicar uma pior saúde e a tendência para desenvolver atitudes e comportamentos de uma maior atenção às manifestações do corpo e ao mal-estar psicológico[35.] Ou seja, o facto de as mulheres estarem representadas em maioria nas estatísticas de doença declarada indicará, não tanto um maior grau de doença, mas antes uma atitude mais activa de gerir a sua saúde, actuando como medida preventiva de doença mais grave, tendo efeitos redutores na mortalidade (Silva, 1999: 33).

Outra hipótese explicativa avançada prende-se com a socialização específica das mulheres para a médico-dependência em relação com a medicalização da função reprodutiva no último século (Silva e Alves, 2002), chamando-se a atenção para o facto de, no que diz respeito à vida reprodutiva, a nossa sociedade ter medicalizado a contracepção, o aborto, a gravidez, o parto, o puerpério e a menopausa (Silva, 1999).

Arber e Khlat (2002) apresentam uma revisão da literatura acerca das influências dos padrões social e económico na saúde das mulheres num contexto de mudança. Isto é, procuram perceber o impacto na saúde das mulheres das mudanças nos papéis por si desempenhados e das diferenças em termos da sua posição na sociedade.

[35] A literatura sugere duas vertentes diferentes, eventualmente complementares, no que diz respeito à saúde das mulheres: a primeira, relativa ao "cuidado dos outros" – sugerindo mesmo o papel preponderante da mulher num "sistema não oficial de saúde" - ocupando-se, nomeadamente, da saúde das crianças, levando-as ao médico, e dos idosos; a segunda, relacionada com o "cuidado de si", falando das suas doenças (Joaquim, 1999: 30).

Até ao final dos anos 80, a maior parte da investigação centrava-se nas desigualdades em termos da mortalidade e morbilidade dos homens, sendo menor a atenção dispensada às desigualdades na saúde entre as mulheres (Townsend e Davidson, 1982; Drever e Whitehead, 1997 cit in Arber e Khlat, 2002). A partir daí a passou a verificar-se de que forma factores estruturais, como a classe social e as desvantagens materiais, têm ou não implicações idênticas na saúde de homens e mulheres (Arber, 1991, 1997; Arber e Cooper, 2000; Bartley, Popay e Plewis, 1992; Macran, Clarke, Sloggett e Bethune, 1994, 1996; Lahelma e Rahkonen, 1997 cit in Arber e Khlat, 2002).

Estes investigadores realçaram a importância de estudar a saúde das mulheres tendo em conta a sua posição estrutural na sociedade, bem como os papéis familiares desempenhados. Deixou de se centrar a saúde da mulher apenas na reprodução e no controlo da fecundidade, passando-se a ter em conta uma visão integral da saúde, tendo em atenção aspectos como o nível educativo, o acesso a actividades produtivas, o controlo dos recursos materiais e a responsabilidade dos homens. Ou seja, existe hoje uma abordagem integradora no sentido de perceber o impacto dos múltiplos papéis na saúde das mulheres e como estes variam de acordo com a classe social das mulheres e os seus recursos materiais e financeiros. E tem sido dispensada uma atenção particular ao impacto na saúde das mulheres de factores como a pobreza, as desvantagens profissionais e os papéis desempenhados ao nível do trabalho que não é pago - por exemplo, mulheres que vivem sozinhas estão mais vulneráveis a viver na pobreza e ter uma "saúde pobre" (Arber e Khlat, 2002).

Resumindo, os modelos culturais de género, ao influenciarem a percepção da doença pelas próprias pessoas que dela se queixam e também pelos próprios profissionais de saúde que as atendem, estão na base dos comportamentos que as estatísticas de saúde (que tem por referência o modelo médico dominante) contabilizam como indicadores de saúde, o que possivelmente mais não são do que práticas de saúde (Silva, 1999).

Nesta linha de pensamento, Chesney e Ozer (1995 cit in Santana e Vaz, 1999: 131) chamam a atenção para a necessidade de um novo paradigma da saúde da mulher, conceptualizando-a de forma abrangente e alargada, deixando de parte modelos conceptuais simples ou unívocos, integrando e fazendo interagir sete áreas: 1) a saúde da reprodução – envolvendo as áreas tradicionais de cuidados médicos nos campos da função sexual e reprodutora, hormonal e infertilidade; 2) as doenças mais comuns nas mulheres do que nos homens – por exemplo, patologias como cancro da mama, a depressão e os distúrbios alimentares; 3) as principais causas

de morte entre as mulheres (numa tripla perspectiva, considerando a expressão quantitativa das taxas de mortalidade, mas também, a quantidade de anos de vida perdidos, bem como as alterações dos padrões tradicionais da mortalidade feminina – doenças coronárias, cancro do pulmão, SIDA, etc; 4) a influência do género (sexo) no risco – hábitos tabágicos, alcoolismo, inactividade física, etc; 5) *as influências sociais na saúde das mulheres – normas sociais, papéis sociais, pobreza;* 6) a violência contra as mulheres – violação, atentado à autodeterminação sexual, violência doméstica, etc. 7) as mulheres e as políticas e cuidados de saúde – acessibilidade aos cuidados, participação na investigação, cuidados diferenciados. De acordo com os mesmos autores, este modelo multidisciplinar e holístico ainda não se encontra replicado na tradicional estrutura de prestação de cuidados de saúde[36].

Como atrás já foi mencionado é difícil definir o conceito de saúde, sendo mais fácil descrever as práticas sociais que se organizam a seu propósito. Para tal é importante compreender os seus determinantes, bem como os sentidos que o conceito assume para diferentes grupos sociais, populações e períodos temporais. Mas, no contexto da nossa investigação, é igualmente importante perceber conceitos como "reprodução", "saúde sexual e reprodutiva".

Quando falo em termos como "mulher", "reprodução" e "sexo" não entendo que se trate de objectos fixos e permanentes, referindo-se a conceitos em torno dos quais se articulam práticas sociais e que descrevem objectos-funções cujos valores e significados têm sofrido alterações ao longo do tempo. Além disso, qualquer destes conceitos é culturalmente construído e transformado pelos movimentos activos das mulheres em conquista da sua autonomia (Villela, 1992). É necessário ter em atenção todas estas questões, pois estão subjacentes às noções de "saúde integral da mulher", "saúde reprodutiva" e "saúde sexual".

A noção de saúde integral da mulher tem subjacente que as mulheres se assumam como sujeitos e não como objectos reprodutivos, e surgiu como contraponto à noção de saúde materno-infantil. Já a noção de saúde reprodutiva, que sucede à perspectiva de saúde integral da mulher, vem assinalar

[36] Portanto, o conhecimento que existe actualmente evidencia a necessidade de encarar de forma distinta a saúde dos dois géneros. Mas Silva (1999) aponta as deficiências que ainda se verificam em Portugal, nomeadamente, do ponto de vista epidemiológico (por exemplo, no que respeita à forma de realizar / publicar estatísticas de saúde). As novas interrogações implicam investigação clínica interdisciplinar, incluindo as explicações resultantes de aspectos sociais e culturais e condicionantes da própria vivência corporal. A saúde das mulheres não pode continuar a ser encarada apenas como saúde materna / maternidade ou prevenção da velhice.

a compreensão da reprodução como direito e não como dever. E a saúde sexual pressupõe o livre exercício da sexualidade como um elemento fundamental da autonomia feminina.

É devido ao processo de medicalização dos nascimentos que se consolida o campo da *saúde materno-infantil*, caracterizada pelas acções direccionadas às mulheres durante a gravidez, o parto e o puerpério, que têm como objectivos principais a garantia da saúde do bebé e prevenção da morte materna. A crítica feminista aos programas materno-infantis prende-se precisamente com esta abordagem que reduz a mulher e o seu corpo ao exercício da função de reprodução biológica.

A perspectiva de *saúde integral da mulher* tem subjacente a multiplicidade de necessidades da mulher, além das imediatamente reprodutivas, entendendo-a como sujeito e não apenas como objecto reprodutor. Tem também em conta as condições sociais e as desigualdades que caracterizam as vivências femininas, que funcionam como determinantes nos processos de produção das suas queixas, patologias e formas como se relacionam com os problemas de saúde. Ou seja, esta abordagem pressupõe a determinação social do processo de saúde e doença na perspectiva de género, sustentando as desigualdades entre mulheres e homens. Esta proposta de atenção integral à saúde da mulher tem implícita uma articulação entre os diferentes sectores e níveis de assistência – por exemplo, é neste sentido que se começa a verificar a disseminação da contracepção.

Na década de 80 a discussão sobre saúde materno-infantil e saúde integral da mulher evoluiu para o conceito de *saúde reprodutiva* (Correa *et al*, 2003). O conceito de saúde reprodutiva surge em consequência do movimento internacional pela saúde das mulheres, que lutava por alternativas à rápida disseminação dos programas de controlo da infertilidade nos países pobres e as altas taxas de morte evitáveis. A reivindicação passava por um conjunto mínimo de condições que garantissem às mulheres que o acto de reproduzir, ou a escolha por não reproduzir, não representava risco de vida ou danos para a saúde. Ou seja, a saúde reprodutiva representa uma ruptura com a ideia de reprodução como um dever para a situar como um direito. A inovação relativamente aos conceitos anteriores prende-se com o facto de incorporar explicitamente os homens na dimensão reprodutiva e incluir a noção de saúde sexual (CIDM, 2001b).

A definição de saúde reprodutiva adoptada pela Organização Mundial da Saúde em 1988 defende que não se trata apenas de ausência de doença do sistema reprodutor, mas inclui uma série de

condições e processos que contêm desenvolvimento sexual saudável, reprodução e regulação da fertilidade (1997)[37].

Esta definição foi ampliada e consolidada na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), no Cairo, em 1994, na qual os governos se comprometeram, logo que possível e até à data limite de 2015, a assegurar o acesso de todas as pessoas ao sistema de cuidados de saúde primários e aos serviços de saúde reprodutiva. Apesar da existência do direito básico que assiste todos os casais e indivíduos a decidir livre e responsavelmente face ao número, intervalo de tempo e momento de concepção dos seus filhos, cerca de 350 milhões de casais não possuem ainda o acesso a um conjunto actualizado e completo de informação e métodos de planeamento familiar. O acesso aos serviços de cuidados de saúde reprodutiva[38] e de aconselhamento, incluindo o planeamento familiar, traduz-se em benefícios directos para a saúde de mães e filhos, permitindo àquelas uma participação na vida económica e social.

A OMS (1997) reconhece que embora a saúde reprodutiva seja uma parte essencial da saúde no seu todo, uma grande percentagem da população mundial não tem acesso a uma boa saúde reprodutiva. Isto porque, continua a existir quem tenha pouco ou nenhum controlo sobre a sua vida sexual e maternidade, outros têm comportamentos de risco para si e seus parceiros e, outros ainda, não têm acesso a informações correctas e serviços adequados. Muitas raparigas e mulheres encontram-se social, política e economicamente em desvantagem e têm menos oportunidades

[37] Concretamente, a definição de saúde reprodutiva apresentada pela OMS (1997: 2-3) é a seguinte: "A saúde reprodutiva é um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade, em todos os assuntos relacionados com o sistema reprodutivo e as suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, portanto, que as pessoas são capazes de ter uma vida sexual satisfatória e segura e que têm a capacidade de reproduzir e a liberdade para decidir se, quando e quantas vezes o querem fazer. Implícito nesta última condição está o direito de homens e mulheres a serem informados e terem acesso a métodos seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis de planeamento familiar da sua escolha, bem como outros métodos de sua escolha para a regulação da fecundidade, que não sejam contra a lei, e o direito de acesso a serviços de saúde adequados, que permitam que as mulheres possam utlizar durante a gravidez e o parto, de forma segura, fornecer aos casais as maiores probabilidades de ter um bebé saudável ".
Em conformidade com a noção acima transcrita de saúde reprodutiva, a assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e o bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isto inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (Correa, 2003).

[38] Este conceito geral de saúde reprodutiva segue as directivas saídas da Conferência sobre População e Desenvolvimento do Cairo (1994), que defende uma visão integradora de saúde reprodutiva, bem como a necessidade de que os aspectos relativos à saúde reprodutiva sejam abordados nos cuidados de saúde primários. Nesta mesma linha, os cuidados de saúde reprodutiva são definidos como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde reprodutiva e bem-estar, prevenindo e resolvendo problemas associados à saúde reprodutiva.

educacionais[39] e, consequentemente, menos hipóteses de escolha acerca das suas próprias vidas, da sua saúde e da sua fertilidade. Ou seja, o estatuto social é decisivo para a saúde reprodutiva, e a saúde reprodutiva é decisiva não só para as mulheres, mas também para a geração seguinte.

Embora reconhecendo que o maior peso de doenças em termos de saúde reprodutiva recai sobre as mulheres, as estratégias para melhorar a saúde reprodutiva também têm que ter em conta as necessidades, preocupações, papéis e responsabilidades dos homens. Da mesma forma que as mulheres e homens mais velhos continuam a ter necessidades e preocupações relativas à saúde reprodutiva, incluindo a necessidade de protecção contra DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e informação e serviços que possam promover e proteger uma boa saúde reprodutiva durante a terceira idade (WHO, 1997).

Especificamente quanto à saúde reprodutiva da mulher, Barbara Valanis (1999) enumera quatro factores de risco que a afectam:

a) Nascimentos em mulheres não casadas. O estado civil dos pais pode afectar o resultado de uma gravidez e da saúde da criança. Ou seja, o casamento que se efectua após uma gravidez, frequentemente, conduz os casais a alguma fragilidade económica, visto que não dispõem do período anterior ao nascimento de um filho, tradicionalmente, utilizado para conseguir poupar algum dinheiro e comprar casa. Essa situação económica precária está associada a frágeis condições de habitação, má nutrição e falta de cuidados de saúde que, desta forma, se constituem como factores de risco para a saúde da mãe e do filho. Os nascimentos ocorridos em mulheres não casadas estão ainda associados com taxas crescentes de mortalidade, morte fetal e baixo peso ao nascer. Pelo que, estas mulheres necessitam de apoio social adequado, tal como habitação e nutrição, e cuidados médicos específicos.

b) *Timing* e intervalo das gravidezes. Quando as gravidezes ocorrem com menos de 24 meses de intervalo, a mãe tem menos tempo para repor a sua saúde, predispondo-a para um maior número de complicações, e a família tem menos tempo para se ajustar ao stresse introduzido por um novo membro. Quando o intervalo entre gravidezes é maior do que 48 meses, contudo, a incidência de complicações também aumenta. Este último aspecto pode estar relacionado com gravidezes não planeadas ou talvez com problemas associados com infertilidade.

[39] A FNUAP (cit. in Joaquim, 1999: 40) considera mesmo existir uma forte ligação entre o nível de alfabetização das mulheres e a capacidade para gerir a sua vida reprodutiva.

c) Cuidados pré-natais. Este ponto está correlacionado com o primeiro apresentado (nascimentos em mulheres não casadas), sendo relatada uma associação evidente entre fracos índices de utilização de cuidados pré-natais e o aumento de nascimentos em mães não casadas. Merecem ainda realce a diferença racial existente na utilização dos cuidados pré-natais; a correlação existente entre a primeira consulta pré-natal e o nível educacional; o facto de uma mãe com maior número de filhos ter maior probabilidade de receber cuidados pré-natais insuficientes; a pobreza e o facto de a mulher residir em cidades do interior e áreas rurais isoladas funcionam como importantes factores para obter cuidados pré-natais insuficientes e desadequados.

d) Trabalho e reprodução. Os riscos reprodutivos associados com o local de trabalho constituem-se como foco de uma enorme controvérsia política, económica e mesmo científica.

De acordo com a definição de saúde reprodutiva da CIPD, a noção de saúde sexual é uma parte integrante do conceito. Ou seja, a saúde reprodutiva implica que a pessoa (mulher ou homem) tenha uma vida sexual segura e satisfatória. A saúde sexual é apresentada como uma forma de melhorar a qualidade de vida e as relações pessoais, mas não necessariamente por relação à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (Correa, 2003). A saúde sexual pode ser vista na perspectiva da reprodução ou autonomamente, sem ligação às questões da concepção e contracepção.

As duas definições de saúde sexual apresentadas abaixo mostram duas abordagens possíveis ao conceito:

> *"A saúde sexual é parte da saúde reprodutiva e inclui: desenvolvimento sexual saudável; relacionamentos responsáveis e equitativos com prazer sexual; e a ausência de enfermidades, doença, deficiências, violência e outras práticas de risco relacionadas com a sexualidade"* (Family Care International, 1999)[40].
>
> *"A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem risco de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na auto-estima, que implica numa abordagem positiva da sexualidade humana e no respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da*

[40] Cfr. GALVÃO, Loren (1999), *Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil.* In: GALVÃO, L. DÍAZ, J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil, São Paulo, Hucitec, Population Council.

> *pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer, e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações"* (HERA, 1999)[41].

É também nesta linha que, em 1996, a IPPF (*International Planned Parenthood Federation*) apresenta uma definição de saúde sexual que defende a separação da sexualidade em relação à reprodução, apresentando as seguintes características: a) capacidade de desfrutar e controlar a vida sexual e reprodutiva, de acordo com os limites éticos individuais; b) estar livre de constrangimentos como medo, vergonha, culpa e preconceitos que inibam a actividade sexual; c) estar livre de doenças, deficiências e desordens que impeçam o desfrute da vida sexual e o exercício das funções reprodutivas.

Um das estratégias políticas defendidas pela PAHO (2003) prende-se com a promoção e respeito pelos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos em cuidados de saúde abrangentes, para homens e mulheres, bem como o exercício desses direitos durante os periodos de preconcepção, da gravidez, do parto e do pós-parto.

Em Portugal, uma das estratégias gerais orientadoras do Plano Nacional de Saúde é *"a prioridade aos mais pobres"*, porém num estudo patrocinado pela DGS (Portugal, 2008b: 94) é reconhecido que a *"possível relação entre as desigualdades sociais e a estratificação social com o género, enquanto determinante da saúde, é estabelecido de forma ténue"*. Uma das excepções mencionadas, diz respeito à menção feita no PNS sobre a necessidade de haver um cruzamento conceptual e estratégico entre a estratificação social e a saúde das mulheres

Existe uma ampla produção científica que documenta a relação entre as distinções de género e a saúde das mulheres, como ficou demonstrado até aqui. E a literatura descreve a relação entre os factores sociais, económicos e culturais e o bem-estar físico e mental. Num estudo promovido pela DGS (op. cit.: 95) é também reconhecido que esta é uma temática pouco estudada em Portugal.

Esta investigação pretende contribuir para a evolução do conhecimento acerca das influências do contexto social nas representações que as mulheres elaboram acerca da saúde / doença e da fecundidade / maternidade e a forma como estas influenciam as suas práticas e formas de utilização dos cuidados de saúde. Bem como a associação existente entre a posição social actual e variáveis relacionadas com o acesso e a utilização de cuidados de saúde.

[41] Cfr. HERA (1999), *Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres: ideias para acção*, HERA – Health, Empowerment, Rights e Accoutability. www.iwhc.org/hera

1.3.3. Fecundidade

Este trabalho procura explicar a posição social através de factores relacionados, nomeadamente com a saúde (explicado no ponto anterior) e com a fecundidade, aspecto abordado de seguida.

A fecundidade na Europa, actualmente, como fica demonstrado em vários estudos (Houseknecht, 1987; McAllister e Clarke, 1998; Roussel, 1989; Segalen, 1999; Girard e Roussel, 1976; Kellerhals *et al*, 1982 cit in Cunha, 2004), caracteriza-se por uma grande homogeneidade das práticas e das representações. Por um lado, são poucos os casais que optam por não ter filhos, registando-se uma grande polarização à volta dos 2 filhos, registando-se a baixa a partir do terceiro. Por outro lado, regista-se há algum tempo a esta parte um redimensionamento do modelo de descendência de 2-4 filhos para uma representação em torno dos 2 filhos.

Portugal, após um atraso de uma década, segue a tendência europeia (Cunha, 2004) com o índice sintético de fecundidade e situar-se na média da EU dos 15 desde 1992 (Eurostat, 2001, INE, 2001a), oscilando desde então entre 1,4 e 1,5. Os inquéritos aos valores confirmam um ideal de família orientado para a "norma dos 2 filhos" (Almeida e Guerreiro, 1993; Wall, 1998; INE, 2001 cit in Cunha, 2004).

Em termos das principais características da fecundidade portuguesa contemporânea, a mesma autora (cfr. op. cit.) realça dois aspectos: em primeiro lugar, a celeridade das mudanças (como aconteceu em toda a Europa do Sul), transformando a paisagem nacional em três décadas – do início dos anos 60 a meados dos anos 90 o índice sintético de fecundidade passou de 3,1 para 1,5 filhos; em segundo lugar, e directamente relacionado com o aspecto anterior, regista-se actualmente uma maior uniformidade das práticas procriativas das famílias. A junção do recuo da fecundidade europeia, devido ao recurso às práticas contraceptivas modernas, com a crescente uniformidade das representações e dos comportamentos procriativos dos casais, trouxe novas questões quanto ao 'valor social da criança na sociedade contemporânea'. A autora vem precisamente questionar a homogeneidade dos comportamentos procriativos das famílias e do valor social da criança, chamando a atenção para o que classificou como "*a diversidade que está para lá dos grandes traços que estruturam a paisagem da fecundidade portuguesa*". É preciso analisar, nomeadamente, o calendário dos nascimentos ou o recurso à contracepção, que deixa entender diferentes lógicas de construção da vida familiar com filhos. Mais ainda se esta análise se situar em diferentes contextos sociais, assistindo-se à manutenção de características tradicionais na

fecundidade das famílias com 'baixos capitais escolares e profissionais'. De facto, é mesmo afirmado que o contexto social em que as famílias se inserem é um aspecto fundamental para perceber os diferentes perfis de fecundidade existentes em Portugal[42] (Almeida *et al*, 1995/2002 cit in Cunha 2004).

O conceito de fecundidade pode-se caracterizar de acordo com quatro dimensões: as aspirações, as representações, as práticas e as tensões (Cunha, 2004: 3-4).

- As aspirações dizem respeito às metas pessoais que se pretendem atingir em termos de fecundidade, e podem ser mais ou menos precisas: ter filhos ou não (*projecto inicial*); ter 1, 2 ou 3 (*ideal inicial*).
- As representações referem-se ao modelo ideal de descendência que as famílias constroem (*ideal abstracto*). Em cada sociedade e em cada tempo histórico surgem as concepções de família, que estão intimamente relacionadas com o valor social da criança.
- As práticas estão relacionadas com os comportamentos procriativos das famílias e com os resultados conseguidos ao nível da fecundidade, isto é, ao número de filhos (*descendência actual*), à existência ou não de planeamento da gravidez (*planeamento dos nascimentos*), à sequência da constituição da descendência no ciclo de vida pessoal e familiar (*calendário da fecundidade*).
- As tensões, que estão associadas aos desfasamentos que surgem entre o que se aspira e o que se alcança (*tensão entre ideais e descendências*).

Na verdade, são os percursos escolares que contribuem de forma decisiva para a construção de perfis de fecundidade diversos do perfil-padrão que caracteriza a realidade portuguesa. Concretamente, Vanessa Cunha (cfr. op. cit.) menciona três perfis de fecundidade nacionais: 1) pouco ambicioso nos ideais, "domesticado" (devido à descendência planeada e concentrada) e muito contido nas descendências, associado às inquiridas do seu estudo com qualificações escolares intermédias; 2) contido no ideal inicial, ambicioso no abstracto, "contingente" (marcado

[42] Alguns dos factores explicativos incontornáveis nos estudos até agora realizados relativamente aos comportamentos procriativos e as representações no campo da fecundidade são: a escolaridade; a presença feminina na esfera profissional, com as respectivas consequências em termos de conciliação da vida profissional e familiar, nomeadamente do cuidado dos filhos e da coorte de entrada na maternidade, entendida como caracterizadora do 'tempo social' onde se têm registado as alterações da fecundidade. Cfr Kllershals *et al*, 1982; Almeida, 1993; Almeida *et al*, 1995; Wall, 1998; Guerreiro, 1998 cit in Cunha, 2004.

por "acidentes" e carreira reprodutiva longa) e com descendências grandes, relacionado com as mulheres com baixos níveis escolares; 3) ambicioso nos ideais, muito "domesticado" e "normativo" nas descendências («norma dos 2 filhos»), associado às inquiridas mais qualificadas.

Assim, a fecundidade é entendida neste trabalho segundo as quatro dimensões acima apresentadas, orientada em termos dos projectos e ideais, descendências, calendários e planeamento das gravidezes.

1.4. Representações Sociais: perspectiva "leiga" e profissionais (saúde e social)

A teoria das representações sociais surgiu no início dos anos 60 através de Serge Moscovici. Este autor reformulou o conceito durkheimiano de representações colectivas[43] na medida em que se focalizou na importância dos contextos sociais na produção de conhecimentos e porque deu um novo enfoque metodológico às representações sociais, ao estudá-las inseridas nesses mesmos contextos. As representações sociais situam-se, do ponto de vista analítico, no domínio das teorias do senso comum ("*Lay Theories*") (Furnham, 1985), e segundo a definição de Moscovici (1988 cit in Baptista *et al*, 1995: 13) são: "*uma forma de conhecimento social (…) imagens que condensam um conjunto de significações; sistemas de referência que nos permitem interpretar o que se passa, ou seja, dar um sentido ao imprevisto; categorias que servem para classificar as circunstâncias, os fenómenos, os indivíduos com os quais nos relacionamos; teorias que permitem preceituar sobre eles"*.

Quando falamos em representações sociais reportamo-nos a um sistema de conhecimento sobre objectos determinados e que tem por função apreender, avaliar e explicar a realidade. Denise Jodelet, que aprofundou a teorização proposta por Moscovici, apresenta uma definição de representações sociais, que se mantém das mais citadas: *" É uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo um lado prático, contribuindo para a construção de uma realidade comum a um grupo social"* (Jodelet, 1989: 36).

Jorge Vala (1993) designa as representações sociais como teorias sociais práticas, na medida em que não são meros reflexos da realidade, mas antes produzindo conhecimentos, são construídas na

[43] Este conceito diz respeito ao conjunto de mitos, crenças e ideias construídas pelos sujeitos enquanto membros de uma sociedade, e têm por finalidade exercer um poder coercivo devido ao facto de condicionar os comportamentos e relações dos sujeitos. Cfr. Cardoso, 2002.

interacção e na comunicação do quotidiano e contribuem para orientar práticas e constituir relações sociais e seus quadros institucionais.

As representações sociais têm subjacente a existência de sujeito e objecto, são sempre representações que alguém elabora sobre alguma coisa e representam uma síntese entre ambos, entre quem constrói (o sujeito) e o que é apreendido e representado (o objecto). Uma das características das representações sociais, bem como de todo o conhecimento gerado socialmente, é o facto de serem produzidas mediante processos que têm um carácter sóciocognitivo, em que as regulações sociais normativas são imanentes ao funcionamento cognitivo. As representações sociais surgem da confluência entre dois pólos: (i) as configurações sócio-estruturais imanentes nas posições sociais e em valores, normas e instituições de que os sujeitos são portadores; (ii) e reelaborações significativas do objecto, geradas pelos indivíduos nas interacções sociais, durante os processos comunicacionais em resultado das dinâmicas do quotidiano e das experiências vividas (Valentim, 1997).

Assim, as representações sociais assumem-se como estruturas estruturantes e como estruturas estruturadas (Spink, 1994 cit in Valentim, 1997). Enquanto produto, as representações sociais aparecem como campos estruturados e ancorados no contexto social em que são produzidos. Ou seja, os conteúdos de conhecimento da representação são indissociáveis das condições sociais em que foram produzidos, i.e, o contexto social em que nascem, circulam e se modificam. Assim compreende-se a seguinte citação: *"é a análise das regulações efectuadas pelo meta-sistema social no sistema cognitivo que constitui o estudo propriamente dito das representações sociais, tanto como os seus laços com posições específicas num conjunto de relações sociais explicitadas"* (Doise *et al*, 1992: 15 cit in Valentim, 1997: 127).

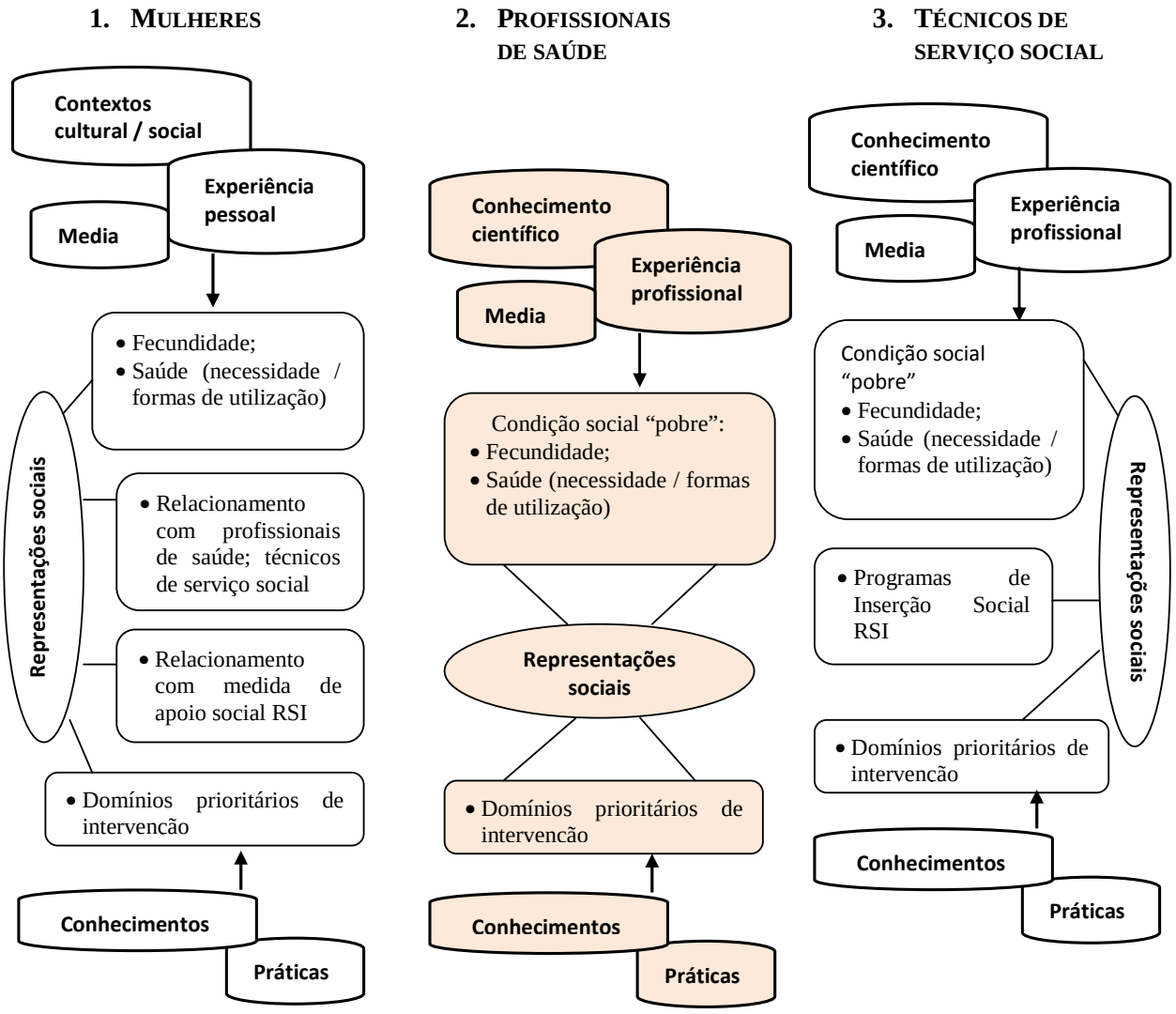
O conceito de representações sociais é, pois, utilizado para a investigação cujo interesse se centra na construção social do conhecimento social. E este processo pode acontecer de duas maneiras: por um lado, a investigação das representações sociais analisa a forma como o conhecimento "leigo" ou profissional é influenciado pelo conhecimento científico ou de uma qualquer corrente teórica; por outro, procura identificar diferentes culturas de conhecimento em diferentes grupos sociais (Flick, *et al*, 2002).

Segundo a literatura não existe um procedimento metodológico estandardizado para estudar as representações sociais, em parte porque se trata de uma modalidade de pensamento moldado pelo

conhecimento social do quotidiano. Antes pelo contrário, os estudos das representações sociais têm-se dispersado por todas as possibilidades de produção do conhecimento de um sujeito individual ou colectivo, orientando-se pela tarefa básica de explicitar elementos de sentido produzidos e mantidos em função de condições sociais específicas vividas do ponto de vista individual ou em grupo (Souza Filho, 1993 cit in Valentim, 1997; Cardoso, 2002; Flick *et al*, 2002).

É neste contexto teórico-analítico que procuro perceber quais as representações sociais construídas por mulheres em idade fértil, profissionais de saúde e técnicos de serviço social (Cfr. figura 1.3).

Figura 1. 3. Representações sociais: mulheres; profissionais de saúde e técnicos de serviço social



1) Como é que mulheres em idade fértil, que vivem em situação de pobreza, se relacionam com o sistema de saúde, neste caso num momento dos percursos de vida (a maternidade) entendido como "não doença", mas que tem subjacente a necessidade de cuidados de saúde específicos. E ainda compreender como é que se efectiva a relação entre as suas representações da gravidez e da maternidade, da própria situação de "não-doença", e da utilização dos cuidados de saúde materna. Fazendo referência à problemática desta investigação poder-se-á afirmar que a fecundidade (a gravidez e a maternidade), enquanto representação social, é construída por indivíduos que pertencem a grupos distintos, exprimindo uma síntese entre ambos.

Assim, a fecundidade (a situação de gravidez e maternidade), tal como outros objectos sociais, ao ser socialmente construída assume um determinado significado para os indivíduos que com ela se relacionam, dependendo da posição social, dos valores e práticas que caracterizam os grupos onde estão inseridos. O estudo acerca das representações da fecundidade em contextos de pobreza e as suas influências na forma como as mulheres se relacionam com os cuidados de saúde torna-se importante não só para ter elementos de compreensão da mudança social como para alimentar debates sobre as políticas voltadas para cada uma delas.

2) É também importante perceber as percepções dos profissionais de saúde sobre as mulheres oriundas de grupos sociais específicos, no sentido de compreender como se efectiva a articulação entre o que é representado por ambas as partes (mulheres e prestadores de saúde) no que diz respeitos aos cuidados de saúde necessários. Assim, espero contribuir para uma organização dos serviços de saúde mais adequada à realidade de quem os procura, e consentânea com as representações de quem os presta. Ou seja, coloco também a questão de saber como é que os profissionais de saúde percepcionam a condição social "pobre", nas dimensões relacionadas com os comportamentos de fecundidade e os cuidados de saúde, procurando saber se estão uns (mulheres) e outros (profissionais) a construir as suas percepções sobre modelos distintos. A importância de estudar as representações sociais dos profissionais de saúde sai reforçada com estudos como os de Whitehead e Dahlgren (2007a), que afirmam que uma das maiores barreiras, incluída no acesso cultural, prende-se com a relação dos profissionais de saúde com os pacientes menos instruídos, quando falta aos prestadores de cuidados de saúde sensibilização e compreensão para as restrições quotidianas nas vidas dos pacientes que vivem com privações. Acrescentaria a

importância de compreender os modelos explicativos de ambos – profissionais, com o modelo bio-médico de saúde; mulheres, com que modelo?

3) Mas importa ainda compreender as percepções dos técnicos de serviço social sobre essa condição social "pobre", sobre as dimensões relacionadas com os comportamentos de fecundidade, as formas de utilização dos cuidados de saúde e ainda o relacionamento com a medida de apoio social RSI (Baptista *et al,* 1995; King *et al,* 2008).

Existe uma vasta investigação acerca das representações sobre saúde e doença por parte das pessoas "leigas" nos assuntos relacionados com a medicina (Furnham, 1985; Herzlich, 1973; Stacey, 1988; Blaxter, 1990; Calnan, 1987).

Nomeadamente, Herzlich (1973) abordou a questão das representações sobre os significados de "ter saúde" e de "ter doença". Quanto aos significados de "ter saúde" classificou-os em três categorias: 1) saúde no vácuo, em que a saúde é concebida como ausência de doença; 2) reserva de saúde, considerando saúde como um recurso ou um investimento em vez de um estado – é uma característica pessoal uma vez que a pessoa pode sentir que tem mais ou menos "reserva"; 3) equilíbrio, sendo algo que podemos perder ou voltar a ganhar. Enquanto a "reserva de saúde" se caracteriza por uma presença (de saúde) e a "saúde no vácuo" por uma ausência (de doença), o "equilíbrio" está sujeito às contingências do dia-a-dia.

No que diz respeito às representações leigas sobre o "ter doença" a autora (cfr. op. cit.) classificou-as também em três categorias: 1) doença como destruidora, no caso de pessoas muito activas ou envolvidas na sociedade para as quais qualquer interferência com o seu papel familiar ou profissional representa um problema importante – a doença pode limitar a capacidade pessoal para assumir as responsabilidades e a correspondente perda de posição social e isolamento; 2) doença como libertadora, quando a situação de doença liberta das responsabilidades e pressões da vida diária. Podendo até trazer benefícios e privilégios, como seja a simpatia e os cuidados dos outros, introduzindo a noção de ganho secundário; 3) doença como desafio, nesta perspectiva a doença é vista como algo com o qual devemos lutar com todos os nossos recursos, situação em que a pessoa utiliza todas as suas energias para obter melhorias. Ou seja, a pessoa concentra-se na sua recuperação, acreditando no poder da mente sobre o corpo. A verdade é que a própria autora reconhece que a maior parte das pessoas não se encaixa estritamente nas referidas categorias, mas antes apresenta características misturadas das diferentes concepções.

A este propósito Albuquerque e Oliveira (2006) referem que as representações sobre saúde e doença das pessoas não ligadas à medicina ("leigas") estão relacionadas, por um lado, com significações mais latas sobre si próprias, sobre o mundo e imbuídas em sistemas culturais locais; por outro, existem diferenças entre as concepções que as pessoas fazem para os processos de saúde e doença; e ainda, que as concepções das pessoas "leigas" coexistem e competem em termos alternativos com as significações médicas ou dos profissionais de saúde.

Nos últimos anos tem-se assistido a um debate sobre a importância de estudar as percepções sobre as situações de desigualdade social e as relações com a saúde (Wilkinson, 1996; Marmot e Wilkinson, 2001 cit in Davidson *et al*, 2006). Bem como o reconhecimento, por parte dos responsáveis de saúde pública, da importância de conhecer e compreender as percepções das populações locais, as perspectivas "leigas", bem como a dos profissionais (Atkinson e Farias, 1995).

Percepções sobre gravidez e maternidade.

A gravidez e o parto são considerados processos biológicos normais e eventos social e emocionalmente significativos nas vidas das mulheres e suas famílias. Actualmente, no mundo desenvolvido, a experiência do parto, apesar de sempre imprevisível (Bewley e Cockburn, 2002 cit in Fisher *et al*, 2006), é considerado um evento integrado nos percursos de vida associado com um risco mínimo de resultados adversos[44] (Geissbuehler e Eberhard, 2002; Searle, 1996 cit in Fisher *et al*, 2006)[45].

Existem estudos que demonstram haver uma associação entre medo e a gravidez (Zar, Wijma e Wijma, 2001 cit in Fisher *et al*, 2006). Nas sociedades ocidentais os medos do nascimento estão

[44] A gravidez, embora considerado um processo biológico normal, coloca a grávida em risco para uma série de situações que não teria de enfrentar de outro modo (hemorragia, infecção e toxémia da gravidez), podendo ainda agravar a evolução de condições crónicas preexistentes (por exemplo, doenças cardíacas e diabetes). A OMS considera mesmo a mortalidade materna como um bom indicador das condições de vida e do nível de cuidados de saúde prestados às mulheres durante a gravidez, parto e puerpério, ou seja, indicador de desigualdades de condições sociais e económicas entre populações femininas (WHO, 1998)

[45] Em Portugal registou-se um declínio acentuado na mortalidade materna nas últimas três décadas, tendo a taxa de mortalidade materna decrescido de 71,6 por 100.000 nados-vivos em 1970, para 7,9 em 1998. Esta situação explica-se, por um lado, devido a uma grande melhoria (em recursos humanos e equipamentos) na assistência ao parto e, por outro lado, a evolução socioeconómica que ocorreu no país depois da revolução de 1974 (Mendonça e Calado, 2002: 155-157).

associados com complicações na gravidez, aumento das intervenções no parto, cesarianas, depressões pós-parto, efeitos na relação mãe-filho (Bewley e Cockburn, 2002; Johnson e Slade, 2002; Ryding Persson, Onell e Kvist, 2003 cit in Fisher *et al*, 2006).

A maternidade assume um papel muito significativo e contraditório na vida das mulheres em situação de pobreza. No estudo realizado por Perista (1991: 67) conclui-se que existe um elevado número médio de filhos, nem sempre desejados[46], havendo dificuldades materiais para os alimentar, vestir, alojar e educar, mas cujo contributo acaba por se tornar essencial para o equilíbrio da vida familiar (por exemplo, através de trabalho remunerado ou pelo cuidado de irmãos mais novos). Estes são alguns dos factos que nos conduzem à importância de prestar especial atenção a aspectos relacionados com a gestação (e primeiros anos de vida dos filhos) de mulheres em contexto de pobreza[47].

Há autores que falam mesmo dos aspectos "stressores" que podem acompanhar a gravidez, relacionando-a com a eventual perda de emprego, mau-estar físico, dificuldades em realizar determinadas tarefas físicas e necessidades económicas acrescidas. As mulheres que já têm dificuldades económicas podem ser particularmente afectadas por estes "stressores", devido aos seus recursos económicos já debilitados, com eventuais consequências negativas adicionais (Chapman et al, 1997 cit in Patrick e Bryan, 2005).

O debate acerca do conceito de gravidez indesejada tem sido longo (cfr. Campbell e Mosher, 2000 cit in Kendall *et al*, 2005 – a história dos estudo da fertilidade indesejada remonta ao início dos anos 40 e o interesse maior regista-se nos anos 60, paralelo com o desenvolvimento dos novos métodos contraceptivos). Actualmente, admite-se que é inadequado estudar um processo de tomada de decisão e de intenções quanto à gravidez sem ter em conta, simultaneamente, muitas outras preocupações, como a ambivalência relativamente à contracepção e as mudanças nas dinâmicas de uma relação. Isto é, as intenções de um nascimento estão relacionadas com a

[46] Eggleston, *et al* (2001: 808) apresenta as seguintes definições de gravidez: não desejada ("*unwanted")*, fora de tempo ("*mistimed*") e planeada ("*planned*"), respectivamente: "(…) gravidez indesejada (*unwanted pregnancy*) - não intencional, em mulheres que não querem mais filhos, gravidez fora de tempo (*mistimed pregnancy*) - não intencional, em mulheres que desejam um filho no futuro, e gravidez planeada (*planned pregnancy)* - prevista".

[47] Catherine Cubbin *et al* (2002: 238) afirmam que as consequências sociais de uma gravidez indesejada variam consoante a gravidez é fora de tempo ("mistimed") ou inequivocamente não desejada ("unwanted"). De qualquer forma, em geral, a gravidez indesejada é um resultado de saúde importante porque reduz as possibildiade de iniciação atempada de medidas como a toma de ácido fólico ou a eliminação ou redução dos hábitos tabágicos ou toma de álcool, com implicações para o desenvolvimento fetal e/ou a saúde materna.

comunidade, o parceiro e os valores sobre a gravidez, mas o planeamento do nascimento está ligado aos objectivos de vida e educação (Zabin, 1999; Bachrach e Newcomer, 1999).

As normas de fertilidade são definidas cultural e socialmente, segundo um estudo desenvolvido por Geronimus nos EUA (2001, 2003 cit in Kendall *et al*, 2005), no caso das populações pobres / negras americanas, a norma de fertilidade prematura é uma estratégia colectiva de resposta à pobreza e à rápida deterioração da saúde das mulheres.

As decisões das mulheres acerca da gravidez é multifacetada, logo é necessário compreender a complexidade de circunstâncias e desejos subjacentes a essa decisão (Kendall *et al*, 2005), enquadrando-se assim a componente do nosso estudo que se debruça sobre as percepções sobre os significados atribuidos à gravidez e à maternidade pelas mulheres, oriundas de grupos socioeconómicos distintos. Sendo para tal necessário incluir dimensões como a contracepção, a maternidade e as dinâmicas relacionais.

A investigação tem mostrado que os profissionais de saúde poderão prestar melhores cuidados aos seus utentes se compreenderem as suas perspectivas acerca da gravidez e do nascimento, assim como as influências culturais nessas percepções, e a forma como estas podem afectar as decisões das mulheres para procurar cuidados de saúde pré-natal (Whiteford e Szelag, 2000). A ideia dos cuidados pré-natais como medida preventiva é uma noção do modelo biomédico de saúde Ocidental, sendo que as mulheres, as suas famílias e os prestadores de cuidados de saúde, todos pressupõem um certo controlo no processo da gestação, em que todo o foco da acção durante a gravidez e o parto é o sistema de saúde, no contexto da biomedicina. Se a mulher subscreve o modelo biomédico de saúde e entende que é possível melhorar o resultado de saúde do parto através de consultas regulares e exames durante a gravidez, esta é vista como uma estratégia prudente. Mas essa é apenas uma das crenças acerca da gravidez e cuidados pré-natais existentes na sociedade, outras culturas têm referenciais que não coincidem com este modelo bio-médico, modelando a forma como entendem a gravidez e parto (cfr. op. cit.).

Também se encontram estudos acerca das representações sociais dos profissionais de saúde sobre diferentes temáticas (Flick *et al*, 2002; Johnson *et al*, 2008;) e dos trabalhadores sociais (Baptista *et al*, 1995; King *et al*, 2008).

Um mesmo objecto pode ser alvo de uma pluralidade de representações, devido à pluralidade de clivagens sócio-económicas e dos quadros de referência em termos de normas e valores. Essas representações vão originar um determinado discurso sobre o real, bem como uma prática em relação ao mesmo. Segundo Baptista *et al* (1995), este processo é evidente em áreas como a intervenção social, sobretudo pelo facto do trabalho social ser um campo profissional em que a própria representação funciona como instrumento de trabalho. Diria que também os profissionais de saúde se enquadram na perspectiva apresentada por Martin e Royer-Rostoll (1990 cit in Baptista *et al*, 1995), ou seja, são profissões em que a representação social está no cerne da prática profissional, na medida em que o sujeito da relação (o outro, o cliente, o utente) é também objecto de trabalho. Sendo ainda acrescentado que o tipo de representação que o trabalhador / actor social tem da população com a qual trabalha tem como consequência diferentes comportamentos profissionais e diferentes resultados.

Bruto da Costa no prefácio do livro de Isabel Baptista e restantes autoras (1995: 7) além de nos explicar que entende por percepção da pobreza: "*o modo como um dado grupo social percebe e compreende o fenómeno*", também adianta que a pertinência de estudar as percepções que os profissionais têm dos pobres assenta no facto de o "*modo como a sociedade, em geral, e determinados grupos sociais, em particular, «percebem» a pobreza condiciona fortemente, facilitando ou dificultando / impedindo, a prevenção e o combate"*. As próprias autoras (Baptista *et al*, 1995) realçam a importância de considerar a opinião da sociedade em geral, dos grupos profissionais ou ainda dos próprios pobres, para o processo de definição e compreensão da pobreza.

É possível traçar algumas características sobre as representações sociais da pobreza e do "ser pobre". Na medida em que a pobreza é resultado de contextos sociais, políticos e económicos, é possível identificar, ao longo dos tempos, diferentes imagens do pobre e diferentes discursos sobre a pobreza (Guitton, 1991 cit in Baptista *et al*, 1995). No séc. XIX, com a industrialização, assiste-se à massificação da pobreza e os pobres tornam-se operários. Assim, essa época fica marcada por uma "confusão" entre pobre, operariado e "classe perigosa", ou seja, as imagens do pobre são sobretudo depreciativas: sujo, estúpido, selvagem, vicioso, irresponsável, "irracional". Já na segunda metade do séc. XIX, os trabalhadores pobres adquirem uma identidade como classe,

reconhecendo-se o direito a beneficiar de políticas sociais, separando-se da "classe perigosa" (indigentes, mendigos, ladrões) (Gouguet, 1991; Heuré, 1990 cit in Baptista *et al*, 1995).

Noa anos 60 os discursos políticos sobre pobreza, marcados pela abundância da sociedade pós-Guerra, realçavam-na como um fenómeno residual nos países ocidentais ditos desenvolvidos, sendo sobretudo um problema do "terceiro mundo", o pobre é o habitante dos países subdesenvolvidos. A crise económica dos anos 70 e 80 faz ressurgir a noção de pobreza, agora associada aos chamados "novos pobres". É um fenómeno que atinge indivíduos e famílias, até então inseridos na vida profissional, e que os ciclos económicos e as decisões políticas e empresariais fazem cair na precariedade (Merrien, 1994 cit in op. cit).

Um outro aspecto que se torna visível prende-se com a pobreza urbana, emergem as zonas degradadas, a presença crescente de mendigos e sem-abrigo nos centros urbanos. Ou seja, "na medida em que a imagem de grupos organizados em torno de conflitos do trabalho se desfez, os problemas sociais manifestam-se antes de mais como problemas urbanos" (Dubet e Lapeyronnie, 1992 cit in op. cit.).

De forma resumida diria que ao longo dos tempos se assistiu a mudanças, quer na imagem do pobre, quer na própria noção de pobreza e no que a sociedade considera pobreza, sendo que estas alterações se reflectem em termos sociais e nas decisões políticas. O facto é que se tem assistido a uma crescente integração das questões relacionadas com a pobreza e/ou exclusão social nos discursos políticos e das organizações internacionais (CSDH, 2005; OIT, 2003; World Bank, 2001; Baptista *et al*, 1995). Trata-se aqui de assumir que existe a "pobreza como objecto e a pobreza como discurso, a pobreza como situação e a pobreza como representação" (Martin e Soulet, 1983 cit in Baptista *et al*, 1995). Não se trata de preterir uma abordagem objectiva do fenómeno da pobreza em detrimento de uma outra abordagem que privilegia dimensões subjectivas. O que procuro é complementar ambas, por um lado, através do estudo de caso-controlo e, por outro, através do estudo qualitativo, com o objectivo último de melhor compreender o fenómeno e poder, assim, contribuir para melhores decisões técnicas e políticas de o combater.

CAPÍTULO 2: ASPECTOS CONTEXTUAIS

O estudo exploratório (apresentado no Anexo 1) foi realizado com o objectivo de compreender o contexto em termos de evolução demográfica, de caracterização da população feminina do concelho de Lisboa, de uma forma geral e também no que diz respeito a alguns indicadores de fecundidade. O conhecimento desta realidade foi importante para as decisões tomadas acerca do processo de amostragem e determinação do tamanho da amostra no estudo de caso-controlo realizado neste trabalho de investigação. O estudo exploratório contribui ainda para a definição do objecto de estudo, hipóteses e objectivos gerais da investigação e para sustentar as escolhas finais relativamente ao desenho geral da investigação e aos aspectos específicos do estudo de caso-controlo (capítulo 3 da dissertação) e do estudo qualitativo, nomeadamente a população, a amostragem e variáveis em estudo (capítulo 4 da dissertação).

2.1 Política de saúde e cuidados de saúde reprodutiva e medidas de apoio à maternidade e redução da pobreza

O serviço nacional de saúde existe numa determinada conjuntura e tem-se assistido a uma evolução das políticas de saúde e dos cuidados de saúde reprodutiva (CSR) - saúde materno-infantil (SMI) e planeamento familiar (PF) - justificando-de que se apresente esta descrição com o objectivo de contextualizar a investigação efectuada.

Importa ainda, no contexto deste estudo, fazer uma descrição das medidas públicas de apoio à Maternidade e de redução da pobreza, nomeadamente o RSI e o Abono de Família Pré-Natal.

2.1.1 A Evolução das Políticas de Saúde e os Cuidados de Saúde Materno-Infantis

Do ponto de vista deste trabalho importa traçar a evolução geral da política da saúde em Portugal, registando aqueles que foram os marcos mais importantes relativamente aos cuidados de de saúde reprodutiva - saúde materno-infantil (SMI) e planeamento familiar (PF). No entanto, o objectivo

não é o de apresentar a história das políticas de saúde em Portugal, que como recorda Simões (2004) é longa e com muitos detalhes[48]. O mesmo autor afirma que são diversos os critérios que podem ser seguidos para se agruparem as políticas de saúde em Portugal[49], o meu prende-se com o objecto de estudo da dissertação, isto é, agrupá-las relacionando-as com a evolução em termos de saúde materno-infantil (SMI) e planeamento familiar (PF).

[48] Segundo Jorge Simões (2004:85-91) existem três reformas no período compreendido desde final do século XIX até 1974, cuja referência é imprescindível:

"a primeira, conhecida pela reforma de Ricardo Jorge, traduziu-se num conjunto de diplomas promulgados em 1899 mas só aplicados a partir de 1903, que reorganizaram a Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública e criaram a Inspecção Geral Sanitária, o Conselho Superior de Higiene Pública e o Instituto Central de Higiene como entidades centrais de coordenação (…)";

"a segunda reforma, com tradução normativa no Decreto-Lei n.º 35 108, de 7 de Novembro de 1945, decorrente do Estatuto da Assistência Social (Lei n.º1998, de 15 de Maio de 1944, cria duas direcções-gerais, a da Saúde e a da Assistência (…). Neste diploma, pela primeira vez, abordam-se três diferentes objectivos da política de saúde: a assistência preventiva, a assistência paliativa e curativa e a assistência construtiva, ou seja, o que posteriormente se considerará como a perspectiva da prevenção, do tratamento e da recuperação da saúde";

"a terceira reforma é de 1971, que marcará as opções doutrinárias para as décadas seguintes, desde logo após 25 de Abril de 1974. A ausência de rupturas significativas depois da Revolução de 1974 deve-se, em primeiro lugar, ao reforço, em 1971, da intervenção do Estado nas políticas de saúde; em segundo lugar à orientação desse novo papel do Estado no sentido de conferir prioridade à promoção da saúde e à prevenção da doença, que constituíam aspectos inovadores naquele contexto político e que recolheriam o apoio das forças políticas e sociais vencedoras, três anos depois, no 25 de Abril; em terceiro lugar, ao facto de muitos dos principais obreiros desta política terem mantido o desempenho de funções relevantes depois de 1974. A publicação dos Decretos-Lei n.ºs 413/71 e 414/71, de 27 de Setembro, representam, assim, um marco histórico, na evolução da política de saúde nacional (…) Assim, de uma forma inovadora e percursora do que três anos mais tarde a Revolução de Abril viria a fixar, refere o Decreto-Lei nº 413/71 que o direito à saúde compreende o acesso aos serviços sem restrições, salvo as impostas pelo limite dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis. Abandona-se, assim, a «… referência à caridade e ao primado das instituições particulares para resolverem os problemas de saúde dos portugueses» (Campos, 1983)".

[49] São referidas as seguintes possibilidades: Coriolano Ferreira (1986 cit in Simões, 2004: 91-92), que apresenta três grandes períodos: entre 1940 e 1958, de 1958 até 1976 e o "terceiro período tem a sua génese no artigo 64.º da Constituição, assumindo-se o Estado como responsável pela concretização do direito à protecção da saúde"; Boaventura de Sousa Santos (1987 cit in Simões, 2004: 92) refere dois períodos: o primeiro que coincide com o período revolucionário de 1974-1976, não se levando à prática o SNS universal, geral e gratuito; o segundo compreendido de 1976 a 1987, com um "processo instável de estabilização"; Medina Carreira (1996 cit in Simões, 2004: 92-93) sugere a seguinte periodização: de 1946 a 1976, com a coexistência da assistência pública e o seguro social obrigatório, em 1976 a Constituição cria o SNS, que só em 1979 é previsto em legislação ordinária, de 1976 a 1990 predomina largamente o SNS; o Relatório da Primavera de 2002 do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2002 cit in Simões: 93) regista duas grandes fases: a primeira, de 1970 a 1985, que titula "o SNS e a expansão do sistema de saúde", inclui a reforma de 1971, a Lei do SNS de 1979 e a implementação da carreira médica de clínica geral e familiar, a segunda, a partir de 1985, assumida como "o desafio da qualificação do sistema de saúde", inclui o primeiro ciclo de 10 anos de duração (1985-1995), em que a agenda que predomina é mudar a fronteira público/privado a favor do privado (Lei de Bases de 1990), e um segundo ciclo, de seis anos de duração (1996-2002), em que a agenda predominante é reformar o SNS; Simões (2004: 93-96) reafirma a tese da continuidade ideológica, defendendo que não houve rupturas significativas entre 1971 e os anos seguintes a 1974.

De 1945 a 1976

Importa fazer a referência aos aspectos principais que caracterizam os anos 40[50], fazendo a correspondência com os aspectos relativos à perspectiva da assistência social do Estado Novo (Carapinheiro e Page, 2002; Sampaio, 1981, Ferreira, 1990 cit in Biscaia, 2008: 49-50), que foi caracterizado por "*um cunho acentuadamente paternalista da acção assistencial pública, a maior parte das vezes assumida como uma assistência caritativa, alheia a qualquer estratégia de política social* (Rosas, 1996: 72-73 cit in Carapinheiro e Page, 2002: 86). Estas características permaneceram e o sistema de assistência português ficou sempre entre a "assistência pública" e a "assistência social", pelo que a previdência e a assistência acabaram sempre por se sobrepor, embora devessem ser complementares, percebendo-se a estratificação social produzida pelos que conseguiam aceder às prestações do sistema de previdência e pelos restantes (Carapinheiro e Page, 2002: 86).

Não posso deixar de realçar que no Decreto-Lei n.º 31: 666 de 22 de Novembro de 1941, apresentando propostas baseadas em estudos realizados entre 1937 e 1941, são referidas as maiores necessidades sociais em quatro grupos diferentes, sendo que o primeiro diz respeito à «assistência à vida no seu nascimento e à primeira infância», criando consultas pré-natais, maternidades, lactários, parques e dispensários infantis. É ainda no âmbito deste Decreto-Lei que é introduzido o mecanismo de realização de "inquéritos" às condições económicas, sociais e morais das famílias, através da "visitação domiciliária", criando as designadas "visitadoras sociais" (op cit: 87-88).

No Estatuto da Assistência Social (Lei n.º1998, de 15 de Maio de 1944) foram definidos três tipos de assistência social, que depois seriam a base de toda a política de saúde, isto é, aparecem as perspectivas curativa, de prevenção e de promoção (Carapinheiro e Page, 2002; Simões, 2004). É

[50]Carapinheiro e Page (2002: 84-93), analisando as políticas de saúde nos últimos 50 anos, encontram três períodos marcantes: 1) os anos 40: edificação estrutural dispersa; 2) os anos 70: subordinação internacional convergente; e 3) os anos 90: dependência supranacional transversal, sendo que a evolução das políticas foi marcada pelo movimento da moderna saúde pública, isto é, pelos determinantes transnacionais, supranacionais bem como as especificidades nacionais. As autoras referem que a década de 40 está ligada às bases do "movimento da saúde pública" a nível nacional, mas muito marcado pelos movimentos internacionais e supranacionais. Destacamos a constituição da Organização Mundial de Saúde, em 1946, e a adopção da Estratégia de Cuidados de Saúde Primários resultado da Conferência de Alma Ata, de 1978, que advêm de movimentos internacionais anteriores que manifestavam preocupações em termos de higiene pública, sistemas de informação e Medicina Social ou Saúde Pública.

ainda referido por Campos (1983) que as Misericórdias seriam, na medida do possível, o órgão coordenador e supletivo na assistência à maternidade, primeira e segunda infâncias e na doença. Esta Lei "*marca a continuação da mesma política, isto é, os serviços mais desejados pela população, continuavam a ser da responsabilidade da iniciativa particular e o Estado interviria somente a título supletivo"* (Sampaio, 1981 cit in Conceição *Webpage* pessoal, 2009)

O Decreto-Lei n.º 35 311, de 25 de Abril de 1946, constituiu a Federação das Caixas de Previdência, que cresceu a um ritmo rápido e foi motor de desigualdades sociais[51].

Em 1958 foi criado o Ministério da Saúde e Assistência (Decreto-Lei n.º 41: 825 de 13 de Agosto de 1958)[52], que incluía os serviços de saúde pública e de assistência pública, tratando-se de um processo político da maior importância, pelo facto de lhe estar subjacente as seguintes ideias: individualização de medidas políticas; integração de serviços dispersos e de uma política unitária de saúde. Esta legislação permitiu que, organicamente, o sistema de saúde português conseguisse integrar a flexibilidade suficiente para poder adoptar uma estratégia de saúde pública, ratificada em 1978, na Conferência de Alma Ata (Carapinheiro e Page, 2002).

Em 1963, pela Lei n.º 2 120, é aprovado o Estatuto da Saúde e Assistência que, segundo Lino (1989 cit in Conceição *Webpage* pessoal, 2009), instituiu a separação e autonomização entre saúde e previdência, sendo o Estado o garante da saúde. O autor refere o facto da cooperação da saúde com a assistência ter sido forte, nomeadamente através do papel e actuação das Misericórdias, consubstanciada pela articulação destas com a Previdência.

[51]A Federação das Caixas de Previdência "*que originou um serviço de cuidados médicos de nível nacional até aí disperso pelos vários sindicatos, com diferente organização e desiguais regalias aos seus beneficiários. O serviço de cuidados médicos das caixas, devido às suas possibilidades financeiras, foi crescendo a ritmo rápido, ignorando os serviços de saúde do Estado e dando regalias aos seus beneficiários que aumentavam de uma maneira chocante as desigualdades sociais"* (Sampaio, 1981 cit in Conceição *Webpage* pessoal, 2009).

[52] A criação do Ministério da Saúde surge como resposta à contestação sobre o estado da saúde na altura das eleições *"(...) as competências e os meios disponíveis não foram significativamente modificados. A única vantagem que disso podia resultar era de que o membro do governo responsável pela saúde tinha assento no conselho de Ministros. Porém, essa vantagem, … não teve repercussão na organização dos serviços de saúde, pelo que estes continuaram dispersos pelos diferentes ministérios, inspirados por filosofias diferentes"* (Sampaio, 1981 cit in Conceição *Webpage* pessoal, 2009).

A Lei Orgânica do Ministério da Saúde, Decreto-Lei n.º 413/71, 27 de Setembro, vem introduzir a reorganização dos serviços do Ministério da Saúde e da Assistência, bem como os Centros de Saúde de 1ª Geração[53].

Segundo Sampaio (1981 cit in Conceição *Webpage* pessoal, 2009) durante o período de 1945 a 1971, os serviços de protecção à mãe e à criança, foram em grande parte atribuídos às Misericórdias, que eram subsidiadas pelo Estado ou por oferendas uma vez que, na sua grande maioria, não tinham rendimentos próprios[54].

Em 1974 assistimos à criação do Ministério dos Assuntos Sociais, que incorpora as Secretarias de Estado da Saúde e da Segurança Social (Ministério da Saúde e Assistência, 1958; Ministério da Saúde, 1973; Ministério dos Assuntos Sociais (Secretaria de Estado da Saúde) 1974; Ministério da Saúde, 1983) (Conceição *Webpage* pessoal, 2009). Segundo Ferreira (1986), no ano de 1974, o Estado assumia o papel de gestor e garante do sistema de saúde, com a oficialização dos Hospitais das Misericórdias, e sobretudo com o aparecimento da nova Constituição da República Portuguesa, em 1976.

De 1976 a 1989

Na Constituição de 1976, consta no Artigo 64.º "*1- Todos têm direito à protecção da saúde e o dever de a defender e promover. 2- O direito à protecção da saúde é realizado pela criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito".*

Nesse mesmo ano, através do Despacho da Direcção Geral de Saúde, de 16 de Março de 1976, são criadas as consultas de planeamento familiar, integradas nas valências de saúde materno-infantil

[53] " A filosofia subjacente ao Decreto-Lei n.º 413/71 vai ao encontro do que mais tarde seria identificado em Alma-Ata como Cuidados de Saúde Primários. Na prática manteve-se a separação dos Postos de Saúde (Centros de Saúde pelo decreto com actividades de saúde materno infantil, vacinação, saneamento do ambiente e cuidados médicos de base, estes últimos limitados a exames exigidos por lei como admissão na função pública, manipuladores de alimentos, carta de condução, por falta de pessoal. Com o serviço médico à periferia esta situação melhorou muito) e Caixas de Previdência (Postos dos Serviços Médico-Sociais) Conceição *Webpage* pessoal, 2009.

[54] *"No período de 1945 a 1971, o Estado, não querendo assumir a responsabilidade dos cuidados de saúde dos portugueses, permitiu a criação de um sistema de saúde constituído por um grande número de subsistemas independentes, difíceis de coordenar e originando duplicações e guerras de competência e rivalidade, que impediam ou dificultavam a formação de equipas multidisciplinares indispensáveis à resolução dos problemas de saúde. Como resultado, os portugueses não tinham um serviço de saúde mas vários serviços de saúde de tipo vertical, mal dotados e mal equipados* " (Sampaio, 1981 cit in Conceição *Webpage* pessoal, 2009).

dos centros de saúde[55]. No seguimento deste despacho, segue-se um outro datado de 28 de Março de 1977, onde é reconhecido que, para haver lugar à efectivação das consultas de planeamento familiar é "*necessário assegurar uma linha, tanto quanto possível uniforme, de orientação técnica, quer na preparação de pessoal médico e de enfermagem, quer no funcionamento e avaliação das actividades de planeamento familiar*" pelo que são designados consultores de planeamento familiar para as zonas norte, centro e serviços centrais / zona sul.

A criação do Serviço Nacional de Saúde através da Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro de 1979, que embora *"tenha constituído um marco importante na evolução das políticas de saúde, ela não é mais do que uma síntese do que tinha sido feito anteriormente. Não deixa, por isso, de conter as contradições internas que acompanharam a sua implementação ao longo de cerca de doze anos, nem deixa de se dissociar de um contexto económico mundial, pela primeira vez francamente adverso desde o final da segunda guerra mundial"* (Carapinheiro e Page, 2002: 97).

O Despacho do Gabinete de Ministros, de 21 de Junho de 1982, vem criar um grupo coordenador de PF com o objectivo explicitado de promover a implementação do planeamento familiar a nível nacional, sendo referido o compromisso do Estado português em "*promover e desenvolver uma política de planeamento familiar*".

No mesmo ano é criado, na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, o curso de assistentes conjugais e familiares (Portaria n.º 239/82, de 24 de Fevereiro de 1982), que pretende "prosseguir em bases sólidas e duradouras" o caminho iniciado pela Portaria n.º 336/81, de 09 de Abril de 1981, que havia instituído o curso de Planeamento Familiar na Misericórdia de Lisboa.

A Lei n.º 3/84 de 24 de Março de 1984 - Educação sexual e planeamento familiar - vem assegurar no artigo 1.º: *"1- o Estado garante o direito à educação sexual, como componente do direito fundamental à educação"*, bem como no artigo 5.º*: "1- é assegurado a todos, sem discriminações,*

[55] No Despacho da Direcção Geral de Saúde, de 16 de Março de 1976 pode ler-se que *"1- a OMS desde 1965 tem vindo a chamar a atenção de todos os países para a importância do planeamento familiar na saúde materno-infantil. Com efeito está provado que o planeamento familiar: diminui a morbilidade e mortalidade materna e infantil; melhora as taxas de saúde infantil; tem uma acção preventiva contra o aborto com as suas consequências nefastas na saúde materna e; contribui para o bem-estar familiar. 2 – Em Portugal verifica-se um elevado número de abortos, calculado em mais de 100.000, com funestas consequências na saúde materna. Por outro lado, os meios anticoncepcionais estão a ser usados sem orientação técnica, o que tem originado problemas de vária ordem. 3- Perante esta realidade, torna-se necessário tomar medidas urgentes que permitam modificar a situação actual, e por isso determino que, em todos os centros de saúde, e na medida das disponibilidades técnicas, seja criada a consulta de planeamento familiar, integrada na valência de saúde materno-infantil".*

o livre acesso às consultas e outros meios de planeamento familiar; 2 – com esse objectivo o Estado promoverá a cobertura progressiva do território nacional com meios de consulta sobre planeamento familiar, …". O PF, como valência da área dos cuidados de saúde primários, insere-se na competência do Ministério da Saúde pelo que, através da Portaria n.º 52/85 de 26 de Janeiro de 1985, este apresenta o regulamento das consultas de planeamento familiar e centros de atendimento para jovens (regulamentação da Lei n.º 3/84). No diploma ficou explícito no artigo 1.º que "*as consultas de planeamento familiar deveriam estar implementadas em todos os centros de saúde e extensões e nos hospitais com serviços de ginecologia e obstetrícia no prazo de um ano*".

No documento (Portugal, 1989) produzido pelo Grupo de Trabalho para a Melhoria dos Cuidados em Perinatalogia, confirma-se que por despacho do Ministro da Saúde de 04.11.83 foram aprovadas as recomendações intituladas "Cuidados Primários em Saúde Materna e Saúde Infantil". Aí encontram-se orientações sobre as seguintes áreas: cuidados primários em saúde materna - exames de saúde em vigilância pré-natal, revisão do puerpério, planeamento familiar; cuidados ao recém-nascido no sector de internamento do centro de saúde – assistência ao recém-nascido, estadia no sector de internamento, transferência; cuidados primários em saúde infantil – exames de saúde[56].

[56]De seguida reproduzimos o texto constante na introdução deste documento, por considerarmos pertinente de forma a percebermos o contexto em que as decisões técnicas foram criadas, bem como a necessidade que os responsáveis tiveram de elaborar as orientações técnicas e formativas dos profissionais de saúde, que se seguiram. "*1- O imperativo da cobertura geral universal da população por cuidados de saúde primários e as necessidades especiais dos grupos populacionais vulneráveis, obrigam a conferir alta prioridade aos cuidados de saúde a prestar às mulheres em idade fértil e às crianças. Tendo em conta as necessidades, avaliadas pelos indicadores de saúde disponíveis, os recursos existentes do serviço nacional de Saúde, a experiência adquirida desde 1971 nos Centros de Saúde, nas actividades de Saúde Materna incluindo Planeamento Familiar e Saúde Infantil, e ainda as "recomendações com vista à normalização dos cuidados primários em saúde materna e infantil" da Comissão para a Reestruturação do Sector da Saúde Materna e Infantil, que merecem despacho favorável da Secretaria de Estado da Saúde em 06.01.79, o Grupo de Trabalho para a Melhoria dos Cuidados em Perinatalogia, nomeado por despacho de 02.02.82 (…), considera essencial a adopção pelos Centros de Saúde do presente programa de CUIDADOS PRIMÁRIOS EM SAÚDE MATERNA E SAÚDE INFANTIL; 2- considera-se imprescindível a utilização, por todos os Serviços, de fichas de saúde normalizadas, bem como outros registos, de forma a permitir a uniformidade de colheita e avaliação de dados, o que implica ainda um claro e completo preenchimento dos referidos instrumentos; 3- considera-se ainda de maior importância o preenchimento sistemático do Boletim de Saúde da Grávida e do Boletim de Saúde Infantil, devido à importância destes documentos como registo de dados clínicos, que devem ser apresentados em todos os serviços de saúde; (…) 6- reconhecendo-se que parte da população alvo, em particular a de maior risco, não utiliza espontaneamente os recursos de saúde disponíveis, considera-se que os Centros de Saúde deverão divulgar, por todos os meios de informação disponíveis, a necessidade e vantagens da vigilância de saúde destes grupos. Esta actividade deve ser completada pelo envolvimento de elementos chave da comunidade, de modo a permitir detectar e encaminhar os referidos indivíduos ou grupos em risco, com a precocidade desejável, para os Centros de Saúde; 7- deve ser procurada e fomentada a* ***colaboração com outros serviços, instituições e organizações, especialmente com profissionais da área pedagógica e de serviço socia****l, de modo a esclarecer, divulgar e difundir conhecimentos*

1989-2009

Medidas técnico-normativas (recomendações e orientações técnicas)

O ano de 1989 representa um marco em termos de política de saúde materno infantil, pois surgem as primeiras orientações (OT n.º 3) da DGS sobre Planeamento Familiar, que representariam apenas o início de um conjunto de medidas "técnico-normativas" na área da saúde reprodutiva e planeamento familiar.

Assim, a Direcção-Geral de Saúde teve a seu cargo ao longo dos anos as medidas de carácter técnico-normativo[57], traduzidas em termos de normalização das seguintes actividades: "*planeamento familiar (Saúde Reprodutiva, Planeamento Familiar - OT nº9, DGS); de vigilância pré-concepcional (Prestação de Cuidados Pré-concepcionais – Circular Normativa nº 2/98 DSMIA – DGS); pré-natal (Vigilância Pré-Natal e Revisão do Puerpério - OT nº 2, DGS; Diabetes e Gravidez - Circular Normativa 8/98 DGCG - DGS) e de saúde infantil e juvenil (Programa Tipo de Saúde Infantil e Juvenil – DGS e Programa Nacional de Vacinação – OT nº10, DGS). Foram, ainda, institucionalizados, como suporte e garantia da circulação eficaz da informação clínica entre o clínico geral e o especialista hospitalar, o Boletim de Saúde da Grávida e o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil (Despacho 1/91, de 1 de Fevereiro).*" (Portugal, 2001: 8-9).

Em 1989 assiste-se ainda à criação da Comissão Nacional de Saúde Materna e Infantil (Despacho n.º 8/89), actualmente designada de Saúde da Mulher e da Criança, Despacho do Ministro da Saúde de 31-05-1994.

A Lei de Bases da Saúde é 1990: Lei n.º 48/90, 24 de Agosto[58].

---

relativos à saúde materna, planeamento familiar, saúde infantil, nomeadamente no domínio da nutrição, aleitamento materno, legislação e regalias sociais no âmbito da gravidez, maternidade e infância; 8- a ***visitação domiciliária deve ser incentivada****, fomentada e dirigida para identificar, motivar e encaminhar para o Centro de Saúde as famílias ou indivíduos em risco, para além de acções educativas inerentes a esta actividade*" (Portugal, 1989: 3-4).

[57] Embora não constem da lista que é apresentada no documento da Rede de Referenciação Materno-Infantil (Portugal, 2001), fazem ainda parte deste conjunto técnico-normativo dois documentos: Planeamento Familiar - Orientações técnicas (OT) nº 3; (Portugal, 2005). Saúde Reprodutiva, Planeamento Familiar – Orientações (Portugal, 2008).

[58] E "...manifesta claramente as virtudes do inconformismo em, pelo menos, três questões: (1) distinção entre Serviço Nacional de Saúde (SNS) e Ministério da Saúde, (2) descentralização no SNS e (3) reconhecimento do sector privado

Rede de Referenciação Materno-Infantil

A constituição da Rede de Referenciação Materno-Infantil teve como objectivo principal obter *"melhorias assistenciais - pré-concepcional, pré e perinatal e infantil, tendo em vista a diminuição da morbilidade e mortalidade materna, fetal, neonatal e infantil"* (Portugal, 2001: 7). E surge como o culminar de um processo que, como tenho vindo a salientar através do enquadramento de política de saúde, parece ter tido a sua génese em 1976 com enquadramento normativo no sentido da criação de consultas de PF, a funcionar nas valências de SMI, nos CS. Mas percebe-se também, que sendo uma área que pressupõem o envolvimento de diferentes profissionais e diferentes níveis do sistema (dos cuidados primários aos cuidados hospitalares) teve ao longo do tempo necessidade de múltiplas intervenções legais (com um grande número de leis, decretos-lei, despachos ministeriais, circulares normativas), de constituição de grupos de trabalho, de indicação sobre a necessidade de intervenção multidisciplinar (mais abrangente do que apenas a saúde).

Entre os anos 1989 e 1994 registou-se um considerável programa de investimentos na melhoria das instalações e dos recursos técnicos e humanos dos serviços de obstetrícia e neonatologia, bem como o reforço dos Centros de Saúde[59] em termos de acções de vigilância da gravidez e do puerpério, planeamento familiar e saúde infantil.

A coordenação deste programa ficou a cargo de uma comissão nacional, constituída por representantes das DGCSP, DGH, DRH, DEPS, DGIES e INEM, e foi implementado de modo progressivo até 1994 (Despachos 8/89, de 17 de Março, e 20/91, de 13 de Setembro). Através desta acção, foi possível melhorar, substancialmente, as instalações e os equipamentos e rentabilizar os recursos humanos das áreas de obstetrícia e neonatalogia dos Hospitais, assim como adequar o equipamento e material dos Centros de Saúde (Portugal, 2001: 7).

como parceiro idóneo no Sistema de Saúde. De facto, a nova lei estabelece, com frontalidade, que o universo das iniciativas de protecção à saúde e da organização para a efectivar não se restringe ao SNS e que este é uma entidade com personalidade e estatuto próprio e não deve confundir-se com o Ministério" (Silva, 1990).

[59] Os CS têm consultas nas seguintes especialidades: medicina familiar, planeamento familiar, consulta pré-concepcional, seguimento de gravidez de baixo risco e rastreio de cancro genital.

Foi também definida a caracterização dos Hospitais de Apoio Perinatal (HAP) e dos Hospitais de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD), sendo protocoladas as áreas geográficas de influência e a forma de articulação com os Centros de Saúde. De forma a facilitar a articulação entre os dois níveis de cuidados, instituíram-se em todo o território do continente, as Unidades Coordenadoras Funcionais (UCF)[60]. Em complemento, foi desenvolvido um extenso programa de formação em serviço, dirigido aos profissionais de saúde dos dois níveis de cuidados (primário e hospitalar).

No documento da Rede de Referenciação (Portugal, 2001) é ainda realçado que não obstante o registo de alguns recuos entre 1994 e 1997, o referido programa de investimentos da saúde materno-infantil conseguiu manter a sua dinâmica própria, e em 1997 é publicado (Despacho 5411/97, de 08 de Julho de 1997 e Despacho 10 325/9, de 03 de Maio de 1999) o Programa de Diagnóstico Pré-Natal, cujos Centros assentam sobre a rede materno-infantil já existente, potenciando-a. Além disso, em 1998, as UCF foram reactivadas e viram o seu âmbito alargado para a saúde da criança e do adolescente (Despacho 12 917/98, de 26 de Junho de 1998).

Um último aspecto que gostaria de realçar prende-se com a prestação de cuidados pré-concepcionais – Circular Normativa n.º2 / DSMIA de 16.01.06, que vem revogar a Circular Normativa n.º2 / DSMIA de 18.03.98. Neste documento da DGS os profissionais dos cuidados de saúde primários são recordados que *"os cuidados pré-concepcionais são considerados parte integrante dos cuidados primários em saúde reprodutiva"*, estabelecendo um conjunto de medidas e procedimentos considerados básicos dos cuidados pré-concepcionais, com referência à *"posição ideal do médico de medicina geral e familiar" para "implementar estas actividades como parte natural do seu papel"*.

Protecção à Maternidade/Paternidade

No que diz respeito à protecção da Maternidade/Paternidade, no ano de 1984 surge também a Lei n.º 4/84 de 5 de Abril, sobre Protecção da Maternidade e da Paternidade que consagra, nomeadamente a protecção à saúde (e.g., artigo 4.º "*1 – é assegurado à mulher o direito de efectuar gratuitamente as consultas e ainda os exames aconselhados pelo seu médico assistente durante a gravidez, bem como no decurso de 60 dias após o parto*") e a protecção ao trabalho

[60] Cfr op cit. As UCF foram criadas pelos Despachos 6/91, de 20 de Junho e 12 917/98, de 27 de Julho.

(reconhecendo, por exemplo, o direito da mulher à dispensa de trabalho, direito do pai à dispensa de trabalho, o direito a ter faltas, até 30 dias por ano, para assistência a menores doentes). Apenas continuaram em vigor os art.ºs 3.º a 8.º e 31.º, com a numeração e redacção constantes do Decreto-Lei n.º 70/2000 de 04 de Maio[61].

2.1.2 Descrição das medidas públicas de apoio à Maternidade e de redução da pobreza

DIREITOS ASSOCIADOS À MATERNIDADE

Existe um conjunto de direitos associados à Maternidade e que são assegurados pelo Estado, concretamente: solicitação do Abono de Família Pré-Natal; subsídios de Maternidade e de Paternidade; Abono de Família; pedir Majoração do Abono de Família, para crianças com idades compreendidas entre os 12 e os 36 meses, cujo montante está dependente do escalão de rendimentos do agregado; Protecção da Maternidade, sendo assumido que a maternidade comporta direitos relativamente ao trabalho, tanto para a mãe como para o pai; implicações no cálculo do IRS.

ABONO DE FAMÍLIA PRÉ-NATAL

O Abono de Família Pré-Natal, que é assumido como uma medida de incentivo à natalidade, foi criado através do Decreto-Lei nº 308-A/2007, de 5 de Setembro.

Este é um subsídio requerido pela mulher que se encontre grávida, devendo apresentar o requerimento na Segurança Social, sendo obrigatório fazer prova clínica do tempo de gravidez (apresentado uma ecografia às 13 semanas de gestação) e do número previsto de nascituros. Deve ainda declarar e entregar comprovativos dos rendimentos do agregado familiar, visto que o

[61] A Lei n.º 35/2004 de 20 de Setembro regulamenta a Lei n.º 99/2003, de 27 de Agosto, que aprovou o Código do Trabalho, sendo que as matérias que regulam a Protecção da maternidade e paternidade encontram-se reguladas nas normas constantes dos artigos 66º a 102º.
O Decreto-Lei n.º 89/2009 de 09 de Abril, regulamenta a protecção na parentalidade, no âmbito da eventual maternidade, paternidade e adopção, dos trabalhadores que exercem funções públicas integrados no regime de protecção social convergente.
O Decreto-Lei n.º 91/2009 de 09 de Abril estabelece o regime jurídico de protecção social na parentalidade no âmbito do sistema previdencial e no subsistema de solidariedade e revoga o Decreto-Lei n.º 154/88, de 29 de Abril, e o Decreto-Lei n.º 105/2008, de 25 de Junho.

montante que receberá depende disso. O período de tempo em que recebe o abono está compreendido entre o mês seguinte àquele em que atinge a 13ª semana de gravidez e o mês do nascimento, inclusive.

O valor do Abono de Família Pré-Natal sofre uma majoração de 20% no caso dos agregados familiares monoparentais.

Um outro aspecto relacionado com esta medida de apoio social é o facto de, desde que cumpram as condições de acesso acima mencionadas, poderem requerê-la cidadãos nacionais e estrangeiros, refugiados e apátridas, que residam em território nacional

RENDIMENTO SOCIAL DE INSERÇÃO

Neste ponto é descrita com algum detalhe a medida de apoio social para redução da pobreza, que se traduz numa prestação denominada Rendimento Social de Inserção (RSI).

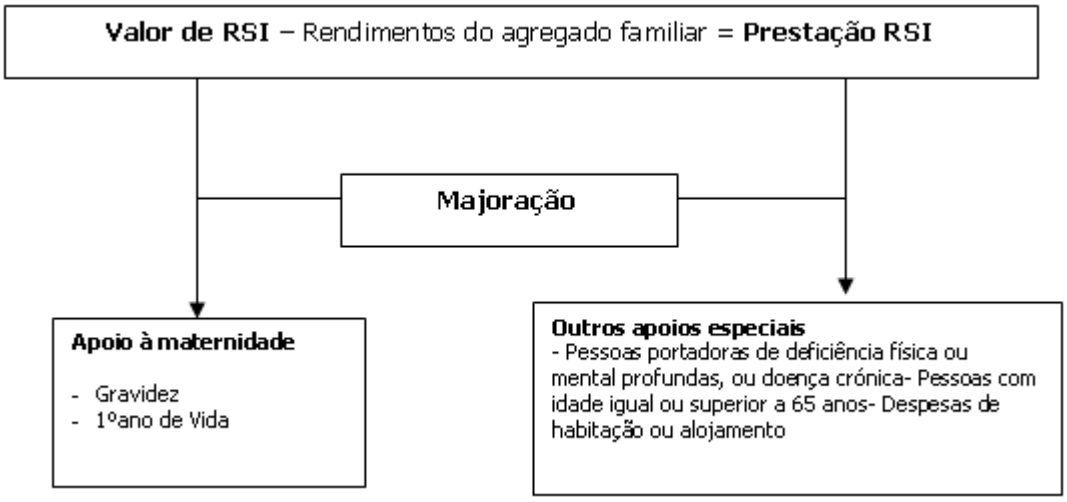
O Rendimento Social de Inserção é uma medida da Segurança Social que tem sofrido várias alterações. Começou por ser constituído como Rendimento Mínimo Garantido (Lei nº 19-A/96, de 29 de Junho, regulamentada pelo Decreto-Lei nº 196/97, de 31 de Julho) que esteve em vigor de 1997 até Maio de 2003 e que se configura como uma prestação do regime não contributivo da Segurança Social e um programa de inserção social. Entre outros, consideravam-se titulares do direito a essa prestação as grávidas com idade igual ou superior a 18 anos, ou com idade inferior, desde que estivessem em situação de autonomia económica e satisfizessem as restantes condições de atribuição (Decreto-Lei nº 196/97, de 31 de Julho, alterado pelo Decreto-Lei nº 84/2000, de 11 de Maio).

A Lei nº 19-A/96, de 29 de Junho, foi revogada pela Lei nº 13/2003, de 21 de Maio (rectificada e republicada através da Declaração de Rectificação nº 7/2003, de 29 de Maio), que criou o Rendimento Social de Inserção, que institui uma prestação incluída no subsistema de solidariedade e um programa de inserção. Entre outros, consideram-se como titulares do direito a esse rendimento as grávidas e as pessoas que possuam menores a cargo e na sua exclusiva dependência económica, desde que satisfaçam as restantes condições de atribuição. A Lei nº 13/2003 manteve em vigor, em tudo o que a não contrarie e até à data de entrada em vigor da respectiva regulamentação, as disposições do Decreto-Lei nº 196/97, de 31 de Julho, alterado pelo Decreto-Lei nº 84/2000, de 11 de Maio.

Segundo os técnicos de serviço social da SCML entrevistados no âmbito do estudo exploratório desta dissertação pode considerar-se existirem dois momentos em termos de RSI, ou seja, um antes e um depois da Lei nº 45/2005, de 29 de Agosto (Diário da República, nº 165, Série I-A, p. 5066 a 5068). Esta Lei introduz uma nova redacção a vários artigos da Lei nº 13/2003, que criou o RSI, e revoga os seus artigos 7º e 13º. E determina, por exemplo, que os actuais beneficiários de RSI e de RMG, com a antecedência de dois meses em relação ao final do período de concessão da prestação, devem apresentar novo requerimento nos termos da presente lei com as alterações que agora lhe são introduzidas.

Quadro 2. 1. Descrição dos aspectos essenciais acerca do RSI

O que é o RSI	O Rendimento Social de Inserção consiste numa prestação incluída no Subsistema de Solidariedade no âmbito do Sistema de Protecção Social de Cidadania, e num Programa de Inserção, de modo a conferir às pessoas e aos seus agregados familiares apoios adaptados à sua situação pessoal, que contribuam para a satisfação das suas necessidades essenciais e favoreçam a progressiva inserção laboral, social e comunitária.
Cidadãos elegíveis para a prestação social	Podem requerer o Rendimento Social de Inserção os indivíduos e famílias em situação de grave carência económica e que satisfaçam as restantes condições de atribuição.
Pessoas consideradas em "situação de grave carência económica"	Os indivíduos cujo rendimento seja inferior a 100% do valor da Pensão Social (**O Valor da Pensão Social em 2009 é de € 187,18)** Os agregados familiares cujo rendimento seja inferior à soma dos seguintes valores: a) 100% do valor da Pensão Social por cada adulto, até 2; b) 70% do valor da Pensão Social, por cada adulto a partir do 3º; c) 50% do valor da Pensão Social por cada menor, até 2; d) 60% do valor da Pensão Social por cada menor a partir do 3º filho; e) No caso de gravidez do titular da prestação, do cônjuge ou pessoa que viva em união de facto, o montante previsto na alínea a) é acrescido de 30%, durante o período de gravidez e de 50% durante o primeiro ano de vida da criança.
Outras Condições de Atribuição	a) Possuir residência legal em Portugal; b) Obrigar-se a subscrever e prosseguir um Programa de Inserção legalmente previsto; c) Fornecer os meios de prova necessários à verificação da situação de carência económica; d) Ter idade igual ou superior a 18 anos ou inferior se tiver menores na sua dependência ou no caso de mulheres grávidas; e) Estar inscrito num centro de emprego, caso esteja desempregado e reúna as condições para trabalhar.
Atribuição de Outros Apoios Especiais	O montante da prestação poderá ser acrescido de um apoio especial nos seguintes casos: • Quando existam, no agregado familiar, pessoas portadoras de deficiência física ou mental profundas; • Quando existam, no agregado familiar, pessoas portadoras de doença crónica; • Quando existam, no agregado familiar, pessoas idosas em situação de grande dependência; • Para compensar despesas de habitação.
Montante da Prestação	O montante da prestação é igual à diferença entre o valor do Rendimento Social de Inserção do agregado familiar e o valor do seu rendimento.

	
Programa de Inserção	O Programa de Inserção do Rendimento Social de Inserção corresponde a um conjunto articulado e coerente de acções faseadas no tempo, estabelecido de acordo com as características e condições do agregado familiar beneficiário, que tem como objectivo promover a criação de condições necessárias à gradual autonomia das famílias, através do exercício de uma actividade profissional ou de outras formas de inserção social.
Conteúdos do Programa de Inserção	• O tipo de acções a desenvolver; • As entidades responsáveis; • Os apoios a conceder aos destinatários; • As obrigações assumidas pelo titular e, se for caso disso, pelos restantes membros do agregado familiar.
Quem estabelece o Programa de Inserção	Acordo subscrito entre os Núcleos Locais de Inserção, os titulares da prestação e, se for caso disso, pelos restantes membros do agregado familiar aos quais se destina.

Fonte: (www.mtss.gov.pt, acedido em Agosto de 2009).

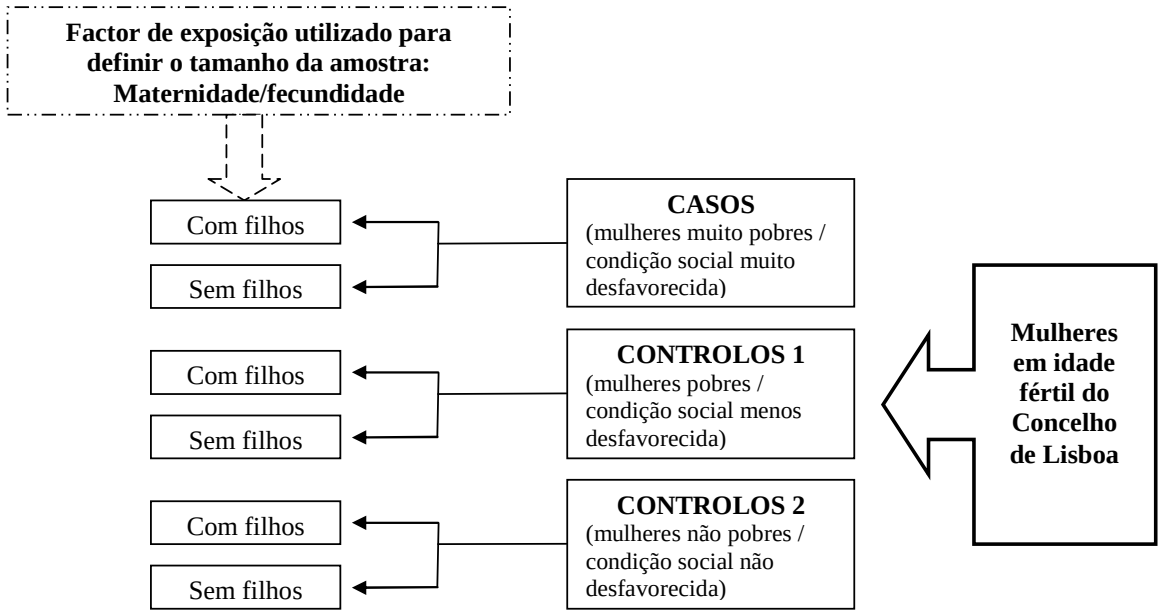
IIª PARTE: PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES - OS ESTUDOS EMPÍRICOS

CAPÍTULO 3: POBREZA, MATERNIDADE E CUIDADOS DE SAÚDE: PROBLEMAS E PRÁTICAS

Neste capítulo apresento um estudo observacional analítico de caso-controlo[62] (Schlesselman, 1982).

Concretamente, neste estudo pretende-se comparar casos de mulheres consideradas muito pobres, em idade fértil, com controlos de mulheres consideradas pobres e não pobres, em idade fértil, em relação à experiência da maternidade e/ou fecundidade (aspirações, representações, práticas e tensões) e às formas de interacção com os serviços de saúde [formas de acesso e padrões de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva].

Figura 3. 1. Representação esquemática do estudo de caso-controlo e respectivo factor de exposição



[62] O estudo de caso-controlo consiste na comparação de um grupo de casos com outro considerado de controlo, de forma a descobrir factores independentes que expliquem as diferenças na ocorrência da variável dependente nos dois grupos. Segundo Lacy (1997), este desenho de estudo tem sido pouco utilizado na Sociologia (e nem sempre correctamente), reconhecendo mesmo a dificuldade em conseguir encontrar exemplos sociológicos deste tipo de desenho de estudo. Os estudos de caso-controlo dependem unicamente de conseguir garantir a obtenção de uma lista de pessoas (unidades) que experimentaram um determinado evento, frequentemente raro (embora não necessariamente, no caso da Sociologia). Dada a escassez de estudos sociológicos onde se utilize este desenho de estudo, bem como a ausência de referências sociológicas (livros) de como conduzir, analisar e interpretar estudos de caso-controlo, torna-se imperativo usar como referência a literatura metodológica da epidemiologia, que tem uma longa tradição neste desenho de estudo.

3.1. Objectivos do Estudo

Em resultado do desenho geral da investigação já apresentado (ver Introdução), os objectivos gerais do estudo de caso-controlo enquadram-se nos objectivos gerais de investigação.

Assim, o estudo de caso-controlo tem como objectivos gerais:

- Estimar as associações entre as variáveis de condição social (graus de pobreza nos grupos em estudo) e as variáveis de fecundidade (número de filhos, representações, tensões, práticas e controlo de fecundidade);
- Estimar o acesso aos cuidados de saúde e a utilização de cuidados de saúde materma (CSM) em cada gradiente de pobreza estudado.

De forma a tornar mais explícita a forma como os objectivos gerais de investigação, os objectivos gerais do estudo de caso-controlo e respectivos objectivos específicos se articulam, optei por elaborar uma tabela onde a informação se encontra organizada. Na Tabela 3. 1 consta também a informação sobre o facto de os objectivos específicos serem ou não respondidos, complementarmente, através do estudo qualitativo (Est. Q.).

Tabela 3. 1. Hipóteses, Objectivos gerais e específicos do estudo de caso-controlo

Hipóteses em estudo	Objectivos Gerais da Investigação e Objectivos Específicos do Estudo de caso-controlo	Est.Q.* (sim / não)
H.1 Uma maior fecundidade aumenta o risco de pobreza para as mulheres	**Objectivo Geral de Investigação 1** Estimar quais as interrelações entre a maternidade/fecundidade e pobreza, quer o papel da fecundidade como factor precipitante de pobreza, quer o papel da situação de pobreza como factor de fecundidade / maternidade	
	1º Objectivo geral do estudo de caso-controlo Estimar as associações entre as variáveis de condição social (graus de pobreza nos grupos em estudo) e as variáveis de fecundidade (representações, tensões, práticas e controlo de fecundidade)	
	Objectivos específicos:	
H.1 a A situação de pobreza das	1. 1. Estimar se a fecundidade é distinta entre os diferentes grupos de mulheres em termos de: 1.1.1) Aspirações (projectos e ideais); 1.1.2) Representações (modelo ideal de descendência); 1.1.3) Práticas (descendência actual, calendários da fecundidade e planeamento das gravidezes); 1.1.4) Tensões (entre os ideais e as descendências). 1.2. Estimar se existem diferenças no planeamento da gravidez e da filiação entre as mulheres 1.3. Estimar a associação entre as práticas de fecundidade e a situação de pobreza nos diferentes grupos de mulheres 1.3.1) Estimar a associação entre o número de filhos e a situação de pobreza nos diferentes grupos de mulheres 1.3.2) Estimar a associação entre a situação de pobreza e uma paridade elevada (os	Não

mulheres aumenta a possibilidade de existir uma fecundidade maior	agregados do grupo de casos têm mais filhos) 1.3.3) Estimar a associação entre o viver em famílias monoparentais e pobreza (vulnerabilidade a viver na pobreza) 1.4 Estimar quais das potenciais variáveis de confundimento são também variáveis independentes, juntamente com maternidade e outras variáveis de fecundidade, com uma interacção com o grau de pobreza	
	1.5 Sendo a pobreza um conceito predominantemente de base económica, privação de recursos materiais, pretende-se estimar como a maternidade pode estar associada a efeitos económicos. 1.6 Estimar quais custos relatados associados à maternidade e como estes variam em diferentes gradientes de pobreza: 1.6.1) Custos directos, com roupas, consultas médicas, materiais para o bebé, etc. 1.6.2) Custos indirectos, como sejam o que a mulher deixa de ganhar devido à gravidez, a possível redução de salário, abandono temporário ou não do trabalho por falta de apoio para cuidar dos filhos, etc.). 1.6.3) Estimar se a maternidade está associada ao pedido de RSI. 1.7 Estimar se a maternidade está associada ao pedido de RSI em conjunto com outros aspectos: 1.7.1) Como, por exemplo, precariedade dos vínculos laborais; falta de apoio familiar; divórcio; viver em família mono parental; existência de uma doença associada à gravidez. 1.8. Estimar se uma prática efectiva de controlo da fecundidade varia em diferentes gradientes de pobreza	Sim
H.2 Existem diferenças no acesso aos cuidados de saúde e nas formas de utilização dos cuidados de saúde materna em cada grupo de mulheres	**Objectivo Geral de Investigação 2** Aferir como funciona o acesso aos Cuidados de Saúde, explicando os padrões de utilização dos cuidados de saúde materna por parte das mulheres dos grupos em estudo (relacionando com as representações acerca dos CSM)	
	2º Objectivo geral do estudo de caso-controlo Estimar o acesso aos cuidados de saúde nos diferentes grupos em estudo e estimar a associação entre utilização de Cuidados de Saúde Materna e situação de pobreza.	
	Objectivos específicos:	
	2.1) Estimar a associação entre as percepções que as mulheres de cada grupo têm dos serviços de saúde, quanto aos cuidados de saúde recebidos (pré-concepcional, pré-natal e pós parto) e a situação de pobreza 2.1.1) Estimar qual o acesso aos cuidados de saúde em cada grupo em estudo 2.2) Estimar quais as barreiras (económicas; geográficas; sociais) existentes para que as mulheres dos grupos em estudo consigam ter acesso aos cuidados saúde. 2.2.1) Estimar a associação entre a situação de pobreza e as diferenças quanto à utilização dos cuidados de saúde materna (pré-concepcional, pré-natal, parto e pós-parto)	Sim
	2.3) Estimar a associação entre o número de semanas em que fez a primeira consulta pré-natal e cada situação de pobreza.	Não

* Indicação sobre o facto de os objectivos específicos mencionados serem também respondidos através do Estudo Qualitativo (com sim / não).

3.2. Material, população e métodos

Este é um estudo de caso-controlo não emparelhado e em que por cada caso foram seleccionados dois controlos (controlos1 e controlos2).

3.3. População em estudo e definição dos casos e dos controlos

A população em estudo é composta por mulheres em idade fértil (15-49 anos), residentes no concelho de Lisboa.[63]

Os "**casos"** correspondem a mulheres consideradas muito pobres, beneficiárias de RSI, em idade fértil, com e sem filhos, residentes no concelho de Lisboa.

Os **controlos** estão divididos em dois grupos:

Grupo "**controlos 1",** composto por mulheres consideradas pobres, utentes da Acção Social da SCML, não beneficiárias de RSI[64], em idade fértil, com e sem filhos, que não fossem beneficiárias de RSI no momento da recolha dos dados e não tivessem beneficiado da medida RMG nos últimos 2 anos;

Grupo "**controlos 2",** do qual fazem parte mulheres consideradas não pobres, em idade fértil, com ou sem filhos, utentes de Centros de Saúde e Extensões de Saúde do concelho de Lisboa, que não fossem beneficiárias de RSI e que não tivessem recebido apoio da SCML nos últimos 3 anos.

A opção por considerar dois grupos de controlo baseia-se na indicação de Breslow e Day (1980: 15), segundo os quais:

"… um estudo de caso-controlo requer pelo menos dois grupos de controlo para minimizar a possibilidade de aceitar um resultado falso".

E porque nos pareceu adequado, tendo em atenção o objecto de estudo, explorar a possibilidade de diferenças detectáveis em termos dos efeitos de "gradiente" de pobreza (o grupo de controlos 1 é composto por mulheres com apoio social, embora não extremamente pobres, como as que compõem os casos) e evitar o viés do possível efeito da "cultura de pobreza" (do grupo de controlos 2 fazem parte apenas mulheres não beneficiárias de RSI ou utentes da SCML nos últimos 3 anos, residentes no concelho de Lisboa).

[63] Pretende-se categorizar os grupos de estudo (casos e controlos) segundo a idade fértil da mulher, utilizando a definição proposta pela Direcção Geral da Saúde (2003: 29*): "Faixa etária de 15-49 anos em que se concentra a grande maioria de gravidezes e partos. Não corresponde ao período de fecundidade em termos biológicos"*.

[64] Segundo informações fornecidas na FASE 1, estudo exploratório, desta dissertação de doutoramento, pelos técnicos de Acção Social da SCML, os utentes da Acção Social SCML são igualmente pobres, apenas não tão deprimidos economicamente como os beneficiários de RSI. Como tal, não são elegíveis para esta medida social oficial, mas enquadram-se dentro dos critérios de seguimento nas Direcções de Acção Social da SCML. Ou seja, existem eventuais gradientes de pobreza que nos interessam analisar de acordo com os objectivos de investigação.

3.3.1 Selecção da Amostra

a) Grupo de casos (muito pobres)

A base de amostragem referente às mulheres beneficiárias de RSI foi obtida, mediante autorização da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. Esta base de dados tem o registo dos processos (titulares e diferentes elementos do agregado) de beneficiários de RSI devido ao facto de ser a instituição responsável por estes beneficiários no concelho de Lisboa.

b) Grupo de controlos 1 (pobres).

A base de amostragem referente às utentes de Acção Social foi igualmente obtida, mediante autorização, junto da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

As mulheres dos grupos de casos e de controlos 1 foram seleccionadas aleatoriamente, mediante um esquema de amostragem estratificada proporcional, distribuídas segundo as quatro Direcções de Acção Social Local da SCML, por identificação geográfica de bairros considerados "problemáticos"[65] pelos técnicos da SCML, contactados na FASE 1 (estudo exploratório, desta dissertação). Estes quatro estratos correspondem a características geográficas distintas de quatro zonas do concelho de Lisboa. Os elementos da amostra foram seleccionados de cada um dos estratos aleatoriamente através do SPSS (versão 15.0), sendo que dentro de cada estrato a amostragem foi aleatória simples. A amostra é proporcional na medida em que o tamanho da amostra de cada estrato é proporcional ao tamanho relativo do estrato na população total (zona Norte, zona Sul, zona Ocidental, zona Oriental)[66].

[65] Segundo Bruto da Costa (1998a), entre outros critérios, os pobres podem ser definidos segundo os efeitos da *exclusão territorial*, caracterizada pela exclusão não só de pessoas e famílias, mas do próprio território onde vivem – exemplo de bairros degradados, periféricos ou nos centros históricos das grandes cidades, com más condições de habitação e urbanísticos e a falta de equipamentos sociais e colectivos.

[66] *"A amostra estratificada proporcional é aquela em que a proporção de elementos da amostra que possui determinadas características é idêntica à proporção de elementos da população que possui essas mesmas características"* (Bouquerel, 1974 cit in Vicente *et al*, 1996: 52).

c) Grupo de controlos 2 (não pobres)

Quanto ao grupo de controlos 2, procedeu-se de uma forma bi-etápica. Numa primeira etapa, efectuou-se uma amostragem aleatória simples[67] (cfr, Vicente *et al*, 1996; Hill e Hill, 2002) de quatro CS/Extensões de Saúde do concelho de Lisboa, proveniente de uma listagem de 17 Centros de Saúde e 31 Extensões de Saúde (cfr, www.portaldasaude.pt, acedido em Março de 2007), distribuídos pelas quatro áreas geográficas do concelho adoptadas (10 na zona Norte, 26 na zona Sul, 5 na zona Oriental e 7 na zona Ocidental) (ver Anexo 11). A distribuição das unidades sanitárias da amostra é idêntica à distribuição de casos e de controlos 1 pelas quatro áreas geográficas do concelho. A um caso corresponde um controlo 2 da mesma área geográfica (CS/Extensão).

Por impossibilidade de obter as listas de utentes dos Centros de Saúde seleccionados do concelho de Lisboa, optou-se por uma regra sistemática de selecção, contactando todas as utentes dos quatro CS / Extensões seleccionados, utilizadoras dos serviços de saúde no período da recolha de dados. Foi efectuado um primeiro contacto, com "aplicação de critérios de inclusão" (ver Anexo 6), para perceber se cumpriam os critérios de inclusão estabelecidos: não receber RSI, não ser utente da Acção Social da SCML nos últimos 3 anos. Se estivessem dentro dos critérios, eram convidadas a colaborar no estudo, explicando os objectivos e referindo a duração média prevista.

A aplicação do questionário decorreu durante todo o período de funcionamento dos quatro CS / Extensões seleccionados: 8.00 às 20.00, sendo que as entrevistadoras permaneceram no atendimento contactando todas as mulheres em idade fértil (15-49 anos).

Foi ainda estabelecido que o período de recolha decorreria de segunda a sexta-feira em cada Centro de Saúde, por forma a incluir os dias com maior e menor movimento nos Centros de Saúde e Extensões.

[67] *"Uma amostra aleatória simples tem as duas características seguintes: quando se retira uma amostra de n casos diferentes a partir de um Universo com N casos, todas as amostras possíveis de tamanho n devem ter a mesma probabilidade de serem retiradas do Universo; cada um dos N casos do Universo tem a mesma probabilidade de ser incluído na amostra retirada"* (Hill e Hill, 2002: 45).

3.3.2 Cálculo do tamanho da amostra

Os parâmetros utilizados para o cálculo do tamanho da amostra foram os seguintes:

- A probabilidade de exposição entre os casos equivale à proporção de pessoas expostas no grupo das mulheres consideradas pobres, beneficiárias de RSI. Como neste caso o factor de exposição é a maternidade/fecundidade, tal corresponde à proporção de mulheres beneficiárias de RSI, que têm filhos (25%).
- Quanto à probabilidade de exposição entre os controlos, esta equivale à proporção de pessoas expostas nos grupos controlo. Concretamente, proporção de mulheres utentes da Acção Social da SCML, que não recebe RSI e que tem filhos (15%).
- Neste estudo o *odds ratio* estimado foi 2, ou seja, esperava-se que as mulheres muito pobres (casos) tivessem uma probabilidade (*odds)* duas vezes maior de terem filhos do que que as mulheres não pobres.
- O nível de confiança utilizado foi 95% e a potência 80%.

Os cálculos foram efectuados no OpenEpi, "Sample size Calculation for unmatched Case-Control Studies, version 3.03.17" (http://www.openepi.com/Menu/OpenEpiMenu.htm, acedido em Abril de 2007), apresentando-se a tabela resultante em termos de tamanho de amostra no Anexo 7.

É de referir que o tamanho da amostra foi aumentado em 20%, para acautelar as perdas de mulheres seleccionadas, que se tornaram evidentes ao constatar falhas de actualização de registos[68] em termos das bases de amostragem fornecidas pela SCML (Quadro 3.1).

[68] Os técnicos de Acção Social da SCML começaram por verificar as listas de utentes seleccionados (nos grupos de casos e de controlos), com o objectivo de iniciar os contactos para aplicação do questionário, percebendo que as ditas listas continham os seguintes problemas: na lista de casos, que deveria apenas conter processos de RSI activos e onde existissem mulheres em idade fértil, havia incluídos processos de RSI inactivos e/ou onde se verificou nem sempre haver um elemento feminino em idade fértil; e na lista de controlos 1, que deveria apenas conter processos de utentes de acção social, com pelo menos um elemento feminino em idade fértil, percebeu-se haver processos de RSI e/ou processos de Acção Social do "arquivo morto" – utentes sem contacto com os serviços da Acção Social há mais de 5 anos – e/ou agregados sem mulheres em idade fértil. Deste modo, foi evidente a necessidade de gerar aleatoriamente amostras de suplentes, como forma de contornar os problemas originados nas deficiências das bases de amostragem acima descritas. Houve uma verificação de cada unidade de amostragem: sempre que se verificou haver elementos que não cumpriam os critérios, essas unidades foram substituídas por unidades de amostragem da lista de suplentes, sequencialmente.

Quadro 3. 1. Distribuição da amostra

Distribuição Geográfica	CASOS (RSI)	CONTROLOS		Total
		Controlo 1 (Acçao Social - SCML)	Controlo 2 (Utentes CS)	
	Muito pobres	Pobres	Não pobres	
Norte	221	143	143	**507**
Oriental	139	163	163	**465**
Sul	91	111	111	**313**
Ocidental	48	90	90	**228**
TOTAL	**499**	**507**	**507**	**1513**

Responderam ao questionário um total de 1054 mulheres (70% do total), sendo 304 casos (61% do total) e 750 controlos (74% do total). O total de 1054 respondentes distribui-se pelos grupos em estudo, sendo que 304 (28,8%) pertencem aos Casos, e 750 (71,2%) pertencem aos Controlos [293 (27,8%) pertencem ao grupo de controlos 1 e 457 (43,4%) provêm do grupo de controlos 2] (ver Quadro 3. 2).

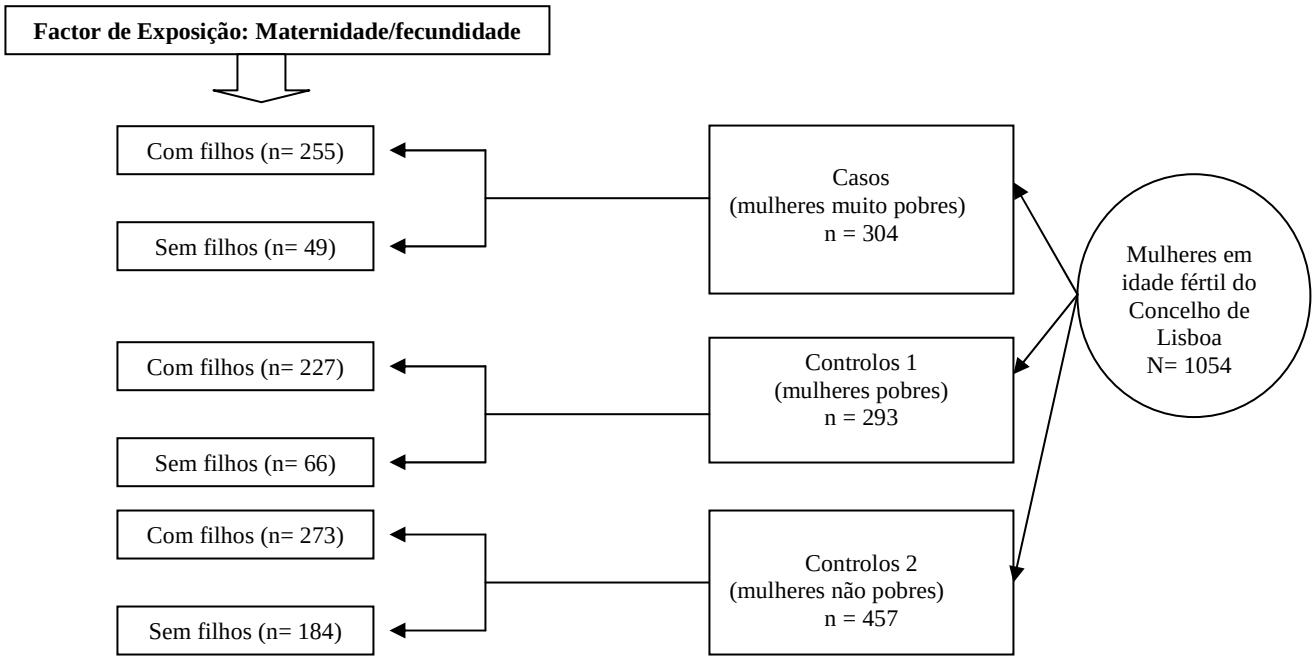
Quadro 3. 2. Distribuição da taxa de resposta

Distribuição Geográfica da AMOSTRA	CASOS: Muito pobres		CONTROLOS				TOTAL	
			CONTROLO 1: Pobres		CONTROLO 2: Não pobres			
	Nº Quest.	Tx Resposta (%)	Nº Quest.	Tx Resposta (%)	Nº Quest.	Tx Resposta (%)	Nº Quest.	**Tx Resposta (%)**
Norte	121	54,7	87	60,8	93	65,0	301	**59,4**
Oriental	94	67,6	100	61,3	163	100,0	357	**76,8**
Sul	54	59,3	59	53,2	111	100,0	224	**71,6**
Ocidental	35	72,9	47	52,2	90	100,0	172	**75,4**
TOTAL	**304**	**60,9**	**293**	**57,8**	**457**	**90,1**	**1054**	**69,7**

A amostra total das mulheres inquiridas apresenta uma média etária de 32,66 anos (s=9,36), sendo que, no grupo de casos a média de idade é de 33,56 anos (s=9,11), no grupo de controlos 1, a idade média situa-se nos 33,34 anos (s=9,78) e, no grupo de controlos 2, a média etária verificada é de 31,63 anos (s=9,18) e com uma diferença estatisticamente significativa entre os três grupos em estudo (p=0,003).

De seguida é possível verificar a distribuição das respostas inserida no esquema do estudo de caso-controlo, segundo o factor de exposição: Maternidade/ Fecundidade (mulheres com e sem filhos, segundo o grupo em estudo).

Figura 3. 2. Representação esquemática do estudo de caso-controlo, segundo o factor de exposição e distribuição das respostas ao questionário



3.4. Instrumento de recolha de dados

A utilização de questionários torna-se muito mais barata do que a repetição de entrevistas em profundidade e tem outras vantagens, nomeadamente, a obtenção de uma recolha sistemática codificada logo seguida de uma grelha de codificação própria, não afectada pelos vieses e condicionalismos que ocorrem quando os indivíduos são sistematicamente entrevistados (por exemplo, em histórias de vida). Contudo a memória está sujeita a vieses próprios (Hareven, 1978, Elder, 1978 cit in Dex, 1991).

Quanto mais recuamos no tempo mais provável é haver erros de memória no respondente, e o grau de precisão da recordação também varia com o esforço de reconstrução exigido e com o desejo social, e a associação com o sucesso do assunto. Mas há evidência de que os eventos "chave" (por exemplo, casamentos, nascimentos, primeiro emprego a tempo inteiro depois de acabar a escola) são lembrados com um razoável grau de precisão. Eventos que são mais detalhados e de curta duração (por ex., curtos períodos de desemprego) são alvo de um grau substancial de erro de recordação (cfr, op cit).

Segundo Dex (1991) existem vários aspectos que influenciam a qualidade dos dados, nomeadamente: a forma como o questionário está estruturado ou a ordem em que as questões são colocadas influenciam a qualidade dos dados de recordação; alguns métodos de recolha de dados podem melhorar a precisão da recordação, nomeadamente, recordação limitada, *feedback* positivo e os diários; a recolha inicial da história de vida (aspectos relacionados com fertilidade e vida marital) ajuda as mulheres a recordarem-se de outros eventos; funciona melhor recolher a história das recordações (de percursos ocupacionais / histórias de fecundidade) no início de um longo questionário, pois os respondentes não são muito sensíveis ao tempo que leva a recolher a história, especialmente assuntos marginais (na realidade adoram contar a "história da vida").

Os dados do estudo de caso-controlo foram recolhidos utilizando precisamente o inquérito por questionário[69], com aplicação por entrevista face-a-face, tendo como objectivo a caracterização dos grupos em estudo, bem como a procura de explicações para os processos de empobrecimento (das mulheres estudadas) e os diferentes factores associados, nomeadamente, a maternidade / fecundidade funcionar como factor precipitante de pobreza e ainda a compreensão da relação da pobreza com o acesso e as formas de utilização dos cuidados de saúde.

O questionário apresentado no Anexo 8 está estruturado em quatro secções:

1) Secção de caracterização socio-demográfica. Dada a natureza do objecto de estudo, a população foi inquirida de uma forma aprofundada. De acordo com Cabral *et al* (2002) o questionário apresenta-se como um método adequado de recolha de informação sobre se e como o recurso ao sistema de saúde e as formas de utilização dos cuidados de saúde variam em função de determinadas propriedades sociológicas dos inquiridos, como o rendimento e a escolaridade. Neste trabalho a recolha de informação relativa a "apoios pecuniários", bem como as diferentes fontes de rendimento são centrais para analisar toda a restante situação da inquirida e seu agregado familiar. Daí a recolha de informação detalhada a este propósito no início do questionário, uma vez que as recusas de resposta acerca do(s) rendimentos(s) são determinantes para a prossecução do questionário.

[69] A escolha deste instrumento de medição justifica-se devido ao facto de permitir estimar grandezas absolutas e relativas, descrever as características de uma população ou sub-população e verificar hipóteses sobre o tipo de relações entre duas ou mais variáveis (Ghiglione e Matalon, 1992).

2) Secção de fecundidade e cuidados de saúde. Nesta secção regista-se informação bastante detalhada acerca do historial de gravidezes e abortos, bem como os cuidados de saúde procurados e recebidos em cada uma dessas ocasiões, com uma incidência particular nos pormenores relativos ao último filho (para reduzir o provável viés de memória), desde o planeamento ou não, até ao tipo de cuidados de saúde procurados e recebidos; são aprofundados aspectos relacionados com os hábitos de controlo da fecundidade e recolha de opiniões relativas aos filhos, bem como as razões subjacentes à presença / ausência de filhos nas vidas destas mulheres. Em toda esta secção procuram-se informações acerca das representações, aspirações e práticas relacionadas com a fecundidade.

3) Secção de acesso e utilização dos cuidados de saúde. Optou-se por questionar a população inquirida acerca dos serviços de saúde utilizados; de aspectos relacionados com o acesso geográfico, com os cuidados de saúde disponíveis na zona de residência, com as possíveis influências económicas no acesso e utilização dos cuidados de saúde e ainda da possível existência de outro tipo de "recursos" que estas mulheres possam utilizar quando necessitam de cuidados de saúde, nomeadamente, redes sociais de apoio.

4) Secção de empobrecimento. Inclui aspectos relacionados com os acontecimentos mais recentes que possam ter impacto na alteração do rendimento (e.g., nascimento de um filho, gravidez, perda de emprego); informação relativa às necessidades básicas / nível de vida das entrevistadas; a auto-percepção da condição de pobreza actual, integrada na perspectiva das "histórias de pobreza" da entrevistada, compreendendo a visão das inquiridas acerca da situação de pobreza ao longo do tempo.

3.5. Procedimento

3.5.1 Pré-teste

A decisão sobre as variáveis a incluir no questionário beneficiou de todo o trabalho realizado no âmbito do estudo exploratório desta tese, nomeadamente das entrevistas exploratórias e da pesquisa bibliográfica efectuadas (cf. capítulo 2). Como resultado do referido estudo verificou-se não existir disponível um questionário que pudesse ser utilizado no âmbito do estudo de caso-controlo, tendo-se optado pela elaboração de um instrumento de recolha de dados. A opção foi

utilizar, sempre que possível, variáveis e escalas já existentes, de estudos portugueses e/ou de outros países (no Anexo 9) é apresentada a estrutura do questionário, bem como a origem de cada variável). As vantagens apontadas a esta solução são, por um lado, enquadrar os resultados obtidos nos estudos nacionais e internacionais e, por outro, abrir-se a possibilidade de comparações subsequentes (Cabral, 2002).

Foi ainda pedida a colaboração de peritos nacionais e internacionais (questões sobre pobreza) para que comentassem o instrumento de recolha de dados, quanto ao seu conteúdo e à sua forma.

O trabalho associado ao pré-teste ajudou-nos não só em termos de formulação das perguntas, de verificação da adequação das perguntas e das escalas de resposta, mas também em aspectos processuais, como o tipo de letra, a sequência das perguntas e as instruções dadas aos entrevistadores, auxiliando numa redução das taxas de não resposta. (Oppenheim, 2000; Hill e Hill, 2002).

Foi efectuado um pedido a uma IPSS do concelho de Montemor-o-Velho, que tem competências idênticas à SCML, relativamente ao acompanhamento dos beneficiários de RSI, para que fosse possível realizar as entrevistas de pré-teste. Assim, o questionário foi aplicado pela investigadora seguindo a mesma forma de aplicação final (recolha através de entrevista face a face), explicando às inquiridas a razão do estudo bem como o facto de se tratar de um pré-teste, incentivando a que fossem expressas as eventuais dúvidas e dificuldades de resposta. A escolha da IPSS foi de conveniência, justificando-se a realização fora do concelho de Lisboa de forma a não entrevistar sujeitos do nosso Universo de estudo, mas garantindo-se que as características da amostra do pré-teste fossem idênticas às características da população a estudar[70].

O questionário foi aplicado a uma amostra de 15 mulheres: 5 beneficiárias de RSI, 5 beneficiárias de algum tipo de apoio da IPSS, 5 não beneficiárias de RSI ou de qualquer tipo de apoio social, seleccionadas por conveniência.

Foi feita uma análise descritiva dos dados do questionário, com os objectivos de verificar quais as perguntas que tinham poucas respostas e examinar a distribuição das respostas para cada uma das perguntas (Hill e Hill, 2002).

[70] Segundo Oppenheim (2000), os respondentes do pré-teste devem ser o mais semelhante possível com a amostra final, como forma de testar a relevância e sensibilidade às questões introduzidas no questionário. O essencial é conseguir uma amostra que seja comparável em termos de conhecimentos e formas de pensar.

Após a análise do pré-teste foi necessário reformular algumas questões e reordenar a sua sequência (revelando-se a secção das questões de empobrecimento como a mais sensível em termos de resposta, daí a opção de a colocar no final).

Neste ponto explica-se a forma como se contornam as limitações inerentes aos dados recolhidos no âmbito de estudos retrospectivos, aspectos relacionados com a validade e fiabilidade da memória dos inquiridos.

3.5.2 Realização das entrevistas

As entrevistas decorreram em duas etapas, com um intervalo de tempo de dois meses, porque a recolha de dados nos Centros de Saúde estava dependente de uma autorização administrativa que demorou um ano a conseguir.

Primeiro foram realizadas as entrevistas às utentes da SCML (casos e controlos 1), entre Junho e Dezembro de 2007, sendo que a duração na aplicação dos questionários destes dois grupos está relacionada com as deficiências encontradas na base de amostragem da SCML, bem como as dificuldades inerentes ao tipo de população / áreas de residência em estudo. Foi constituída uma equipa de 8 entrevistadoras, às quais foi apresentado o estudo e seus objectivos principais, mostrado o instrumento de recolha de dados e dada uma formação sobre a forma de aplicação do questionário.

As entrevistas às mulheres do grupo de controlos 2 decorreu nos meses de Março e Abril de 2008, tendo sido constituída uma outra equipa de 6 entrevistadoras para aplicar estes questionários, porque foi impossível manter a mesma equipa da primeira etapa. Mais uma vez foram apresentados o estudo e seus objectivos principais, mostrado o instrumento de recolha de dados e dada uma pequena formação sobre a forma de aplicação do questionário.

Estratégia de contacto das unidades de amostragem:

Grupo de casos (muito pobres) e grupo controlos 1 (pobres)

- O primeiro contacto foi sempre efectuado pelos técnicos da SCML (ora por telefone, ora directamente nos atendimentos), porque tinham uma relação de proximidade com os agregados (mulheres) em estudo.
- Quando os agregados não tinham telefone, o primeiro contacto continuou a ser feito pelos técnicos da SCML, para que não acontecesse a situação de uma entrevistadora da equipa de investigação aparecer em casa das mulheres, sem estas terem sido previamente contactadas pela SCML, colocando-se a questão da confidencialidade das bases de dados, que não podia nem queria quebrar.

Assim, nos casos em que não houve possibilidade de contacto telefónico, o primeiro contacto foi realizado por escrito, pelo técnico. Foi feita a explicação sobre o estudo e os objectivos, motivando para a resposta. Deu-se ainda a informação do nome do investigador principal do estudo e do elemento da equipa de entrevistadoras afecto àquela zona geográfica e respectivos contactos telefónicos. Foi pedido às mulheres que, por favor, contactassem a equipa de investigação para evitar duplicação de trabalho aos técnicos no atendimento e/ou grande atraso nestes primeiros contactos. Se no prazo de uma semana não tivesse havido resposta por parte destas mulheres contactadas por carta (ver Anexo 5). Estas situações eram assinaladas e uma entrevistadora dirigia-se directamente às moradas das mulheres, mas já com o conhecimento prévio por parte destas.

Grupo de controlos 2 (não pobres)

Foi efectuado um teste piloto relativamente à estratégia de contacto das mulheres num CS-USF da ARSLVT, mas não pertencente ao concelho de Lisboa: 8.00 às 20.00, no atendimento. Foram contactadas e entrevistadas utentes mulheres em idade fértil (15-49 anos), utilizando os procedimentos já descritos.

Aplicação do questionário e recusas:

Grupo de casos (muito pobres) e grupo controlos 1 (pobres)

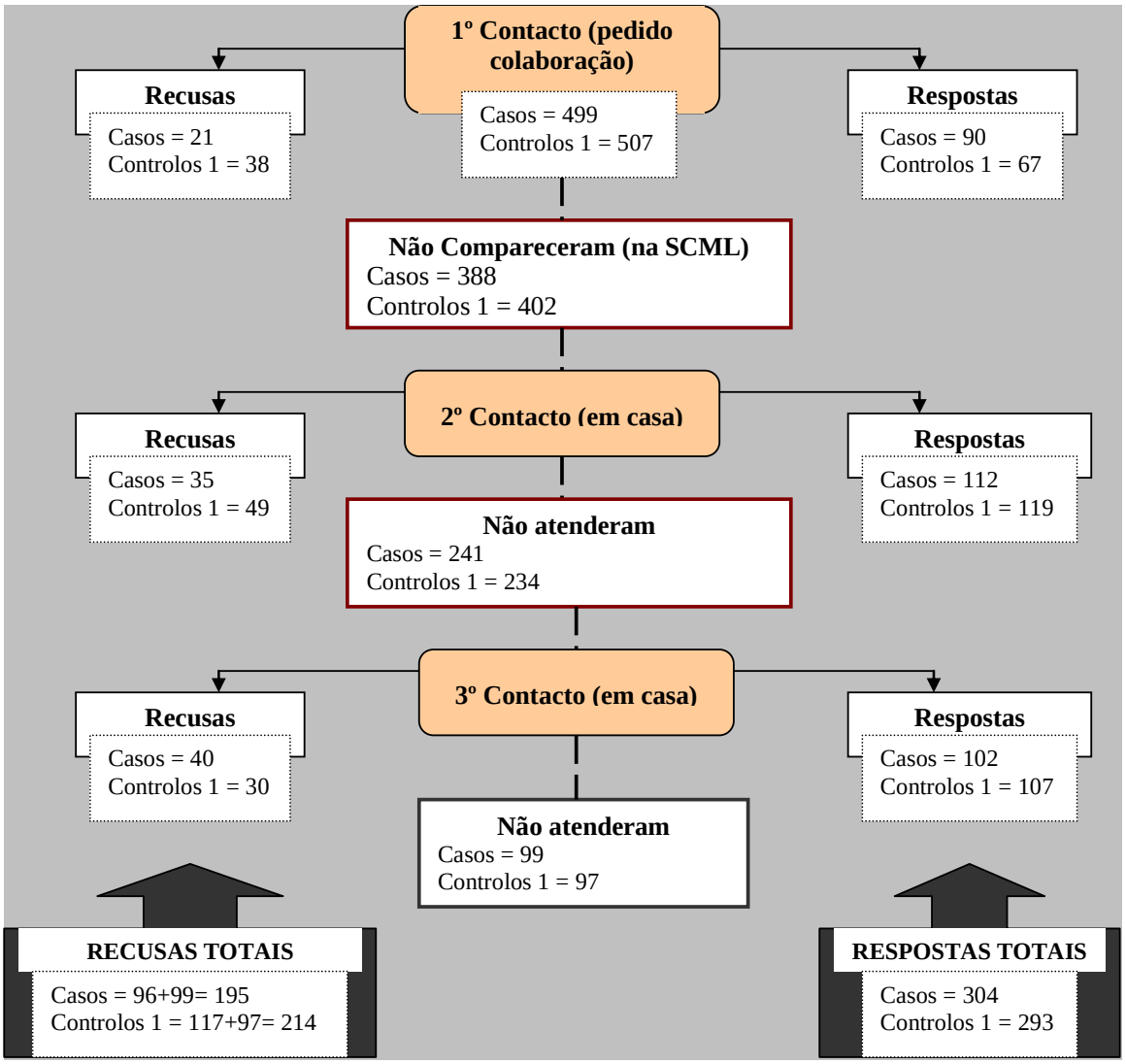
O questionário foi sempre aplicado por uma entrevistadora externa à SCML: 1) nas instalações da SCML, onde habitualmente essas mulheres vão aos atendimentos sociais, sendo por isso locais a que estavam familiarizadas; 2) em casa das mulheres se estas não tivessem disponibilidade de efectuar a entrevista nos horários de expediente da SCML: 9.30 às 17.30, se tivessem dificuldade de se deslocarem às referidas instalações e/ou nos casos em que as instalações da SCML não tivessem as condições (existência de um espaço privado) para efectuar o questionário em simultâneo com os seus habituais atendimentos.

Quanto à aplicação do questionário, estabeleceu-se que haveria um limite de três contactos para efeitos de preenchimento, e o procedimento foi o seguinte:

1) Se no primeiro contacto as mulheres não aceitaram participar no estudo, considerou-se uma recusa; se as mulheres aceitaram participar, mas não apareceram no dia e hora combinados, voltou a haver mais um contacto por um elemento da equipa do estudo;
2) Se neste segundo contacto as mulheres declinaram o convite à resposta, considerou-se uma recusa; se as mulheres voltaram a aceitar, repetiu-se a tentativa; se voltou a não ser possível contactar as mulheres, deixou-se novo pedido de colaboração com indicação dos contactos da equipa do estudo que estava a realizar entrevistas na zona;
3) Se no terceiro contacto as mulheres declinaram o convite à resposta, considerou-se uma recusa; se as mulheres voltaram a aceitar, repetiu-se a tentativa; se voltou a não ser possível contactar as mulheres, considerou-se uma recusa.

Para facilitar a compreensão do procedimento acima descrito, apresentamo-lo de forma esquematizada na Figura 3. 3.

Figura 3. 3. Esquema de aplicação do questionário nos grupos caso e controlo 1



Grupo de controlos 2 (não pobres)

Após o primeiro contacto no atendimento (onde desde logo era explicado que o estudo estava a decorrer durante aquele período, sensibilizando para a resposta), foi aplicado o "formulário de critérios de inclusão" (ver Anexo 6). Todas as mulheres que estivessem dentro dos critérios eram convidadas a responder ao questionário.

As recusas foram registadas pelas entrevistadoras e estabeleceu-se o critério segundo o qual apenas os questionários que fossem respondidos pelo menos nas três primeiras secções seriam considerados válidos, sendo todos os outros rejeitados.

3.5.3 Operacionalização das variáveis

O conceito de variável é talvez dos mais usados na linguagem científica. E em qualquer estudo é imprescindível seleccionar as variáveis que se pretende medir, efectuando a sua operacionalização, explicando o que se vai medir e como (instrumento e escala de medição e sua aplicação). Este processo é fundamental para se conseguir a replicação do estudo e a comparação dos resultados obtidos (Kerlinger, 1979; Richardson, 1985).

A definição de variáveis representa uma das mais importantes fases de uma investigação, pois dela depende a delimitação dos detalhes de um objecto, um acontecimento, um comportamento ou uma atitude que o investigador pretende estudar (Polgar e Thomas, 1991).

Segundo Last (1995:196) uma variável é: *"... Qualquer atributo, fenómeno ou acontecimento que possa ter diferentes valores."*

Variáveis dependentes[71]

Para o presente estudo as variáveis dependentes para distinguir casos e controlos são:

1) Variáveis de condição social: pertencer ao grupo caso - receber RSI; pertencer ao grupo controlo 1 - receber apoio da SCML; pertencer ao grupo controlo 2 – não receber RSI e não receber apoio da SCML.

[71] BOWLING (2000:387) define variável dependente como: *"...aquela que o investigador pretende explicar e que resulta das variáveis independentes"*. Ou seja, trata-se da variável que o investigador pretende avaliar e que é afectada ou explicada pelas variáveis independentes. Segundo Lakatos e Marconi (1983:163; 1985: 131) a variável dependente: *"...consiste naqueles valores (fenómenos, factores) a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados ou afectados pela variável independente; é o factor que aparece, desaparece ou varia à medida que o investigador introduz, tira ou modifica a variável independente; a propriedade ou factor que é efeito, resultado, consequência ou resposta a algo que foi manipulado (variável independente)"*.

Variáveis Independentes[72]

As variáveis consideradas independentes são as variáveis em estudo para responder às hipóteses apresentadas, as postuladas como determinantes das variáveis dependentes, e que a seguir se apresentam:

1) Representações de fecundidade (número de filhos que pensa vir a ter; número de filhos que quer ter; número ideal de filhos) e tensões (relação entre o número de filhos que pensa vir a ter, número ideal de filhos e o número de filhos que efectivamente tem);

2) Práticas de fecundidade (fecundidade acumulada; idade média da mulher aquando do nascimento do primeiro filho; calendário dos nascimentos; planeamento da última gravidez; controlo da gravidez do último filho); utilização de método contraceptivo actual; idade da primeira relação sexual; número de abortos;

3) Ter ou não filhos; razões para querer ou não querer mais filhos e reacções a gravidez não desejada.

Variáveis de possível confundimento[73]

São as seguintes variáveis:

1) **Sócio-demográficas**: individuais; familiares; ocupacionais individuais e cônjuge; de apoios familiares e sociais;

[72] LAST (1995:107) define variável independente como: *"a característica que é observada, ou medida, e que se supõe (por hipótese) influenciar um dado acontecimento ou manifestação (...) no âmbito da área de relações do estudo."* A variável independente é aquela que afecta (Richardson et. al., 1985), influencia (Kerlinger, 1979) ou determina uma outra variável (Lakatos e Marconi, 1983; 1985).

[73] Beaglehole (2003: 55) define variável de confundimento como: "*Para que uma variável se possa considerar factor de confundimento deve, por si só, constituir um determinante da doença em estudo (isto é, um factor de risco) e estar associada à exposição considerada*." Segundo Last (1995: 56) o confundimento acontece numa *"(…) situação em que os efeitos de dois processos não estão separados, (…) tratando-se de uma situação em que a medida de um efeito de uma exposição a um dado risco é distorcida por causa da associação daquela exposição com outro(s) factor(es) que influencia(m) o resultado em estudo"*. Dadas estas características associadas ao confundimento, segundo o mesmo autor (1995: 56): *"As variáveis deste tipo devem ser controladas, com o fim de se obter uma estimativa não distorcida, ou obscurecida, do efeito do factor de risco em estudo [e livres, portanto, de confusão]"*.
A variável de confundimento é pois aquela que se encontra entre a independente e a dependente (Richardson et. al., 1985) tendo como função não apenas ampliar, diminuir ou anular a influência da variável independente sobre a dependente, como também ajudar a esclarecer a relação entre as variáveis independentes e dependentes (Lakatos e Marconi, 1983; 1985).

2) De **acesso e utilização de cuidados de saúde**: de acesso aos cuidados de saúde (geográfico – distância dos serviços de saúde; tempo de espera; económico; percepção da disponibilidade de serviços na área de residência); de utilização de cuidados de saúde: com último filho;

3) De **utilização dos cuidados de saúde reprodutiva** (utilização de: consulta pré-concepcional; de consulta pré-natal; de consulta de revisão do parto);

4) De **processo de empobrecimento**: privação material e capacidade de suprir necessidades; Carência de bens de conforto; privações no agregado, por dificuldades sentidas; endividamento e atrasos em pagamentos; pobreza ao longo do tempo - percepção sobre classe social de pertença; percepção sobre condição de pobreza ao longo do tempo; capacidade do agregado fazer poupança.

No (Anexo10) é apresentado de forma detalhada o plano de operacionalização das variáveis dependentes, independentes e de confundimento, bem como a respectiva descrição.

3.6. Análise dos dados

Quanto à preparação dos dados recolhidos através do questionário, foi elaborada uma base de dados em SPSS 17.0. Em primeiro lugar foram definidas as variáveis, tendo-se seguido a introdução dos dados. Através do módulo de *Data Validation* do SPSS foi efectuado um processo de limpeza e validação de dados como forma de minimizar os erros na base de dados.

Em termos da análise, começou por se realizar uma análise descritiva (frequências absolutas e relativas; medidas de tendência central: moda, média, mediana, média aparada a 5%) das variáveis demográficas no sentido de efectuar uma caracterização demográfica, económica e social da amostra, segundo os grupos em estudo. Foi também conduzida a análise descritiva das variáveis de fecundidade (representações, tensões, práticas e controlo de fecundidade) em função das variáveis de condição social (gradientes de pobreza segundo os grupos em estudo).

Seguiu-se a análise de comparação e associação:

a) Análise entre duas variáveis qualitativas, comparação de grupos independentes face a proporções obtidas numa variável qualitativa, aplicou-se o teste de Qui-quadrado para testar a homogeneidade: hipótese nula (H_0) de que as variáveis são homogéneas contra H_1 de que não são homogéneas (Maroco, 2007). Usou-se um nível de significância de 5%, utilizando o teste exacto

de Fisher nos casos em que os pressupostos de aplicabilidade do teste Qui-quadrado não se verificaram, ou seja, em que mais de 25% das frequências esperadas era inferior a 5, em tabelas de contingência superiores a 2x2. Utilizaram-se também aos resultados do teste exacto, que são consonantes com a Simulação de Monte Carlo, quando as condições de aproximação da distribuição do teste à distribuição do Qui-quadrado não se verificaram e não foi possível utilizar o teste exacto de Fisher (cf. op. cit.).

Tendo como objectivo obter uma compreensão o mais aprofundada possível dos resultados encontrados, juntei os dados relativos à análise de resíduos ajustados. Estes aparecem nos quadros apresentados apenas nas ocasiões em que se verificou a existência de uma diferença estatisticamente significativa. Os resíduos encontram-se entre parêntesis nas tabelas de Qui-Quadrado.

b) Análise entre uma variável qualitativa com mais de duas categorias e uma variável quantitativa normal ou para comparação de três ou mais grupos independentes face a um variável quantitativa normal utilizou-se a análise da variância a um factor designada por ANOVA, cuja estatística de tem distribuição F de Fisher Snedcor. A ANOVA pressupõe a homogeneidade das variâncias e a normalidade da variável subjacente aos grupos envolvidos.

Para testar a homogeneidade de variâncias aplicou-se o teste de Levene e a normalidade da variável quantitativa, nos grupos em estudo foi testada através do teste de Kolmogorov Smirnov e o teste de Shapiro-Wilk. Sempre que as condições de aplicação da ANOVA não se verificaram, aplicou-se a alternativa não paramétrica: o teste de Kruskal-Wallis. O objectivo era testar a hipótese nula (H_0: $\theta_1 = \theta_2 = \ldots. = \theta_k$) de que existe igualdade dos valores medianos da variável nas κ populações contra a hipótese alternativa H_1 (H_1: $\exists\ i \neq j$: $\theta_i \neq \theta_j$) de que existe pelo menos um par de medianas que é diferente numa população (cfr. op. cit.).

No caso de rejeitar a igualdade das medianas obtidas através do teste de Kruskal-Wallis foram efectuadas comparações múltiplas, com o objectivo de localizar em qual dos grupos se encontravam as diferenças: *"quando H_0 é rejeitada há interesse em determinar quais os pares de médias (ou medianas) que diferem significativamente, pondo-se o problema das comparações múltiplas"* (Mello, 1997: 407).

O cálculo do *odds ratio* da variável "ter gravidez e filhos" (D.1) foi efectuado de acordo com o proposto por Mantel-Haenszel (Schlesselman, 1982: 213-216) aplicado nas situações em que existem dois controlos por caso (cf. Anexo 18).

Foram utilizados modelos de regressão logística (Hosmer e Lemeshow, 2000; Aguiar, 2007; Maroco, 2007) para avaliar a probabilidade de ser do grupo de casos (muito pobre), relativamente a ser do grupo de controlos 1 (pobre) e relativamente a ser do grupo de controlos 2 (não pobre).

Segundo Pedro Aguiar (2007) como forma de facilitar a interpretação, frequentemente, considera-se que o *Odds Ratio* tem um significado próximo do risco relativo.

Sendo que o mais usual é interpretar a exponencial dos coeficientes: E*xp* (β_i) = $\frac{Chances\ (\text{Xi aumenta uma unidade})}{Chances\ (\text{Xi não varia})}$. Em que E*xp* (β_i) representa o Rácio das Chances (*Odds Ratio*) do "sucesso" versus "insucesso" quando a variável independente X_i aumenta uma unidade relativamente às chances do "sucesso" versus "insucesso" quando X_i permanece constante (Maroco, 2007: 292)[74].

Os modelos finais ajustados resultaram da selecção por seis etapas (cfr. Anexo 20), sendo que o método de selecção das variáveis utilizado, quer nos modelos intermédios produzidos em cada uma das seis etapas, quer nos modelos finais ajustados, foi o F*orward: LR*, isto é, o processo começa sem qualquer variável e entra sequencialmente no modelo uma variável independente de cada vez, com o objectivo de se conseguir alcançar uma solução múltipla optimizada com diferentes variáveis independentes (Aguiar, 2007: 190).

Foram ainda utilizados dois modelos de regressão logística multinomial (Hosmer e Lemeshow, 2000; Maroco, 2007) para estudar a relação entre uma variável dependente de resposta qualitativa não binária [no presente estudo com três classes - os três grupos em estudo: casos (muito pobres), controlos 1 (pobres) e controlos 2 (não pobres)] e um conjunto de variáveis explicativas (*predictor variables*), que podem ser de vários tipos.

Concretamente, a probabilidade de pertencer a cada um dos grupos em estudo foi estimada a partir de: 1) variáveis de fecundidade: número total de filhos; tensão mais_filhos; já ter tido aborto; planeamento gravidez_último filho; controlo gravidez_último filho; 2) possíveis variáveis de

[74] Para mais detalhes acerca dos pressupostos matemáticos dos modelos de regressão logística conferir, nomeadamente, os seguintes autores: Hosmer e Lemeshow, 2000; Aguiar, 2007; Maroco, 2007.

confundimento sociodemográficas: estado civil, etnias, escolaridade da mulher, rendimento do agregado, família monoparental; 3) possíveis variáveis de confundimento de acesso e utilização de cuidados de saúde: consulta de pós-parto_último filho; consulta pré-concepcional_último filho; tempo necessário para chegar ao Centro de Saúde; ter seguro privado de saúde; incapacidade para comprar medicamentos: mulher e agregado; vigilância pré-natal_último filho.

A seleccção das variáveis nos modelos finais ajustados foi o F*orward: LR* e as medidas da qualidade do ajustamento são basicamente as mesmas da regressão logística (Maroco, 2007: 744). Na regressão multinomial o rácio das chances (*odds ratio*) é sempre relativo à classe de referência da variável dependente, no presente estudo a classe referente é "casos -muito pobres)"[75].

[75] Para mais detalhes acerca dos pressupostos matemáticos dos modelos de regressão logística conferir, nomeadamente, os seguintes autores: Hosmer e Lemeshow, 2000; Aguiar, 2007; Maroco, 2007.

3.7. Resultados

3.7.1 As mulheres e o seu contexto: social, económico e familiar

Pela análise do Quadro 3. 3 constata-se que 40,8% das inquiridas se situam no grupo etário de 36 a 49 anos e apenas 8,8% no grupo etário dos 15 anos a 18 anos, verificando-se uma diferença significativa na distribuição entre os três grupos (p<0,001), sendo que através da análise de resíduos percebe-se que esta diferença acontece sobretudo no grupo de controlos 2 e nos dois escalões etários superiores (assinalados a negrito).

Quadro 3. 3. Caracterização demográfica da amostra - grupo etário, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

DADOS DEMOGRÁFICOS	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Grupo Etário 15 a 18 anos	27	8,9 (0,0)	31	10,6 (1,2)	35	7,7 (-1,2)	93	8,8
19 a 25 anos	40	13,2 (-1,9)	44	15,0 (-0,9)	91	19,9 (2,5)	175	16,6
26 a 35 anos	92	30,3 (-1,5)	84	28,7 (-2,2)	180	39,4 **(3,4)**	356	33,8
36 a 49 anos	145	47,7 (2,9)	134	45,7 (2,0)	151	33,0 **(-4,5)**	430	40,8
TOTAL	304	100,0	293	100,0	457	100,0	1054	100,0
Teste χ^2	χ^2 (6) =27,03; **p<0,001**							

Quanto ao estado civil são três os grupos mais expressivos: as mulheres solteiras (nunca casaram) (35,7%), as mulheres casadas (26,8%) e as mulheres que vivem conjugalmente sem ser casadas (21,7%). Isto é, cumulativamente representam 84,2% do total (Quadro 3. 4). Verifica-se que existem diferenças significativas entre os três grupos (p<0,001) e através da análise de resíduos confirma-se que as maiores diferenças acontecem nas mulheres "casadas" (com números mais expressivos nos controlos 2 – não pobres) e nas mulheres que "vivem conjugalmente sem ser casadas" [entre não pobres (grupo de controlos 2) e muito pobres (grupo de casos)], ou seja, o casamento aumenta com a diminuição da pobreza.

Quadro 3. 4. Caracterização demográfica da amostra - estado civil, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

DADOS DEMOGRÁFICOS	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Estado Civil								
Solteira	108	35,5 (0,0)	106	36,2 (0,2)	162	35,4 (-0,1)	376	35,7
Casada	51	16,8 **(-4,7)**	59	20,1 **(-3,0)**	172	37,6 **(7,0)**	282	26,8
Vive conjugalmente sem ser casada	87	28,6 **(3,5)**	67	22,9 (0,6)	75	16,4 **(-3,7)**	229	21,7
Viúva (não vive conjugalmente)	9	3,0 (1,8)	5	1,7 (-0,1)	5	1,1 (-1,5)	19	1,8
Divorciada / Separada	49	16,1 (1,2)	56	19,1 (2,9)	43	9,4 **(-3,8)**	148	14,0
TOTAL	304	100,0	293	100,0	457	100,0	1054	100,0
Teste χ^2	χ^2 (8) = 65,96; **p<0,001**							

No presente estudo a percentagem total de inquiridas que refere viver em monoparentalidade é de 33%, ou seja, a maioria (66,7%) de famílias não são monoparentais. Observou-se um maior número de famílias monoparentais no grupo das mulheres muito pobres (47,0%) comparativamente às mulheres pobres (41,3%) e às mulheres não pobres (19,0%), verificando-se uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos (p<0,001), destacando-se o facto de o grupo de controlos 2 (não pobres) registar uma menor monoparentalidade (Quadro 3. 5), isto é, a monoparentalidade tende a diminuir com a diminuição da pobreza.

Quadro 3. 5. Caracterização demográfica da amostra - monoparentalidade, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

DADOS DEMOGRÁFICOS	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Monoparentalidade								
Sim	143	47,0 (6,0)	121	41,3 (3,4)	87	19,0 **(-8,6)**	351	33,3
Não	161	53,0 (-6,0)	172	58,7 (-3,4)	370	81,0 (8,6)	703	66,7
TOTAL	304	100,0	293	100,00	497	100,0	1054	100,0
Teste χ^2	χ^2 (2) =76,12; **p<0,001**							

Pela análise do Quadro 3. 6, a grande maioria das mulheres inquiridas é caucasiana (79,3%), juntaram-se negras, indianas e outras perfazendo 11,5% (mas as negras contribuem com 111 mulheres para esse sub-total de 121) e ciganas são 9,2%, sendo que existem diferenças significativas na distribuição entre os três grupos (p<0,001). Por exemplo, no grupo controlos 2, há 91,7% de caucasianas enquanto no grupo casos elas são 63,8% e quanto às ciganas elas representam 25% do grupo casos e apenas 0,4% no grupo controlos 2. Ou seja, a proporção de minorias étnicas diminui com a diminuição da pobreza.

Quadro 3. 6. Caracterização demográfica da amostra - etnia, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

DADOS DEMOGRÁFICOS	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Etnia								
Caucasiana	194	63,8 **(-7,9)**	223	76,1 (-1,6)	419	91,7 **(8,7)**	836	79,3
Cigana	76	25,0 **(11,3)**	19	6,5 (-1,9)	2	0,4 **(-8,6)**	97	9,2
Negra, Indiana e outras	34	11,2 (-0,2)	51	17,4 (3,7)	36	7,9 (-3,2)	121	11,5
TOTAL	304	100,0	293	100,0	457	100,0	1054	100,0
Teste χ^2	χ^2 (6) =155,49; **p<0,001**							

Como se constata através da análise do Quadro 3. 7, a amostra total apresenta uma distribuição da escolaridade em que 313 mulheres têm o ensino básico-1ºciclo, até 4º ano (mas 39 dessas mulheres (3,7%) não têm qualquer escolaridade) e apenas 109 têm o ensino superior (9,1% o ensino superior, bacharelato, licenciatura e 1,2% o ensino superior universitário pós-graduado (mestrado, doutoramento). Quanto à distribuição dos diferentes graus de escolaridade pelos três grupos em estudo verifica-se que a diferença de escolaridade é estatisticamente significativa (p<0,001), e destaco que, das 39 mulheres que não têm qualquer escolaridade, 74,4% são consideradas muito pobres, 25,6% pobres e nenhuma não pobre; inversamente, entre as 13 mulheres que têm ensino superior pós-graduado 12 (92,3%) pertencem ao grupo considerado não pobre, apenas 1 (7,7%) faz parte do grupo considerado pobre e nenhuma do grupo muito pobre. Ou seja, o nível de educação aumenta com a diminuição da pobreza.

Quadro 3. 7. Caracterização demográfica da amostra - escolaridade, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

DADOS DEMOGRÁFICOS	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Habilitações Entrevistada								
Nenhum/ensino básico (até 4º ano)	155	51,0 **(9,6)**	116	39,6 **(4,4)**	42	9,2 **(-12,7)**	313	29,7
Ensino básico-2ºciclo (até ao 6ºano)	63	20,7 **(4,2)**	42	14,3 (0,3)	40	8,8 **(-4,1)**	145	13,8
Ensino básico-3ºciclo (até ao 9º ano)	57	18,8 (-2,1)	67	22,9 (0,0)	119	26,0 (2,0)	243	23,1
Ensino secundário / Curso técnico	26	8,6 **(-7,2)**	57	19,5 (-1,8)	161	35,2 **(8,1)**	244	23,1
Ensino superior - bacharelato/Licenciatura/outro superior/ensino pós-graduado	3	1,0 **(-6,3)**	11	3,8 **(-4,4)**	95	20,8 **(9,7)**	109	10,3
TOTAL	304	100,0	293	100,0	457	100,0	1054	100,0
Teste χ^2	χ^2 (8) =288,85; **p<0,001**							

A idade média em que as mulheres deixaram de estudar situa-se nos 16,31 anos (s=4,69), sendo que no grupo de mulheres muito pobres esta média é mais baixa (14,08 anos; s=3,95), no grupo de mulheres pobres a média de idade de abandono escolar é de 15,62 anos (s=4,85) e no grupo de mulheres não pobres a média etária é de 18,29 anos (s=4,23). Uma vez que se rejeitou a normalidade (teste de Kolmogorov-Smirnov) e a homogeneidade das variâncias (teste de Levene), aplicou-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, cujo resultado indica que ocorrem diferenças significativas entre os três grupos relativamente à idade em que as mulheres deixaram de estudar (n=877; $\chi^2_{KW}{}^{(2)}$ (2) = 171,84; p<0,001). Com o objectivo de localizar em qual dos grupos se encontra a diferença, foi efectuada a comparação múltipla de medianas (cfr. Mello, 1997) revelando que todos os grupos diferem significativamente entre si (Anexo 16).

Através da análise do Quadro 3. 8 afere-se que a idade média em que as mulheres começaram a trabalhar regista-se nos 17,30 (s=3,75). No entanto, realça-se o facto de as idades mínimas relatadas para o início dos percursos ocupacionais serem extremamente baixas em todos os grupos (4 anos, para as mulheres muito pobres, 5 anos, para as mulheres pobres 1, e 8 anos, para as mulheres não pobres), verificando-se existir diferenças significativas nas médias de pelo menos um dos três grupos em estudo. Com o intuito de percebermos em qual dos grupos se encontram as diferenças, e através da comparação múltipla de medianas (cfr. Mello, 1997) confirma-se que os grupos de casos (muito pobres) e de controlos 1 (pobres) não são significativamente diferentes, situando-se as diferenças entre controlos 2 (não pobres) e os outros dois grupos (muito pobres e pobres) (Anexo 16). De facto, quanto maior a pobreza mais cedo se inicia o contacto com o mundo do trabalho.

Quadro 3. 8. Caracterização demográfica - idade de início de trabalho, segundo os grupos em estudo

DADOS DEMOGRÁFICOS	Casos	Controlos 1	Controlos2	TOTAL
Idade início de trabalho Média	16,15	16,83	18,18	17,30
Mediana	14,00	15,00	18,00	17,00
Desvio-padrão	3,61	3,99	3,45	3,75
Mínimo	4	5	8	4
Máximo	29	32	33	33
Teste Kruskal-Wallis	n=818; $\chi^2_{KW}{}^{(2)}$ (2) = 55,40; **p<0,001**			

Analisando os dados apresentados no Quadro 3. 9, percebe-se que a mediana dos escalões de rendimento das entrevistadas se situa no 3º escalão (de 250 a 400 euros no último mês). Existindo evidência estatística (p<0,001) de que a proporção de rendimentos elevados [entre o escalão 4 (de

400 a 550 euros) e o escalão 11 (mais de 4500 euros)] difere nos três grupos em análise, como seria de esperar. Ou seja, constata-se não haver igualdade de rendimentos declarados pelas inquiridas. Mas o grupo que é manifestamente diferente é o das mulheres consideradas não pobres (controlos 2) com 77,3% da amostra a declarar rendimentos elevados, enquanto os outros dois grupos apresentam percentagens bastante inferiores de mulheres que declaram auferir rendimentos superiores ao 3º escalão: no grupo de casos (muito pobres) são 32,1% e, curiosamente, no grupo de controlos 1 (pobres) regista-se uma percentagem de apenas 30,3%. De realçar ainda que estas percentagens são muito semelhantes, podendo antever uma aproximação em termos de rendimentos nestes dois grupos de mulheres e dar algumas pistas para os gradientes de pobreza que procuro.

Quadro 3. 9. Caracterização económica da amostra - rendimento da entrevistada, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

DADOS ECONÓMICOS	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rendimento ENTREVISTADA Baixo (<= escalão 3; de 250 a 400€) /mês)	197	67,9 **(7,3)**	186	69,7 **(7,6)**	86	22,7 (-13,8)	469	50,1
Elevado (> escalão 4; de 400 a 550€) /mês)	93	32,1 (-7,3)	81	30,3 (-7,6)	293	77,3 **(13,8)**	467	49,9
TOTAL	290	100,0	267	100,0	379	100,0	936	100,0
Teste χ^2	χ^2 (2) =191,64; **p<0,001**							

Através da análise do Quadro 3. 10, verifica-se que a mediana nos escalões de rendimento dos agregados é um pouco superior, situando-se no 5º escalão de rendimento (550 a 750 euros mensais). Também aqui existe evidência estatística (p<0,001) de que a proporção de rendimentos elevados [entre o escalão 6 (de 750 a 1000 euros) e o escalão 11 (mais de 4500 euros)] não é igual entre os três grupos em estudo. São as mulheres do grupo de controlos 2 não pobres) que apresentam uma percentagem superior (76,5%) de rendimento elevado. Mas aqui os outros dois grupos de mulheres, embora apresentando ambos proporções mais baixas de rendimentos elevados nos agregados (10,2% nos casos – muito pobres e 26,4% nos controlos 1 - pobres), eles são diferentes entre si. Através da análise dos dados constata-se que as mulheres contribuem com rendimentos idênticos, mas os agregados aos quais pertencem apresentam características de rendimentos diferentes (as mulheres muito pobres parecem inserir-se mais em agregados com menores rendimentos do que as mulheres pobres - do grupo de controlos 1). As diferenças pecuniárias não advêm tanto do que as mulheres contribuem isoladamente, mas do conjunto dos rendimentos disponíveis nos agregados.

Quadro 3. 10. Caracterização económica da amostra - rendimento do agregado, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

DADOS ECONÓMICOS	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Rendimento AGREGADO Baixo (≤ escalão 5; de 550 a 750€) /mês	239	89,8 (12,4)	187	73,6 (5,8)	81	23,5 (-17,1)	507	58,7
Elevado (> escalão 6; de 750 a 1000) /mês	27	10,2 **(-12,4)**	67	26,4 **(-5,8)**	263	76,5 **(17,1)**	357	41,3
TOTAL	266	100	254	100	344	100	864	100
Teste χ^2	χ^2 (2) =305,10; **p<0,001**							

Quanto à situação face à propriedade da habitação, a maior parte (69%) vive em casas arrendadas (isto é, 40,9% vive numa casa arrendada a preços inferiores ao mercado e 28,1% numa casa arrendada a preços de mercado), sendo que o número de inquiridas que detêm a propriedade da casa é bastante inferior (Quadro 3. 11). A análise confirma a existência de diferenças significativas na distribuição entre os três grupos em estudo (p<0,001) e, analisando os resíduos, percebe-se que as explicações para as diferenças se prendem, nomeadamente, com as "casas arrendadas a preços inferiores ao mercado" (o grupo de casos 69,4% e o grupo controlos 2 com 12,7%) e nas "casas compradas com encargos" (grupo de casos com 2,3% e o grupo de controlos 2 com 31,5%).

Quadro 3. 11. Caracterização económica da amostra - situação face à propriedade, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Dados Económicos	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Situação face à Propriedade								
Casa comprada (sem encargos	12	3,9 **(-3,6)**	14	4,8 (-2,9)	68	14,9 **(5,9)**	94	8,9
Casa comprada (com encargos)	7	2,3 **(-7,9)**	23	7,8 **(-4,7)**	144	31,5 **(11,5)**	174	16,5
Casa arrendada (preços de mercado)	59	19,4 **(-4,0)**	73	24,9 (-1,4)	164	35,9 **(4,9)**	296	28,1
Casa arrendada (preços inferiores ao mercado)	211	69,4 **(12,0)**	162	55,3 **(5,9)**	58	12,7 **(-16,3)**	431	40,9
Outras situações	15	4,9 (-0,6)	21	7,2 (1,4)	23	5,0 (-0,7)	59	5,6
TOTAL	304	100	293	100	457	100	1054	100
Teste χ^2	χ^2 (8)= 330,10; **p<0,001**							

O número médio de pessoas no agregado é de 3,86 (s=1,66), verificando-se que a média de pessoas por agregado é, no grupo de mulheres muito pobres, de 4,44 (s=1,78), no grupo de mulheres pobres, de 4,23 (s=1,60) e, no grupo de mulheres não pobres, de 3,23 (s=1,39). Isto é, regista-se uma diminuição da dimensão dos agregados com a diminuição da pobreza. Uma vez que se rejeitou a normalidade (teste de Kolmogorov-Smirnov) e a homogeneidade das variâncias (teste de Levene), aplicou-se o teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis, cujo resultado indica que

ocorrem diferenças significativas entre os três grupos relativamente ao número médio de pessoas no agregado (n=1054; $\chi^2_{KW}{}^{(2)}$ (2) = 125,51; p<0,001). A comparação das amostras duas as duas como forma de localizar as diferenças múltiplas de medianas (cfr. Mello, 1997) permite concluir que os grupos de mulheres muito pobres (casos) e de mulheres pobres (controlos 1) não são significativamente diferentes, situando-se as diferenças entre não pobres (controlos 2) e os outros dois grupos (muito pobres e pobres) (Anexo 16).

3.7.1.1 Caracterização sociográfica familiar: Habilitações dos cônjuges e dos pais

A análise dos dados revela a existência de diferenças que são estatisticamente significativas na distribuição das respostas (p<0,001) relativamente às habilitações dos cônjuges. Através da análise de resíduos percebe-se que mais uma vez o grupo de mulheres não pobres se diferencia dos outros dois grupos em estudo (muito pobres e pobres), destacando-se as percentagens bastante menores de cônjuges com "nenhuma" escolaridade e as percentagens mais elavadas de cônjuges com "ensino secundário/curso técnico" e "ensino superior". Ou seja, as mulheres mais escolarizadas e tendencialmente menos pobres tendem a ter companheiros com características habilitacionais idênticas.

Quadro 3. 12. Habilitações do Cônjuge, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Habilitações Cônjuge	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nenhum/ensino básico (até 4º ano)	85	62,5 **(7,3)**	65	51,2 **(4,0)**	34	14,2 **(-10,0)**	184	36,6
Ensino básico-2ºciclo (até ao 6ºano)	28	20,6 (2,4)	16	12,6 (-0,6)	28	11,7 (-1,6)	72	14,3
Ensino básico-3ºciclo (até ao 9º ano)	16	11,8 **(-3,7)**	30	23,6 (0,1)	71	29,6 (3,2)	117	23,3
Ensino secundário / Curso técnico	6	4,4 **(-4,2)**	13	10,2 (-2,0)	60	25,0 **(5,5)**	79	15,7
Ensino superior - bacharelato/Licenciatura/outro superior/ensino pós-graduado	1	0,7 **(-4,3)**	3	2,4 (-3,4)	47	19,6 **(6,7)**	51	10,1
TOTAL	136	100,0	127	100,0	240	100,0	503	100,0
Teste χ^2	n=503; χ^2 (8) =149,58; **p<0,001**							

No Quadro 3. 13 podem-se observar os dados relativos à escolaridade de pai e mãe das entrevistadas, constatando-se que a grande maioria (74% e 76,8%, respectivamente) referiu que ambos os progenitores não têm "nenhum/ensino básico (até 4º ano)". De referir ainda que as

diferenças nas distribuições das respostas são, em ambos os casos, estatisticamente significativas (p<0,001). Mais uma vez com o grupo de mulheres não pobres a distanciar-se dos restantes dois grupos (muito pobres e pobres), com tanto pai como mãe a terem habilitações mais elevadas.

Quadro 3. 13. Habilitações do pai e da mãe das mulheres, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Habilitações Pai (da Entrevistada)	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nenhum/ensino básico (até 4º ano)	217	87,5 (5,7)	198	81,8 (3,3)	250	61,1 (-8,0)	665	74,0
Ensino básico-2ºciclo (até ao 6ºano)	11	4,4 (-1,5)	14	5,8 (-0,5)	33	8,1 (1,8)	58	6,5
Ensino básico-3ºciclo (até ao 9º ano)	5	2,0 (-3,6)	14	5,8 (-0,9)	44	10,8 (4,0)	63	7,0
Ensino secundário / Curso técnico	9	3,6 (-2,4)	12	5,0 (-1,5)	42	10,3 (3,5)	63	7,0
Ensino superior - bacharelato/Licenciatura/outro superior/ensino pós-graduado	6	2,4 (-2,5)	4	1,7 (-3,1)	40	9,8 (5,0)	50	5,6
TOTAL	248	100,0	242	100,0	409	100,0	899	100,0
Teste χ^2	n=899; χ^2 (8) =70,03; **p<0,001**							
Habilitações Mãe (da Entrevistada)								
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nenhum/ensino básico (até 4º ano)	241	91,3 (6,6)	231	88,5 (5,3)	253	60,4 (-10,7)	725	76,8
Ensino básico-2ºciclo (até ao 6ºano)	11	4,2 (-2,1)	6	2,3 (-3,4)	48	11,5 (5,0)	65	6,9
Ensino básico-3ºciclo (até ao 9º ano)	7	2,7 (-3,7)	18	6,9 (-0,7)	49	11,7 (3,9)	74	7,8
Ensino secundário / Curso técnico	2	0,8 (-3,4)	4	1,5 (-2,7)	36	8,6 (5,5)	42	4,4
Ensino superior - bacharelato/Licenciatura/outro superior/ensino pós-graduado	3	1,1 (-2,8)	2	0,8 (-3,1)	33	7,9 (5,4)	38	4,0
TOTAL	264	100,0	261	100,0	419	100,0	944	100,0
Teste χ^2	n=944; χ^2 (8) =124,43; **p<0,001**							

De forma resumida pode-se afirmar que os contextos de pobreza originam filhas pobres, que por sua vez se casam com homens pobres, isto é, constata-se uma repetição das condições societais e eventuais ciclos socio-económicos que se perpetuam.

3.7.1.2 Caracterização ocupacional: as mulheres e os cônjuges

No que diz respeito à condição perante o trabalho verifica-se que 47,6% do total das mulheres entrevistadas trabalham (36,3% a tempo inteiro e 11,3% a tempo parcial) e 24% estão desempregadas. As diferenças entre os três grupos são estatisticamente significativas (p<0,001), sendo que mais mulheres do grupo de mulheres não pobres trabalha a "tempo inteiro", distanciando-se muito dos outros dois grupos (muito pobres e pobres). Realço ainda a diferença

entre mulheres não pobres e mulheres muito pobres relativamente ao item "aluna/doméstica" (Quadro 3. 14).

Relativamente à condição perante o trabalho dos cônjuges, como se pode ver no Quadro 3. 14, a maioria (66,1%) trabalha "a tempo inteiro" e 19,9% estão "desempregados". Existem diferenças estatisticamente significativas na distribuição das respostas entre os três grupos (p<0,001), verificando-se uma diferença entre mulheres muito pobres (casos) e mulheres não pobres (controlos 2) nos itens "trabalho a tempo inteiro" (com as diferenças a ocorrerem sobretudo entre muito pobres e não pobres), "trabalho a tempo parcial" (mais cônjuges do grupo de mulheres muito pobres a pertencerem a este item *versus* o grupo de mulheres não pobres), "desempregado" e "aluno" (mais uma vez as diferenças são acentuadas e acontecem entre os grupos muito pobres *vs*. não pobres).

Quadro 3. 14. Condição perante o trabalho das Mulheres e dos Cônjuges, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Mulheres	**Casos**		**Controlos 1**		**Controlos 2**		**TOTAL**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Trabalho a tempo inteiro	24	**7,9 (-12,2)**	78	**26,6 (-4,1)**	280	**61,5 (14,9)**	382	36,3
Trabalho a tempo parcial	30	9,9 (-0,9)	46	15,7 (2,8)	43	9,5 (-1,7)	119	11,3
Desempregada	114	37,5 (6,5)	79	27,0 (1,4)	60	13,2 (-7,2)	253	24,0
Aluno ou em estágio não remunerado+doméstica+outro inactivo	120	**39,5 (6,4)**	86	29,4 (1,6)	67	**14,7 (-7,3)**	273	26,0
Reformado ou reforma antecipada ou abando negócio+permanentemente incapacitado	16	**5,3 (3,9)**	4	1,4 (-1,3)	5	1,1 (-2,4)	25	2,4
TOTAL	304	100,0	293	100,0	455	100,0	1052	100,0
Teste χ^2	n=1052; χ^2 (8) =26,96; **p<0,001**							
Cônjuges								
Trabalho a tempo inteiro	38	**27,9 (-11,0)**	76	58,9 (-2,0)	225	**90,7 (11,4)**	339	66,1
Trabalho a tempo parcial	16	**11,8 (3,0)**	14	10,9 (2,4)	3	**1,2 (-4,7)**	33	6,4
Desempregado	62	45,6 **(8,8)**	26	20,2 (0,1)	14	5,6 **(-7,8)**	102	19,9
Aluno ou em estágio não remunerado+doméstico+outro inactivo	12	**8,8 (3,5)**	6	4,7 (0,5)	2	**0,8 (-3,5)**	20	3,9
Reformado ou reforma antecipada ou abando negócio+permanentemente incapacitado	8	5,9 (1,6)	7	5,4 (1,2)	4	1,6 (-2,4)	19	3,7
TOTAL	136	100,0	129	100,0	248	100,0	513	100,0
Teste χ^2	n=513; χ^2 (8) =165,09; **p<0,001**							

No Quadro 3. 15 apresentam-se os grupos profissionais a que as inquiridas pertencem e pode-se constatar que 42,9% do total são "trabalhadores não qualificados" e 28,2% "pessoal de serviços e vendedores". As diferenças entre os três grupos em estudo são estatisticamente significativas (p<0,001). Verificando os resíduos percebe-se que as mulheres não pobres contribuem bastante mais para as percentagens dos itens "quadros superiores" e "pessoal administrativo" e que o inverso acontece em termos de "trabalhadores não qualificados" (com maiores percentagens de mulheres muito pobres).

Quadro 3. 15. Grupos profissionais de Mulheres e Cônjuges segundo a Classificação Nacional Profissões, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Mulheres - Grupo Profissional	**Casos**		**Controlos 1**		**Controlos 2**		**TOTAL**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Quadros superiores da administração pública, dirigentes, quadros superiores de empresas+forças armadas+prof. intelectuais+técnicos e prof. Nível intermédio	9	**4,5 (-3,6)**	3	**1,3 (-5,8)**	81	**21,6 (8,4)**	93	11,5
Pessoal administrativo e similares	14	**7,0 (-3,2)**	27	11,5 (-1,2)	71	**18,9 (3,9)**	112	13,8
Pessoal de serviços e vendedores	45	22,5 (-2,1)	77	32,9 (1,9)	106	28,3 (0,0)	228	28,2
Agricultores, trab. agricultura e pescas+operários, artífices e trab. similares+operadores de instalações e máquinas	7	3,5 (0,0)	8	3,4 (-0,2)	14	3,7 (0,2)	29	3,6
Trabalhadores não qualificados	125	**62,5 (6,5)**	119	50,9 (2,9)	103	**27,5 (-8,2)**	347	42,9
TOTAL	200	100,0	234	100,0	375	100,0	809	100,0
Teste χ^2	n=809; χ^2 (8) =124,11; **p<0,001**							
Cônjuges - Grupo Profissional								
Quadros superiores da administração pública, dirigentes, quadros superiores de empresas+forças armadas+prof. intelectuais+técnicos e prof. nível intermédio	5	4,4 **(-4,1)**	3	2,5 **(-4,9)**	70	30,6 **(7,8)**	78	16,9
Pessoal administrativo e similares	3	2,7 (-2,2)	6	5,0 (-1,2)	25	10,9 (2,9)	34	7,4
Pessoal de serviços e vendedores	7	6,2 (-1,6)	14	11,7 (0,6)	26	11,4 (0,8)	47	10,2
Agricultores, trab. agricultura e pescas+operários, artifices e trab. similares+operadores de instalações e máquinas	53	46,9 (0,7)	62	51,7 (2,0)	88	38,4 (-2,4)	203	43,9
Trabalhadores não qualificados	45	39,8 **(5,4)**	35	29,2 (2,3)	20	8,7 **(-6,7)**	100	21,6
TOTAL	113	100,0	120	100,0	229	100,0	462	100,0
Teste χ^2	n=462; χ^2 (8) =102,53; **p<0,001**							

No Quadro 3. 15 pode-se verificar que 43,9% dos cônjuges pertencem ao grupo profissional "agricultura + operários + operadores de máquinas", 21,6% ao grupo "trabalhadores não

qualificados" e 16,9% ao grupo "quadros superiores". As diferenças que ocorrem na distribuição das respostas entre os três grupos em estudo são estatisticamente significativas (p<0,001). Através da análise de resíduos percebe-se que estas diferenças acontecem no primeiro grupo "quadros superiores" [com os cônjuges do grupo não pobre a distinguirem-se dos outros dois grupos (muito pobres e pobres), contribuindo muito mais para este percentual de resposta] e no último grupo "trabalhadores não qualificados" (as diferenças verificam-se entre os grupos não pobres e muito pobres, sendo que estes contribuem muito mais para os totais deste item).

Quanto à situação na profissão (Quadro 3. 16) a esmagadora maioria dos cônjuges é "trabalhador por conta de outrém" (84,4%) e segundo a análise efectuada as diferenças são estatisticamente significativas (p<0,001), ocorrendo diferenças em todos os itens entre os grupos muito pobres e não pobres.

Quadro 3. 16. Situação na profissão dos cônjuges, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Cônjuges	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Trabalhador por conta própria, com empregados	0	0,0 (-2,3)	2	1,6 (-1,3)	15	6,3 **(3,1)**	17	3,6
Trabalhador por conta própria, sem trabalhadores	28	25,2 **(4,9)**	11	9,0 (-1,2)	18	7,5 **(-3,1)**	57	12,1
Trabalhador por conta de outrém+trab. familiar não remunerado+outro	83	74,8 **(-3,2)**	109	89,3 (1,8)	207	86,3 (1,2)	399	84,4
TOTAL	111	100,0	122	100,0	240	100,0	473	100,0
Teste χ^2	n=473; χ^2 (4) =32,71; **p<0,001**							

No que diz respeito à situação na profissão das mulheres em estudo verifica-se pela análise dos dados que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos (p=0,321**)**.

Quando se perguntou às mulheres se alguma vez já tinham deixado de trabalhar a grande maioria (70,5%) respondeu que sim. Através da análise verifica-se que as diferenças entre os três grupos são estatisticamente significativas (p<0,001) e ocorrem entre mulheres não pobres, com menos respostas do que o esperado, e os grupos de mulheres muito pobres e pobres, com grande contributo para as respostas totais, estas revelando terem percursos ocupacionais mais marcados pelas paragens no trabalho (Quadro 3. 17).

Quadro 3. 17. Paragens no trabalho das Mulheres e dos Cônjuges, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Mulheres[a)]	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	19	9,6 (-7,1)	36	15,3 (-5,7)	188	48,3 (11,2)	243	29,5
Sim	179	**90,4 (7,1)**	200	84,7 (5,7)	201	**51,7 (-11,2)**	580	70,5
TOTAL	198	100,0	236	100,0	389	100,0	823	100,0
Teste χ^2	n=823; χ^2 (2) =126,99; **p<0,001**							

Cônjuges[b)]	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	25	22,5 (-8,7)	46	37,1 (-5,5)	205	85,4 (12,2)	276	58,1
Sim	86	77,5 **(8,7)**	78	62,9 **(5,5)**	35	14,6 **(-12,2)**	199	41,9
TOTAL	111	100,0	124	100,0	240	100,0	475	100,0
Teste χ^2	n=475; χ^2 (2) =153,75; **p<0,001**							

A maioria dos cônjuges (58,1%) não teve qualquer paragem no trabalho (Quadro 3. 17). Segundo a análise efectuada existem diferenças estatisticamente significativas nas distribuições de respostas entre os três grupos em estudo (p<0,001). Mais uma vez constata-se que as diferenças ocorrem entre muito pobres e pobres (com bastante mais respostas em sentido afirmativo, i.e. já tiveram paragens no trabalho) e não pobres (com percentagens bastante inferiores de cônjuges a terem alguma vez parado de trabalhar).

Procurei ainda perceber qual a principal razão apontada para mulheres e cônjuges terem deixado o último emprego. Relativamente aos cônjuges, segundo a análise efectuada não existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos (p=0,720).

Segundo o Quadro 3. 18, houve 30,3% de mulheres que deixaram o último emprego por motivos profissionais (juntando "devido a empregador, despedimento, falência" mais "termo do contrato, emprego temporário"), por motivos pessoais responderam 33,4% (juntando "casamento+ficou grávida" mais "nascimento e necessidade de cuidar de criança"), por "doença ou incapacidade pessoal" 17,4% e devido a "outros motivos" 10,8% (motivos relacionados com a função de cuidadora "de idosos/doentes" ou de "acompanhamento do marido"). A análise aponta para a existência de diferenças estatisticamente significativas na distribuição das respostas entre os três grupos (p<0,001). Através da análise de resíduos percebe-se que as diferenças ocorrem sobretudo no item "doença ou incapacidade pessoal" e entre os grupos de mulheres muito pobres (casos) e pobres (controlos 1) *versus* o grupo de mulheres não pobres (controlos 2).

Quadro 3. 18. Razões para as Mulheres terem deixado o último emprego, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Mulheres	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Conseguiu arranjar um emprego melhor+venda ou encerramento negócio	6	3,4 (-1,2)	11	5,5 (0,4)	12	6,1 (0,8)	29	5,1
Devido a empregador, despedimento, falência	24	13,5 (0,0)	29	14,5 (0,5)	25	12,8 (-0,4)	78	13,6
Termo do contrato, emprego temporário	27	15,2 (-0,7)	38	19,0 (1,1)	31	15,8 (-0,4)	96	16,7
Casamento+ficou grávida	22	12,4 (-1,3)	28	14,0 (-0,6)	38	19,4 (1,9)	88	15,3
Nascimento e necessidade de cuidar de criança	38	21,3 (1,3)	30	15,0 (-1,4)	36	18,4 (0,1)	104	18,1
Necessidade de tomar conta de idosos, doentes+emprego cônjuge obrigou a mudar de residência+outro motivo	18	10,1 (-0,4)	25	12,5 (1,0)	19	9,7 (-0,6)	62	10,8
Estudos	1	0,6 (-2,3)	1	0,5 (-2,5)	15	7,7 (4,8)	17	3,0
Doença ou incapacidade pessoal	42	23,6 (2,6)	38	19,0 (0,7)	20	10,2 **(-3,3)**	100	17,4
TOTAL	178	100,0	200	100,0	196	100,0	574	100,0
Teste χ^2	n=574; χ^2 (14) =41,17; **p<0,001**							

Através da análise dos dados (Quadro 3. 19) pode constatar-se que, por um lado, o número médio de vezes em que as mulheres deixaram de trabalhar é de 2,47 e que variou entre 1 e 10 vezes e, por outro, o número médio de vezes que os cônjuges deixaram de trabalhar situou-se nos 2,79 e oscilou entre 1 e 15 vezes. Quer para as mulheres, quer para os cônjuges verifica-se existir uma diferença estatisticamente significativa entre os três grupos em estudo (p<0,001, para as mulheres e p=0,003 para os cônjuges). Através da análise múltipla de medianas (cfr. Mello, 1997) confirma-se que, no caso das mulheres, as diferenças ocorrem entre as mulheres não pobres (controlos 2) e as mulheres dos outros dois grupos (muito pobres e pobres) e que, no caso dos cônjuges, as diferenças se verificam entre os grupos pobres (controlos 1) e não pobres (controlos 2), não se registando diferenças entre muito pobres (casos) e pobres (controlos 1) e não pobres (controlos 2) (Anexo 16).

Quadro 3. 19. Número de vezes que Mulheres e Cônjuges deixaram de trabalhar, segundo os grupos em estudo

	Casos	Controlos1	Controlos2	TOTAL
MULHERES: Número de vezes que deixou de trabalhar				
Média	2,79	2,94	1,70	2,47
Mediana	2,00	2,00	1,00	2,00
Desvio-padrão	1,81	1,89	1,19	1,74
Mínimo	1	1	1	1
Máximo	10	10	8	10
Teste Kruskal-Wallis	n=562; $\chi^2_{KW^{(2)}}$ (2) = 71,59; **p<0,001**			

	Casos	Controlos1	Controlos2	TOTAL
CÔNJUGES: Número de vezes que deixou de trabalhar				
Média	2,73	3,38	1,70	2,79
Mediana	2,00	2,00	1,00	2,00
Desvio-padrão	2,09	2,79	1,10	2,32
Mínimo	1	1	1	1
Máximo	10	15	5	15
Teste Kruskal-Wallis	n=180; $\chi^2_{KW^{(2)}}$ (2) = 11,96; **p=0,003**			

Analisando os dados apresentados no Quadro 3. 20 verifica-se que a idade média em que os cônjuges deixaram de estudar é de 16,26 anos e que as idades inferiores para o abandono escolar são muito baixas (9 anos). A idade média em que os cônjuges começaram a trabalhar é de 16,33 anos e a idade de início do trabalho oscila entre os 6 e os 39 anos. As diferenças entre os três grupos em estudo são estatisticamente significativas em ambos os casos (p<0,001). Segundo a comparação múltiplas de medianas (cfr. Mello, 1997) os três grupos em estudo são todos diferentes entre si quanto à idade em que deixaram de estudar, mas relativamente à idade de início de trabalho são os conjuges do grupo de controlos 2 (não pobres) que apresentam diferenças relativamente aos outros dois grupos (muito pobres e pobres), sendo que estes não têm diferenças entre si (Anexo 16).

Quadro 3. 20. Idade de início de trabalho e abandono de estudos - cônjuge, segundo os grupos em estudo

	Casos	Controlos1	Controlos2	TOTAL
CÔNJUGES: Idade em que deixou de estudar				
Média	13,12	15,41	18,19	16,26
Mediana	13,00	15,00	17,00	16,00
Desvio-padrão	2,42	5,27	5,03	5,06
Mínimo	9	9	10	9
Máximo	19	44	42	44
Teste Kruskal-Wallis	n=325; $\chi^2_{KW}(2) = 76,36$; **p<0,001**			

	Casos	Controlos1	Controlos2	TOTAL
CÔNJUGES: Idade de início de trabalho				
Média	15,47	14,98	17,42	16,33
Mediana	15,00	15,00	17,00	16,00
Desvio-padrão	4,33	3,41	3,70	3,94
Mínimo	8	6	7	6
Máximo	39	27	38	39
Teste Kruskal-Wallis	n=368; $\chi^2_{KW}(2) = 41,69$; **p<0,001**			

3.7.2 A condição social actual: características associadas aos gradientes de pobreza

Um dos objectivos do estudo é procurar semelhanças e diferenças entre os três grupos de mulheres (as consideradas muito pobres, pobres e não pobres), sendo que um aspecto essencial é precisamente aferir acerca da existência de eventuais gradientes de pobreza.

Começo por apresentar os dados relativos à evolução da situação económica do agregado nos últimos 12 meses e, como se pode constatar no Quadro 3. 21, 36,3% das inquiridas consideram que se "manteve igual", um total de 45,3% acham que evoluiu negativamente (somando as respostas "piorou um pouco" e "piorou claramente") e apenas um total de 18,4% consideram ter havido melhoria na sua condição económica. Existe uma diferença significativa entre os três grupos (p=0,009) e a análise de resíduos vem confirmar que as diferenças se situam sobretudo entre os grupos de controlos 1 (pobres) e de controlos 2 (não pobres) na resposta "piorou claramente", com uma atitude das primeiras muito mais pessimista.

Quadro 3. 21. Evolução da situação económica do agregado, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Situação económica do agregado	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Melhorou claramente	7	2,3 (-0,8)	6	2,0 (-1,1)	18	3,9 (1,7)	31	2,9
Melhorou um pouco	56	18,4 (1,7)	41	14,0 (-0,8)	66	14,5 (-0,8)	163	15,5
Manteve-se igual	104	34,2 (-0,9)	99	33,8 (-1,0)	179	39,3 (1,8)	382	36,3
Piorou um pouco	67	22,0 (-0,4)	60	20,5 (-1,1)	113	24,8 (1,3)	240	22,8
Piorou claramente	70	23,0 (0,3)	87	29,7 **(3,5)**	80	17,5 **(-3,4)**	237	22,5
TOTAL	304	100,0	293	100,0	456	100,0	1053	100,0
Teste χ^2	χ^2 (8) =20,47; **p=0,009**							

As inquiridas foram ainda questionadas sobre qual a principal razão para a mudança da situação económica do agregado. Segundo a análise, apresentada no Quadro 3. 22, existe uma diferença significativa entre os três grupos (p<0,001) e através dos resíduos ajustados percebe-se que na resposta "promoção/aumento de ordenado" as diferenças acontecem entre os grupos casos (muito pobres) e controlos 1 (pobres), sendo que estas apresentam menos respostas no item do que seria de esperar, e os controlos 2 (não pobres). Ao analisar a resposta "outra razão" percebe-se que 35,0% das mulheres apontam como razão para a mudança o "aumento do custo de vida", existindo diferenças significativas nas distribuições das respostas (p<0,001), sendo que o grupo de mulheres não pobres contribui mais para a resposta "aumento do custo de vida" e as mulheres muito pobres referem o facto de receber RSI como a principal razão para melhoria da condição económica (cf. Anexo 17).

Quadro 3. 22. Principal razão para a mudança na situação económica do agregado, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Razões	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Perda emprego/redução ordenado	31	10,2 (-0,4)	38	13,0 (1,5)	44	9,6 (-1,0)	113	10,7
Mudança emprego/entrada-reentrada emprego	9	**3,0 (-2,9)**	22	7,5 (0,9)	37	8,1 (1,9)	68	6,5
Promoção / aumento ordenado	1	**2,0 (-3,0)**	11	**3,8 (-1,3)**	37	8,1 **(3,8)**	54	5,1
Gravidez / nascimento de criança	10	3,3 (-0,6)	12	4,1 (0,2)	19	4,2 (0,4)	41	3,9
Outra razão	154	50,7 (4,3)	122	41,6 (0,5)	149	32,7 (-4,4)	425	40,4
Nenhuma razão	94	30,9 (-1-1)	88	30,0 (-1,4)	170	37,3 (2,3)	352	33,4
TOTAL	304	100,0	293	100,0	456	100,0	1053	100,0
Teste χ^2	χ^2 (10) =43,83; **p<0,001**							

A grande maioria das mulheres (81,2%) refere ter tido algum tipo de rendimento nos últimos 12 meses (Quadro 3. 23). Através da análise conclui-se que existe uma diferença significativa na distribuição das respostas entre os três grupos em estudo (p<0,001), com o grupo de mulheres não pobres a distinguir-se claramente dos outros dois grupos (muito pobres e pobres). Mas através da análise de resíduos percebe-se que os outros dois grupos se afastam, com os casos (muito pobres) a declararem ter recebido rendimentos e esses valores serem acima do esperado e os controlos 1 (pobres) com menos rendimentos do que o esperado. Ou seja, houve uma proporção maior de mulheres muito pobres, do que pobres, a receber rendimentos.

Quadro 3. 23. Existência de rendimentos por parte das entrevistadas nos últimos 12 meses, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Teve rendimento	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	39	12,9 **(-3,1)**	73	25,0 **(3,2)**	86	18,9 (0,0)	198	18,8
Sim	264	87,1 **(3,1)**	219	75,0 **(-3,2)**	370	81,1 (0,0)	853	81,2
TOTAL	303	100,0	292	100,0	456	100,0	1051	100,0
Teste χ^2	n=1051; χ^2 (2) =14,30**; p=0,001**							

AJUDAS SOCIAIS

Neste ponto apresentam-se os dados relativos às ajudas sociais recebidas pelos agregados nos últimos 12 meses, nomeadamente ter recebido RSI. Através da análise percebe-se que não existem diferenças estatisticamente significativas nas seguintes ajudas: "pensão de velhice" (p=0,159), 92,6% não recebem e 7,4% recebem; "pensão de invalidez e velhice" (p=0,712), 99,0% não recebem e 1,0% recebem; "pensão de sobrevivência" (p=0,116), 95,4% não recebem e 4,6% recebem; "complemento por dependência" (p=0,056), 97,3% não recebem e 2,7% recebem.

Quanto às restantes ajudas sociais, apresentadas no Quadro 3. 24, reveleram-se diferenças significativas nos três grupos em estudo na distribuição das respostas. Destaca-se o abono familiar que regista o número mais elevado de respostas positivas (71,4%).

Quadro 3. 24. Lista do tipo de apoios sociais recebidos nos últimos 12 meses por alguém no agregado, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

1. RSI	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	0	0 (-32,4)	293	100,0 (12,8)	455	100,0 (18,1)	748	71,1
Sim	304	100,0 (32,4)	0	0,0 (-12,8)	0	0,0 (-18,1)	304	28,4
Teste χ^2	n=1052; χ^2 (2) =1052,00; **p<0,001**							

2. Pensão de invalidez								
Não	270	88,8 (-2,9)	265	90,4 (-1,6)	438	96,3 (4,1)	973	92,5
Sim	34	11,2 **(2,9)**	28	9,6 (1,6)	17	3,7 **(-4,1)**	79	7,5
Teste χ^2	n=1052; χ^2 (2) =17,00; **p<0,001**							
3. Abono familiar								
Não	47	15,5 (-5,9)	49	16,7 (-5,2)	202	44,4 (10,1)	298	28,3
Sim	257	84,5 **(5,9)**	244	83,3 **(5,2)**	253	55,6 **(-10,1)**	754	71,4
Teste χ^2	n=1052; χ^2 (2) =102,08; **p<0,001**							
4. Subsídio de desemprego								
Não	290	95,4 (1,9)	260	88,7 (-3,4)	429	94,3 (1,4)	979	93,1
Sim	14	4,6 (-1,9)	33	11,3 **(3,4)**	26	5,7 (-1,4)	73	6,9
Teste χ^2	n=1052; χ^2 (2) =12,10; **p<0,002**							
5. Subsídio de doença								
Não	300	98,7 (3,7)	277	94,5 (-0,1)	419	92,1 (-3,3)	996	94,7
Sim	4	1,3 **(-3,7)**	16	5,5 (0,1)	36	7,9 **(3,3)**	56	5,3
Teste χ^2	n=1052; χ^2 (2) =15,74; **p<0,001**							
6. Subsídio de Maternidade								
Não	297	97,7 (2,5)	278	94,9 (-0,3)	426	93,6 (-2,0)	1001	95,2
Sim	7	2,3 **(-2,5)**	15	5,1 (0,3)	29	6,4 **(2,0)**	51	4,8
Teste χ^2	n=1052; χ^2 (2) = 6,61; **p<0,037**							
7. Bolsa de formação profissional								
Não	294	96,7 (0,2)	276	94,2 (-2,6)	446	98,0 (2,2)	1016	96,6
Sim	10	3,3 (-0,2)	17	5,8 **(2,6)**	9	2,0 **(-2,2)**	36	3,4
Teste χ^2	n=1052; χ^2 (2) =7,90; **p<0,019**							

AJUDAS FAMILIARES

Quanto à rede social de apoio, e analisando o Quadro 3. 25, quando perguntámos às inquiridas a quantas pessoas poderiam pedir ajuda se estivessem doentes, constata-se que 41,8% responderam que podem contar com "uma ou duas pessoas", mas 30,6% responderam não poder contar com "ninguém" e 27,5% disseram ter apoio de "três ou mais pessoas". Existe uma diferença significativa entre os três grupos (p<0,001), sendo que através da análise de resíduos percebe-se que as explicações para estas diferenças residem, por um lado, nos 44,1% de mulheres do grupo de mulheres não pobres que dizem poder contar com "três pessoas ou mais", comparativamente com as percentagens muito baixas nos outros dois grupos (muito pobres e pobres) e, por outro, nas

percentagens mais elevadas de mulheres dos grupos muito pobres e pobres, que responderam não poder contar com "ninguém". Isto é, o aumento da condição de pobreza significa uma diminuição da rede social de apoio.

Quadro 3. 25. Caracterização das ajudas em caso de doença, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Ajuda em caso de doença	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ninguém	144	47,5 **(7,6)**	103	35,8 (2,2)	69	15,7 **(-9,0)**	316	30,6
Uma ou duas pessoas	114	37,6 (-1,8)	140	48,6 (2,8)	177	40,2 (-0,9)	431	41,8
Três pessoas ou mais	45	14,9 **(-5,9)**	45	15,6 **(-5,3)**	194	44,1 **(10,3)**	284	27,5
TOTAL	303	100,0	288	100,0	440	100,0	1031	100,0
Teste χ^2	χ^2 (4) =143,80; **p<0,001**							

APOIOS RECEBIDOS DEPOIS DO ÚLTIMO FILHO NASCER

Quando perguntámos às mulheres com filhos (n=755) se haviam recebido algum tipo de apoio depois do nascimento do seu último filho verificou-se algum equilíbrio, com 50,3% a dizerem que sim e 49,7% a afirmarem que não (Quadro 3. 26). Através da análise sabe-se que existem diferenças significativas entre os três grupos de mulheres (p<0,001), sendo que as mulheres pertencentes ao grupo de controlos 2 (não pobres) se distanciam das restantes, declarando receber menos apoio do que seria de esperar. Este facto deixa antever sociabilidades que funcionarão melhor nos grupos das mulheres muito pobres e pobres aquando do nascimento dos filhos.

Quadro 3. 26. Saber se recebeu algum tipo de apoio depois do último filho nascer, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Recebeu apoio	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	94	37,0 (-5,0)	85	37,4 (-4,4)	196	71,8 (9,1)	375	49,7
Sim	160	63,0 **(5,0)**	142	62,6 **(4,4)**	77	28,2 **(-9,1)**	379	50,3
TOTAL	254	100,0	227	100,0	273	100,0	754	100,0
Teste χ^2	χ^2 (2) =83,31; **p<0,001**							

Como se pode verificar no Quadro 3. 27, do total de mulheres que receberam apoios depois do último filho nascer, é no item "materiais para o bebé" onde se registam respostas positivas mais altas (69,7%), contra 30,9% e 31,9% de respostas positivas nos itens "apoio em dinheiro" e "apoio afectivo", respectivamente. A análise permite perceber que existem diferenças significativas na distribuição das respostas nas três opções consideradas no Quadro 3. 27. Quanto ao apoio "em

dinheiro" as diferenças registam-se entre os controlos 2 e os outros dois grupos, com as mulheres do primeiro grupo a ter um pendor mais positivo. O mesmo cenário acontece relativamente ao apoio em "materiais para o bebé", mas aqui com o grupo de mulheres não pobres a apresentar uma percentagem de respostas inferior ao esperado. No que diz respeito ao apoio "afectivo" as diferenças ocorrem entre muito pobres e não pobres, sendo que este último grupo de mulheres declara receber mais suporte afectivo do que as mulheres muito pobres.

Quadro 3. 27. Tipos de apoio recebidos após o nascimento do último filho, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Em dinheiro	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	115	71,9 (1,0)	105	73,9 (1,6)	42	54,5 (-3,1)	262	69,1
Sim	45	28,1 (-1,0)	37	26,1 (-1,6)	35	45,5 **(3,1)**	117	30,9
Teste χ^2	n=379; χ^2 (2) =9,78 **p=0,008**							
Em materiais para o bebé								
Não	44	27,5 (-1,0)	39	27,5 (-0,9)	32	41,6 (2,4)	115	30,3
Sim	116	72,5 (1,0)	103	72,5 (0,9)	45	58,4 **(-2,4)**	264	69,7
Teste χ^2	n=379; χ^2 (2)=5,75 **p=0,056**							
Afectivo								
Não	121	75,6 (2,7)	96	67,6 (-0,2)	41	53,2 (-3,1)	258	68,1
Sim	39	24,4 **(-2,7)**	46	32,4 (0,2)	36	46,8 (**3,1**)	121	31,9
Teste χ^2	n=379; χ^2 (2)=12,00 **p=0,002**							

Relativamente às questões relacionadas com as pessoas que ajudaram quando o último filho nasceu a análise revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos em estudo, nomeadamente "pai, mãe e irmãos" (p=0,242), 40,9% dizem não e 59,1% dizem sim; "sogro, sogra e cunhados" (p=0,764), 78,4% dizem não e 21,6% dizem sim e "amigos" (p=0,752), 79,4% dizem não e 20,6% dizem sim.

PRIVAÇÃO MATERIAL E CAPACIDADE DE SUPRIR NECESSIDADES

Tendo em vista efectuar uma análise da pertença de bens de primeira necessidade e aferir acerca das semelhanças e diferenças entre os grupos disponibilizámos uma lista de 24 bens, procurando saber quais os itens que cada inquirida tinha ou não (cfr. Gordon, 2000; Bruto da Costa, 2008).

Por uma questão de facilidade na apresentação os resultados serão divididos em: a) lista referente à Casa (Quadro 3. 28); b) lista referente a Capacidade de Poupança e Saúde (Quadro 3. 29); c) lista referente a Vestuário (Quadro 3. 30); d) lista referente a Alimentação (Quadro 3. 31).

a) A análise dos dados revela que existem diferenças estatisticamente significativas quanto às privações relativas aos bens necessários em Casa.

Da lista de 11 itens (Quadro 3. 28) destaco o primeiro – "casa sem humidade" – com 45,9% do total de inquiridas a revelarem que a sua casa tem humidade, com as diferenças a serem acentuadas entre gupos de mulheres muito pobres e pobres *vs.* grupo de mulheres não pobres (estas com percentagem superior a declarar viver numa casa sem humidade).

Destaco o segundo – "cama para todos os elementos do agregado" – com 15,5% das mulheres a afirmarem que não podem, e através da análise de resíduos percebe-se que é o grupo de mulheres muito pobres que mais contribui para este total.

Destaco o quarto – "aquecimento em casa quando está frio" – com 25,2% a admitirem não poder garantir este bem material. As diferenças ocorrem entre grupo de mulheres não pobres e grupos de mulheres muito pobres e pobres, a contribuírem mais do que o esperado para estes resultados.

Destaco o décimo – "computador pessoal, portátil" – com 43,7% a confirmarem não poder ter este bem, conduzindo a uma das formas de exclusão social. Através da análise de resíduos, percebe-se que mais uma vez as diferenças ocorrem entre muito pobres (são o grupo que mais contribui para estes percentuais) e pobres (com resultados acima do esperado, demonstrando não ter capacidade para afastar esta privação material) *vs.* não pobres, que contribuem muito menos para estes resultados, mas ainda assim houve 83 inquiridas que afirmaram não poder comprar computador.

Destaco, por último, o décimo primeiro – "reparação ou substituição de electrodomésticos avariados" – com 42,3% das inquiridas a dizerem que não podem ter esta despesa. A análise dos resíduos demonstra que as diferenças são explicadas pelas maiores incapacidades de mulheres muito pobres e pobres por comparação com as não pobres.

Quadro 3. 28. Lista referente a Casa, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

1-CASA Sem humidade	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	169	55,6 (4,0)	168	57,3 (4,6)	144	31,9 (-7,9)	481	45,9
Sim	135	44,4 (-4,0)	125	42,7 (-4,6)	308	68,1 **(7,9)**	568	54,1
Teste χ^2	n=1049 χ^2 (2)= 62,83 ; **p<0,001**							

2- CASA Cama para todos os elementos	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	1	0,3 (0,7)	1	0,3 (0,7)	0	0,0 (-1,2)	2	0,2
Sim	205	67,7 **(-9,5)**	240	81,9 (-1,4)	439	97,1 **(9,9)**	884	84,3
Não pode	97	32,0 **(9,5)**	52	17,7 (1,3)	13	2,9 **(-9,8)**	162	15,5
Teste Exacto de Fisher	(n=1048) 132,19 **p<0,001**							

3- CASA Casa de banho com banheira	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	1	0,3 (1,6)	0	0,0 (-0,6)	0	0,0 (-0,9)	1	0,1
Sim	287	94,4 (-2,0)	278	94,9 (-1,5)	445	98,5 **(3,2)**	1010	96,3
Não pode	16	5,3 (1,8)	15	5,1 (1,6)	7	1,5 **(-3,1)**	38	3,6
Teste Exacto de Fisher	(n=1049) 12,88 **p=0,004**							

4- CASA Aquecimento em casa, no frio	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	6	2,0 **(3,9)**	0	0,0 (-0,6)	0	0,0 (-2,1)	6	0,6
Sim	186	61,4 **(-3,8)**	164	94,9 (-1,5)	381	84,3 **(8,9)**	731	69,8
Não pode	100	33,0 **(3,7)**	115	39,2 **(6,5)**	49	10,8 **(-9,3)**	264	25,2
Não quer	11	3,6 (-0,9)	14	4,8 (0,3)	22	4,9 (0,5)	47	4,5
Teste χ^2	n=1048 χ^2 (6)= 107,44 ; **p<0,001**							

5- CASA Frigorífico, congelador	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	295	97,0 (-2,9)	290	99,0 (0,5)	450	99,6 (2,2)	1035	98,7
Não pode	9	3,0 **(2,9)**	3	1,0 (-0,5)	2	0,4 (-2,2)	14	1,3
Teste Exacto de Fisher	(n=1049) 8,02 ; **p=0,014**							

6- CASA Fogão, forno	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	1	0,3 (1,6)	0	0,0 (-0,6)	0	0,0 (-0,9)	1	0,1
Sim	294	96,7 (-1,5)	282	96,2 (-2,2)	450	99,6 **(3,4)**	1026	97,8
Não pode	9	3,0 (1,2)	11	3,8 (2,3)	2	0,4 **(-3,3)**	22	2,1
Teste Exacto de Fisher	(n=1049) 14,67 **p<0,001**							

Quadro 3. 28 (Continuação)

7- CASA Máquina de lavar roupa	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	286	94,1 (-3,5)	280	95,6 (-1,6)	451	**99,8 (4,6)**	1017	96,9
Não pode	18	5,9 **(3,5)**	13	4,4 (1,6)	1	0,2 (-4,6)	32	3,1
Teste χ^2	n=1049 χ^2 (2)= 22,60 ; **p<0,001**							

8- CASA Telefone, fixo ou móvel	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	272	89,5 **(-6,0)**	283	96,6 (1,0)	447	98,9 **(4,6)**	1002	95,5
Não pode	31	10,2 **(6,0)**	10	3,4 (-0,9)	4	0,9 **(-4,7)**	45	4,3
Não quer	1	0,3 (0,7)	0	0,0 (-0,9)	1	0,2 (0,2)	2	0,2
Teste Exacto de Fisher	(n=1049) 38,40 ; **p<0,001**							

9- CASA Televisão a cores	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	297	97,7 **(-3,7)**	293	100,0 (-1,8)	451	99,8 (1,8)	1041	99,2
Não pode	7	2,3 **(3,7)**	0	0,0 (-1,8)	1	0,2 (-1,8)	8	0,8
Teste Exacto de Fisher	(n=1049) 10,48 ; **p=0,002**							

10- CASA Computador pessoal, portátil	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	86	28,3 **(-10,7)**	128	43,7 **(-4,2)**	353	78,1 **(13,6)**	567	54,1
Não pode	214	70,4 **(11,2)**	161	54,9 **(4,6)**	83	18,4 **(-14,4)**	458	43,7
Não quer	4	1,3 (-1,3)	4	1,4 (-1,2)	16	3,5 (2,4)	24	2,3
Teste χ^2	n=1049; χ^2 (4)= 222,51 ; **p<0,001**							

11- CASA Reparação electr.	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	1	0,3 (1,6)	0	0,0	0	0,0 (-0,9)	1	0,1
Sim	120	39,6 **(-6,9)**	141	48,3 (-3,2)	324	72,6 **(9,3)**	585	56,2
Não pode	181	59,7 **(7,3)**	149	51,0 **(3,6)**	110	24,7 **(-10,0)**	40	42,3
Não quer	1	0,3 (-1,9)	2	0,7 (-1,3)	12	2,7 (2,9)	15	1,4
Teste Exacto de Fisher	(n=1041) 112,09 ; **p<0,001**							

A análise do Quadro 3. 29 revela que a maioria das mulheres não pode fazer "poupança mensal de 15 euros" (64,4%), nem tem capacidade para ter uma "quantia para gastar consigo" (51,4%). E ainda que 21,5% das inquiridas não podem "comprar medicamentos receitados pelo médico". As diferenças entre os três grupos são estatisticamente significativas (p<0,001) em todos os itens apresentados. Através da análise de resíduos confirma-se que, em todos os itens, as diferenças são explicadas, por um lado, pelas posições aproximadas de mulheres muito pobres (casos) e pobres (controlos1), revelando maiores incapacidades de fazer poupança, menor possibilidade de ter pequenas quantias de dinheiro disponível para gastos pessoais e mais dificuldade de comprar os medicamentos com receitas médicas. E, por outro, as mulheres não pobres (controlos 2) que demonstram em todos os itens maiores capacidades financeiras. Porém, realço o facto de 42,2% das mulheres pertencentes ao grupo não pobre (controlos 2) não poderem fazer "poupança mensal de 15 euros" e 28,1% não poder ter uma pequena "quantia para gastar consigo".

Quadro 3. 29. Lista referente a Capacidade de Poupança e Saúde, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

12- POUPANÇA Mensal de 15 euros	**Casos**		**Controlos 1**		**Controlos 2**		**TOTAL**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	1	0,3 (1,6)	0	0,0 (-0,6)	0	0,0 (-0,9)	1	0,1
Sim	51	16,9 **(-6,9)**	60	20,5 **(-5,2)**	227	50,9 **(11,0)**	338	32,5
Não pode	250	82,8 **(7,9)**	232	79,2 **(6,2)**	188	42,2 **(-13,0)**	670	**64,4**
Não quer	0	0,0 (-3,7)	1	0,3 (-3,2)	31	7,0 **(6,3)**	32	3,1
Teste χ^2	n=1041 χ^2 (6)= 182,95; **p<0,001**							
13- POUPANÇA Quantia para gastar consigo	**Casos**		**Controlos 1**		**Controlos 2**		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	3	1,0 (2,7)	0	0,0 (-1,1)	0	0,0 (-1,5)	3	0,3
Sim	72	23,7 **(-9,7)**	108	36,9 **(-4,1)**	307	69,6 **(12,6)**	487	46,9
Não pode	228	75,0 **(9,8)**	182	62,1 **(4,3)**	124	28,1 **(-12,9)**	534	**51,4**
Não quer	1	0,3 (-1,8)	3	1,0 (-0,6)	10	2,3 (2,2)	14	1,3
Teste Exacto de Fisher	(n=1038) 191,67 ; **p<0,001**							
19- SAÚDE Comprar medicamentos	**Casos**		**Controlos 1**		**Controlos 2**		**TOTAL**	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	2	0,7 (2,2)	0	0,0 (-0,9)	0	**0,0 (-1,2)**	2	0,2
Sim	187	61,7 (-8,3)	201	68,6 (-4,7)	431	95,8 (11,9)	819	78,3
Não pode	114	37,6 **(8,1)**	92	31,4 **(4,9)**	19	4,2 **(-11,8)**	225	**21,5**
Teste Exacto de Fisher	(n=1046) 169,14 ; **p<0,001**							

Quadro 3. 30. Lista referente a Vestuário, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

14- VESTUÁRIO Roupas novas	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	4	1,3 (3,1)	0	0,0 (-1,2)	0	**0,0 (-1,7)**	4	0,4
Sim	128	**42,1 (-7,8)**	127	43,3 (-7,1)	378	84,2 (13,6)	633	60,5
Não pode	170	**55,9 (7,7)**	162	55,3 (7,3)	64	**14,3 (-13,6)**	396	37,9
Não quer	2	**0,7 (-1,1)**	4	1,4 (0,2)	7	**1,6 (0,8)**	13	1,2
Teste Exacto de Fisher	(n=1046) 209,67 ; **p<0,001**							

15- VESTUÁRIO Casaco quente / impermeável	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	243	80,2 (-4,6)	246	84,0 (-2,2)	429	**94,9 (6,3)**	918	87,6
Não pode	59	**19,5 (5,1)**	45	15,4 (2,4)	17	3,8 (-6,9)	121	11,5
Não pode	1	**0,3 (-1,2)**	2	0,7 (-0,4)	6	**1,3 (1,4)**	9	0,9
Teste Exacto de Fisher	(n=1048) 55,85 ; **p<0,001**							

16- VESTUÁRIO Dois pares sapatos / estação	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	1	0,3 (1,6)	0	0,0 (-0,6)	0	**0,0 (-0,9)**	1	0,1
Sim	194	64,0) (-6,6)	214	73,0 (-2,1)	403	89,2 (7,9)	811	77,4
Não pode	108	35,6 (7,2)	77	26,3 (2,4)	39	8,6 (-8,8)	224	21,4
Não quer	0	0,0 (-2,2)	2	0,7 (-0,9)	10	2,2 (2,8)	12	1,1
Teste Exacto de Fisher	(n=10048) 97,52 ; **p<0,001**							

17- VESTUÁRIO Roupa emprego	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	2	0,7 (2,2)	0	0,0 (-0,9)	0	**0,0 (-1,2)**	2	0,2
Sim	159	52,6 (-4,3)	164	56,4 (-2,6)	331	73,4 (6,3)	654	62,6
Não pode	127	42,1 (5,7)	109	37,5 (3,5)	71	15,7 (-8,5)	307	29,4
Nao quer	14	4,6 (-2,4)	18	6,2 (-1,2)	49	10,9 (3,3)	81	7,8
Teste Exacto de Fisher	(n=1044) 82,92 ; **p<0,001**							

18- VESTUÁRIO Vestido ocasiões especiais	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	4	1,3 (3,1)	0	0,0 (-1,2)	0	**0,0 (-1,7)**	4	0,4
Sim	117	**38,5 (-7,2)**	119	40,6 (-6,2)	350	77,4 (12,2)	586	55,9
Não pode	172	**56,6 (8,0)**	151	51,5 (5,7)	74	**16,4 (-12,5)**	397	37,8
Não quer	11		23		28		62	5,9
Teste Exacto de Fisher	(n=1049) 184,15 ; **p<0,001**							

No Quadro 3. 30 encontram-se os itens relativos ao vestuário e analisando os dados compreende-se que 37,9% das inquiridas não podem ter "roupas novas (em vez de roupas em segunda mão)", que 37,8% não podem ter "vestidos para ocasiões especiais", que 29,4% não podem ter "roupas para entrevistas de emprego", que 21,4% não podem ter "dois pares de sapatos para cada estação do ano" e que 11,5% não podem ter "casaco quente e/ou impermeável". Em todos os itens referidos a análise comprova a existência de diferenças significativas entre os grupos e através dos resíduos percebe-se que são as mulheres não pobres que mais têm estes bens materiais, distinguindo-se dos outros dois grupos (muito pobres e pobres). As mulheres do grupo de casos (muito pobres) são quem mais afirma não poder ter os cinco bens mencionados, bem como as mulheres do grupo de controlos 1 (pobres) (apenas nos itens "casaco quente / impermeável" e "dois pares de sapatos / estação" a percentagem de respostas está dentro do esperado).

A análise dos dados referentes a alimentação (Quadro 3. 31) revela que a maioria das mulheres (55,5%) não pode fazer "uma refeição no restaurante, uma vez por mês" e que 28,7% não podem ter "amigos e familiares numa refeição à volta da mesa". Estes são dados que poderão ter implicações em termos das sociabilidades destas mulheres e seus agregados. De referir ainda os 25,2% de mulheres que mencionaram não poder ter "fruta e vegetais frescos todos os dias", os 13% que não podem fazer "duas refeições quentes por dia" e os 11,6% que não podem fazer uma "refeição de carne ou peixe (ou equivalente vegetariano) pelo menos de 2 em 2 dias". As diferenças entre os três grupos são estatisticamente significativas ($p<0,001$) em todos os itens apresentados. Mais uma vez, através dos resíduos comprova-se que as diferenças são marcadas e ocorrem entre mulheres não pobres, de um lado, e mulheres muito pobres e pobres, do outro.

Quadro 3. 31. Lista referente a Alimentação, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

20- ALIMENTAÇÃO Duas refeições quentes / dia	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	227	74,7 (-6,7)	232	79,2 (-3,9)	441	**98,0 (9,7)**	900	86,0
Não pode	74	**24,3 (7,0)**	57	19,5 (3,9)	5	1,1 (-9,9)	136	13,0
Não quer	3	**1,0 (-0,1)**	4	1,4 (0,6)	4	**0,9 (-0,4)**	11	1,1
Teste Exacto de Fisher	(n=1047) 127,05 ; **p<0,001**							

21- ALIMENTAÇÃO Fruta e vegetais frescos todos dias	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	2	0,7 (2,2)	0	0,0 (-0,9)	0	**0,0 (-1,2)**	2	0,2
Sim	145	**47,7 (-10,5)**	184	62,8 (-3,5)	412	91,6 (12,8)	741	70,8
Não pode	146	**48,0 (10,9)**	93	31,7 (3,0)	25	**5,6 (-12,7)**	264	25,2
Não quer	11	**3,6 (-0,2)**	16	5,5 (1,7)	13	**2,9 (-1,4)**	40	3,8
Teste Exacto de Fisher	(n=1047) 214,41 ; **p<0,001**							

22- ALIMENTAÇÃO Refeição restaurante / mês	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	2	0,7 (2,2)	0	0,0 (-0,9)	0	**0,0 (-1,2)**	2	0,2
Sim	41	13,5 (-11,3)	54	18,4 (-9,0)	327	72,5 (18,5)	422	40,3
Não pode	258	84,9 (12,2)	229	78,2 (9,2)	95	21,1 (-19,5)	582	55,5
Não quer	3	1,0 (-3,2)	10	3,4 (-0,6)	29	6,4 (3,5)	42	4,0
Teste Exacto de Fisher	(n=10048) 418,23 ; **p<0,001**							

23- ALIMENTAÇÃO Refeição carne / peixe, 2 em e dias	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	242	79,6 (-5,4)	243	82,9 (-3,2)	437	**97,1 (7,8)**	922	88,1
Não pode	62	20,4 (5,7)	48	16,4 (3,0)	11	2,4 (-8,0)	121	11,6
Não quer	0	0,0 (-1,3)	2	0,7 (1,0)	2	0,4 (0,3)	4	0,4
Teste Exacto de Fisher	(n=1047) 78,35 ; **p<0,001**							

24- ALIMENTAÇÃO Amigos / familiares refeição	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	6	2,0 (3,8)	0	0,0 (-1,5)	0	**0,0 (-2,1)**	6	0,6
Sim	141	**46,4 (-9,9)**	171	58,4 (-4,5)	404	90,6 (13,2)	716	68,6
Não pode	150	**49,3 (9,5)**	114	38,9 (4,6)	35	**7,8 (-12,9)**	299	28,7
Não quer	7	**2,3 (0,3)**	8	2,7 (0,9)	7	**1,6 (-1,0)**	22	2,1
Teste Exacto de Fisher	(n=1043) 211,30 ; **p<0,001**							

PRIVAÇÃO DE CONFORTOS NO AGREGADO POR DIFICULDADES SENTIDAS: AUTOMÓVEL E FÉRIAS

Uma das questões colocadas diz respeito à propriedade de automóvel pelo agregado e como se pode ver no Quadro 3. 32, 45,2% têm autómovel, mas 48,3% declararam não possuir automóvel devido a dificuldades económicas. Existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos em estudo (p<0,001) e através da análise de resíduos percebe-se que as diferenças ocorrem sobretudo entre os agregados do grupo de casos (muito pobres) e agregados do grupo de controlos 2 (não pobres).

A outra questão é relativa à capacidade que o agregado tem de pagar uma semana de férias para todos os membros, sendo que a maioria (76,9%) afirma que não pode. No quadro 3.32 pode verificar-se que as diferenças, que são estatisticamente significativas (p<0,001), acontecem entre mulheres não pobres (a revelar maior capacidade de poder pagar para ter férias fora de casa) e as mulheres muito pobres e pobres.

Quadro 3. 32. Propriedade de automóvel e capacidade para pagar uma semana de férias /ano, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Ter automóvel	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	62	20,4 **(-10,3)**	89	30,4 (-6,0)	323	71,5 (14,9)	474	45,2
Não, por dificuldades económicas, mas gostava ou precisava	228	75,0 (11,0)	181	61,8 (5,4)	98	21,7 **(-15,0)**	507	48,3
Não tem, por outras razões, não gosta, não precisa	14	4,6 (-1,6)	23	7,8 (1,1)	31	6,9 (0,4)	68	6,5
Teste χ^2	n=1049; χ^2 (4) = 249,33 ; **p<0,001**							
Pagar 1 semana férias / ano								
Não	292	96,1 (9,4)	263	89,8 (6,1)	252	55,8 (-14,2)	807	76,9
Sim	12	3,9 **(-9,4)**	30	10,2 (-6,1)	200	44,2 **(14,2)**	242	23,1
Teste χ^2	n=1049; χ^2 (2) = 204,04; **p<0,001**							

ENDIVIDAMENTO E ATRASOS EM PAGAMENTOS DIVERSOS

No Quadro 3. 33 encontram-se os dados relativos a atrasos no pagamento das seguintes despesas: a) habitação; b) despesas correntes; c) despesas com empréstimos e cartões de crédito; d) despesas com descendentes. Nos quatro tipos de despesas registaram-se diferenças estatisticamente significativas na distribuição das respostas entre os três grupos em estudo (p<0,001).

a) Atrasos em despesas de habitação, rendas ou prestações de crédito com residência principal - a maioria das inquiridas (57,2%) não se atrasou nos pagamentos e 33,5% responderam

afirmativamente, sendo as mulheres muito pobres e pobres que mais contribuem para este último percentual.

b) Atrasos em despesas correntes com a residência principal – 66,6% das respondentes afirmam que não houve atrasos e 29,6% dizem que se atrasou nos pagamentos. Mais uma vez as diferenças ocorrem entre grupos de casos (muito pobres) e controlos 1 (pobres) (a contribuir mais para a percentagem dos atrasos) e o grupo controlos 2 (não pobres) (a distanciar-se nos percentuais de não atrasos).

c) Atrasos com outras despesas – 51,6% referem não ter havido atrasos e 37,3% afirmam que "não se aplica" porque "não teve pagamentos a fazer ou alguém paga as despesas". Através da análise de resíduos percebe-se que mais uma vez as diferenças acontecem entre as muito pobres e pobres (registando percentagens mais elevadas do que o esperado no item "não se aplica") e as não pobres (contribuindo mais do que o esperado para o item "não houve atrasos").

d) Atrasos no pagamento de despesas com descendentes – a maioria (64,5%) refere não se ter atrasado nestes pagamentos e 25,6 % afirmam que "não teve pagamentos a fazer ou alguém paga as despesas".

Quadro 3. 33. Atrasos, por dois meses ou mais, no pagamento de despesas diversas: habitação; despesas correntes; outras despesas – empréstimos; despesas com descendentes, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Habitação: rendas ou prestações de crédito - residência principal	**Casos**		**Controlos 1**		**Controlos 2**		**Total**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Sim	157	52,3 (8,2)	133	46,2 (5,4)	53	12,2 **(-12,5)**	343	33,5
Não houve atrasos ou não atingiram 2 meses	101	33,7 **(-9,8)**	135	46,9 (-4,2)	350	80,3 (12,8)	586	57,2
Não se aplica, não teve pagamentos a fazer ou alguém paga despesas	42	14,0 (3,4)	20	6,9 (-1,6)	33	7,6 (-1,6)	95	9,3
Teste χ^2	n=1024; χ^2 (4)= 190,13; **p<0,001**							
Despesas correntes: água, electricidade, gás, condomínio - residência principal								
Sim	131	43,4 (6,3)	119	41,2 (5,1)	54	12,4 **(-10,4)**	304	29,6
Não houve atrasos ou não atingiram 2 meses	154	51,0 **(-6,9)**	159	55,0 **(-4,9)**	372	85,1 (10,8)	685	66,6
Não se aplica, não teve pagamentos a fazer ou alguém paga despesas	17	5,6 (2,0)	11	3,8 (0,0)	11	2,5 (-1,8)	39	3,8
Testeχ^2	n=1028; χ^2 (4)= 120,34; **p<0,001**							
Outras despesas: empréstimos para								

compras de bens ou serviços, cartão de crédito								
Sim	42	14,1 (2,0)	33	11,6 (0,3)	38	8,7 (-2,1)	113	11,1
Não houve atrasos ou não atingiram 2 meses	69	23,2 (-11,6)	98	34,5 (-6,8)	358	82,1 **(16,9)**	525	51,6
Não se aplica, não teve pagamentos a fazer ou alguém paga despesas	186	62,6 **(10,7)**	153	53,9 **(6,8)**	40	9,2 (-16,1)	379	37,3
Teste χ^2	n=1017; χ^2 (4)= 310,36; **p<0,001**							
Despesas com descendentes: creche, jradim de infância, roupas								
Sim	53	18,0 **(5,5)**	38	13,3 (2,3)	10	2,3 **(-7,1)**	101	9,9
Não houve atrasos ou não atingiram 2 meses	136	46,3 (-7,8)	152	53,3 (-4,6)	368	84,0 **(11,3)**	656	64,5
Não se aplica, não teve pagamentos a fazer ou alguém paga despesas	105	35,7 **(4,7)**	95	33,3 (3,5)	60	13,7 (-7,5)	260	25,6
Teste χ^2	n=1017; χ^2 (4)= 137,76; **p<0,001**							

CONDIÇÕES HABITACIONAIS

Apresentámos às inquiridas uma lista de doze itens relacionados com eventuais problemas nos seus alojamentos e áreas envolventes. Segundo a análise efectuada existem diferenças estatisticamente significativas nas distribuições das respostas nos três grupos em estudo. Em todos os itens os totais de respostas negativas são maioritários por comparação com as respostas positivas, revelando não existirem muitos problemas com habitação e área residencial envolvente. Os itens que apresentam respostas positivas mais elevadas são os seguintes: "crime ou vandalismo na área de residência" (46,6%); "vizinhos barulhentos" (41,2%); "fundações, paredes ou chão húmidos" (38,3%); "outros ruídos exteriores – trânsito, comércio" (37,7%); "poluição ou problemas ambientais" (34,2%). Através da análise de resíduos percebe-se que, em todos os casos, as diferenças ocorrem entre as mulheres muito pobres e pobres *versus* as mulheres não pobres, com os primeiros grupos a evidenciar muito mais problemas.

Quadro 3. 34. Problemas com o alojamento, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

1. Pouco espaço p/ dormir, com perda de privacidade	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	176	57,9 (-8,2)	198	67,6 (-3,4)	411	91,3 (10,6)	785	75,0
Sim	128	42,1 (8,2)	95	32,4 (3,4)	39	8,7 (-10,6)	262	25,0
Teste χ^2	n=1047; χ^2 (2)= 119,99; **p<0,001**							
2. Pouco espaço para comer								
Não	251	82,6 (-3,9)	247	84,3 (-2,7)	429	95,5 (6,1)	927	88,6

Sim	53	17,4 (3,9)	46	15,7 (2,7)	20	4,5 (-6,1)	119	11,4
Teste χ^2	n=1046; χ^2 (2)= 37,83; **p<0,001**							
3. Vizinhos barulhentos								
Não	162	53,3 (-2,3)	163	55,6 (-1,3)	290	64,6 (3,3)	615	58,8
Sim	142	46,7 (2,3)	130	44,4 (1,3)	159	35,4 (-3,3)	431	41,2
Teste χ^2	n=1046; χ^2 (2)= 11,23; **p=0,004**							
4. Outros ruídos exteriores (comércio, trânsito)								
Não	179	58,9 (-1,4)	169	57,7 (-1,9)	304	67,6 (3,1)	652	62,3
Sim	125	41,1 (1,4)	124	42,3 (1,9)	146	32,4 (-3,1)	395	37,7
Teste χ^2	n=1047; χ^2 (2)= 9,46; **p=0,009**							
5. Casa escura, com pouca iluminação natural								
Não	249	81,9 (-2,0)	227	77,5 (-4,4)	416	92,7 (5,8)	892	85,3
Sim	55	18,1 (2,0)	66	22,5 (4,4)	33	7,3 (-5,8)	154	14,7
Teste χ^2	n=1046; χ^2 (2)= 36,39; **p<0,001**							
6. Falta de aquecimento adequado								
Não	175	57,6 (-5,1)	164	56,0 (-5,7)	383	85,1 (9,8)	722	69,0
Sim	129	42,4 (5,1)	129	44,9 (5,7)	67	14,9 (-9,8)	325	31,0
Teste χ^2	n=1047; χ^2 (2)= 96,36; **p<0,001**							
7. Falta de electricidade								
Não	293	96,7 (-1,7)	282	96,2 (-2,3)	449	99,8 (3,7)	1024	97,9
Sim	10	3,3 (1,7)	11	3,8 (2,3)	1	0,2 (-3,7)	22	2,1
Teste χ^2	n=1046; χ^2 (2)= 13,72; **p=0,001**							
8. Telhado que mete água								
Não	271	90,0 (0,0)	240	82,5 (-5,0)	425	94,9 (4,6)	936	90,0
Sim	30	10,0 (0,0)	51	17,5 (5,0)	23	5,1 (-4,6)	104	10,0
Teste χ^2	n=1040; χ^2 (2)= 30,10; **p<0,001**							
9. Fundações, paredes ou chão húmidos								
Não	147	48,7 (-5,5)	140	47,9 (-5,7)	357	79,3 (10,2)	644	61,7
Sim	155	51,3 (5,5)	152	52,1 (5,7)	93	20,7 (-10,2)	400	38,3
Teste χ^2	n=1044; χ^2 (2)= 104,25; **p<0,001**							
10. Caruncho nos caixilhos das janelas, alumínios.								
Não	196	64,7 (-4,8)	190	64,8 (-4,6)	396	88,0 (8,6)	782	74,8
Sim	107	35,3 (4,8)	103	35,2 (4,6)	54	12,0 (-8,6)	264	25,2
Teste χ^2	n=1046; χ^2 (2)= 73,36; **p<0,001**							
11. Poluição ou problemas ambientais								
Não	184	60,7 (-2,2)	179	61,3 (-1,9)	325	72,2 (3,8)	688	65,8
Sim	119	39,3 (2,2)	113	38,7 (1,9)	125	27,8 (-3,8)	357	34,2

Teste χ^2	n=1045; χ^2 (2)= 14,34; **p=0,001**							
12. Crime ou vandalismo na área de residência								
Não	124	40,9 (-5,2)	117	40,2 (-5,3)	316	70,4 (9,6)	557	53,4
Sim	179	59,1 (5,2)	174	59,8 (5,3)	133	29,6 (-9,6)	486	46,6
Teste χ^2	n=1043; χ^2 (2)= 91,32; **p<0,001**							

POBREZA AO LONGO DO TEMPO

Quando as mulheres foram questionadas acerca da capacidade dos agregados fazerem poupança no final de cada mês compreende-se que a grande maioria (70,1%) "nunca" consegue, 18,5% conseguem "apenas alguns meses" e 11,4% "todos os meses". Existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos em estudo (p<0,001), sendo que emergem mais uma vez as diferenças entre as mulheres muito pobres e pobres, que se aproximam em termos de percentuais de respostas e na incapacidade de fazer algum tipo de poupança, e as mulheres não pobres, que revelam uma maior possibilidade de efectuar poupanças.

Quadro 3. 35. Capacidade do agregado fazer poupança no final de cada mês, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Capacidade de poupança	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Todos os meses	12	**4,0 (-4,8)**	11	3,9 (-4,7)	94	**21,3 (8,6)**	117	11,4
Apenas alguns meses	23	7,7 (-5,7)	37	13,1 (-2,8)	129	29,2 (7,7)	189	18,5
Nunca	263	**88,3 (8,1)**	235	**83,0 (5,6)**	219	**49,5 (-12,5)**	717	70,1
TOTAL	298	100,0	283	100,0	442	100,0	1023	100,0
Teste χ^2	n=1023; χ^2 (4)= 163,74; **p<0,001**							

Em termos de percepções sobre a situação social começámos por perguntar qual a classe social a que as mulheres pensavam pertencer. A maioria (58,3%) respondeu "média baixa" e "média", 38,9% "baixa" e apenas 2,7% responderam "média alta" e "alta". Em termos de distribuição de respostas as diferenças revelaram-se estatisticamente significativas (p<0,001). Os grupos casos (muito pobres) e controlos 1 (pobres) têm uma auto-percepção sobre a sua condição social que corresponde, maioritariamente a "classe baixa" e "média baixa", ao passo que o grupo controlos 2 (não pobres) se auto-percepciona sobretudo como "classe média", "classe média baixa" e "classe alta".

Quadro 3. 36. Percepção sobre classe social de pertença, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Classe social de pertença	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Classe baixa	161	66,0 **(10,0)**	131	49,8 **(4,2)**	78	17,6 **(-12,6)**	370	38,9
Classe média baixa	48	19,7 (-4,3)	82	31,2 (0,3)	160	36,1 **(3,5)**	290	30,5
Classe média	32	13,1 **(-5,9)**	49	18,6 **(-3,9)**	183	41,3 **(8,7)**	264	27,8
Classe média alta	2	0,8 (-2,1)	1	0,4 (-2,7)	22	5,0 **(4,2)**	25	2,6
Classe alta	1	0,4 (1,7)	0	0,0 (-0,6)	0	0,0 (-0,9)	1	0,1
TOTAL	244	100,0	293	100,0	456	100,0	950	100,0
Teste χ^2	n=950; χ^2 (8)=195,71; **p<0,001**							

Ao analisar o Quadro 3. 37 verifica-se que existe uma diferença estatisticamente significativa nas distribuições das respostas (p<0,001) relativas à forma como as mulheres entendem a frequência em que se sentiram pobres ao longo das suas vidas. Através da análise de resíduos percebe-se que as maiores diferenças ocorrem nos seguintes itens: "nunca" (com as mulheres não pobres a terem uma visão muito mais positiva do que as pobres e muito pobres); "muitas vezes" e "sempre" (as mulheres muito pobres com muito maior expressão nestas percentagens de respostas *vs.* não pobres).

Quadro 3. 37. Percepção sobre a condição de pobreza ao longo do tempo, segundo os grupos em estudos (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Frequência com que se sentiu pobre	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nunca	41	13,6 **(-7,2)**	41	14,2 **(-6,6)**	221	50,1 **(12,6)**	303	29,4
Raramente	41	13,6 (-3,7)	66	22,9 (1,9)	108	24,5 (2,5)	215	20,9
De vez em quando	64	21,2 (0,1)	70	24,3 (1,6)	83	18,8 (-1,5)	217	21,0
Muitas vezes	115	38,1 **(8,0)**	86	29,9 **(3,8)**	26	5,9 **(-10,8)**	227	22,0
Sempre	41	13,6 **(5,7)**	25	8,7 (1,6)	3	**0,7 (-6,7)**	69	6,7
TOTAL	304	100,0	293	100,0	457	100,0	1054	100,0
Teste χ^2	n=1031; χ^2 (8)= 268,58; **p<0,001**							

3.7.3 Padrões de fecundidade - relação com a condição social de pertença das mulheres

A maioria das mulheres (71,6%) já esteve grávida e teve filhos e as restantes 28,4% não têm filhos naturais, existindo diferenças significativas na distribuição nos três grupos (p<0,001). A título de exemplo, 83,9% das mulheres consideradas muito pobres já tiveram filhos enquanto apenas 59,7% das mulheres consideradas não pobres já foram mães (Quadro 3. 38). O facto de ter filhos aumenta em 17% (OR=1,17; p<0,001; IC = 1,08 – 1,26) a probabilidade de ser muito pobre (i.e., de pertencer ao grupo casos) comparativamente com ser pobre (i.e., pertencer ao grupo de controlos 1) e ser não pobre (i.e., pertencer ao grupo de controlos 2) (cfr. Anexo 18, onde se apresenta o cálculo de *odds ratio* de acordo com Schlesselman, 1982).

Quadro 3. 38. Existência de gravidez e filhos naturais, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Gravidez e filhos	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	255	83,9 **(5,6)**	227	77,5 (2,6)	273	59,7 **(-7,5)**	755	71,6
Não	49	16,1 (-5,6)	66	22,5 (-2,6)	184	40,3 (7,5)	299	28,4
TOTAL	304	100,0	293	100,0	457	100,0	1054	100,0
Teste χ^2	χ^2 (2) =59,18; **p<0,001**							

Quanto às reacções a uma gravidez não desejada (Quadro 3. 39), a maioria das mulheres (75,5%) diz que "teria o bebé e ficaria com ele" e as restantes equacionariam o cenário do aborto (8,6% "talvez fizesse um aborto" e 16,0% "faria uma aborto"). Existem diferenças significativas na forma como as mulheres dos três grupos se posicionam perante esta questão (p<0,001), sendo que o grupo de mulheres não pobres se distancia dos restantes (muito pobres e pobres) com uma percentagem de apenas 9,0% na opção "faria um aborto" e mulheres não pobres (controlos 2) e pobres (controlos 1) apresentam diferenças significativas com as mulheres muito pobres (casos) (com 83,5% e 67,4%, respectivamente) na opção "teria o bebé e ficaria com ele".

Quadro 3. 39. Reacções a uma gravidez indesejada, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Reacção a gravidez indesejada	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Teria o bebé e ficaria com ele	204	71,8 (-1,7)	184	67,4 **(-3,7)**	335	83,5 **(4,9)**	723	75,5
Talvez fizesse um aborto	20	7,0 (-1,1)	32	11,7 (2,2)	30	7,5 (-1,0)	82	8,6
Faria um aborto	60	21,2 (2,8)	57	20,9 (2,6)	36	9,0 **(-5,0)**	153	16,0
TOTAL	284	100,0	273	100,0	401	100,0	958	100,0
Teste χ^2	χ^2 (4) =31,93; **p<0,001**							

REPRESENTAÇÕES DE FECUNDIDADE

Quando as mulheres foram questionadas sobre se pensam ter mais filhos (ou ter filhos, no caso das que ainda não tiveram filhos naturais[76]) a maioria diz que não (62,9%, n=663) [destas mulheres, 607 (91,6%) já tiveram filhos, mas 56 (8,4%) não tiveram filhos naturais], uma percentagem de 34,4% (n=363) dizem que pensam ter filhos (ou mais filhos) [verificando-se que 228 (62,8%) ainda não tiveram filhos e 135 (37,2%) já têm filhos, querendo repetir a experiência da maternidade] e 2,7% (n=28) optaram por não responder (Quadro 3. 40). Confirma-se a existência de uma diferença significativa entre os três grupos (p<0,001), sendo que as diferenças mais expressivas acontecem entre mulheres não pobres e mulheres muito pobres.

Quadro 3. 40. Saber se as mulheres pensam ter (mais) filhos, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Pensa vir a ter (mais) filhos	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	231	76,0 **(5,6)**	207	70,6 (3,2)	225	49,2 **(-8,0)**	663	62,9
Sim	72	23,7 **(-4,7)**	78	26,6 (-3,3)	213	46,6 **(7,3)**	363	34,4
Não Responde	1	0,3 (-3,0)	8	2,7 (0,1)	19	4,2 (2,7)	28	2,7
TOTAL	304	100,0	293	100,0	457	100,0	1054	100,0
Teste χ^2	χ^2 (4) =69,78; **p<0,001**							

Relativamente ao número de filhos que as mulheres querem ter (ou querem ter mais[77]) verifica-se que este oscila entre 0 e 5 filhos e que a média total situa-se nos 0,59 (s=0,92), sendo que existe uma diferença significativa entre as médias dos filhos que as mulheres querem ter (mais) nos três grupos (Quadro 3. 41). Segundo a análise efectuada através da comparação múltipla de medianas (cfr. Mello, 1997) é o grupo de mulheres não pobres que apresenta diferenças significativas relativamente aos grupos de mulheres muito pobres e de mulheres pobres, não se verificando diferenças significativas entre os grupos de mulheres muito pobres e de mulheres pobres (Anexo 16).

[76] Variável recodificada, tendo-se juntado as respostas à questão D.14 "pensa vir a ter mais filhos" da secção respondida **apenas** por mulheres com filhos e à questão E.1 "pensa vir a ter filhos" da secção respondida **apenas** por mulheres sem filhos

[77] Variável recodificada, tendo-se juntado as respostas à questão D.14.1 "quantos filhos mais quer ter" da secção respondida **apenas** por mulheres com filhos e àquestão E.1.1 "quantos filhos quer ter" da secção respondida **apenas** por mulheres sem filhos.

Quadro 3. 41. Número de filhos que as mulheres querem ter, segundo o grupo em estudo

Número filhos (mais)	Casos	Controlos 1	Controlos2	TOTAL
Média	0,43	0,44	0,80	0,59
Mediana	0,00	0,00	0,00	0,00
Desvio-padrão	0,89	0,79	0,96	0,92
Mínimo	0	0	0	0
Máximo	4	4	5	5
Teste Kruskal-Wallis	n=1015; $\chi^2_{KW}{}^{(2)}(2) = 53,17$; **p<0,001**			

Pela análise do Quadro 3. 42, onde se apresentam os dados relativos à idade em que as mulheres pensam ter o seu (próximo[78]) filho, verifica-se que a média se situa nos 28,42 anos e o teste de Kruskal-Wallis permite confirmar que existe uma diferença significativa entre as medianas das idades em pelo menos um dos três grupos de mulheres. Para identificar em que grupos ocorrem as diferenças recorreu-se à comparação múltipla de medianas (cfr. Mello, 1997), constatando-se que existe uma diferença significativa entre o grupo de controlos 1 (pobres) e o grupo de controlos 2 (não pobres), mas não entre casos (muito pobres) e controlos 1 (pobres), e casos (muito pobres) e controlos 2 (não pobres) (Anexo 16).

Quadro 3. 42. Idade em que as mulheres pensam ter o próximo filho, segundo dos grupos em estudo

Idade (próximo) filho	Casos	Controlos 1	Controlos2	TOTAL
Média	27,65	26,94	29,23	28,42
Mediana	26,00	25,00	29,00	28,00
Desvio-padrão	5,77	5,26	5,43	5,53
Mínimo	18	18	18	18
Máximo	42	45	46	46
Teste Kruskal-Wallis	n=318; $\chi^2_{KW}{}^{(2)}(2) = 12,72$; **p=0,002**			

No que diz respeito ao número ideal de filhos[79] (Quadro 3. 43) constata-se haver uma oscilação entre 0 e 12 filhos, situando-se a média nos 2,80 (s=1,13), existindo uma diferença significativa entre as medianas no número ideal de filhos entre os três grupos em estudo (os ideais máximos apontados oscilam entre os 12, nas mulheres muito pobres, e os 7, nas mulheres não pobres). A análise efectuada através da comparação múltipla de medianas (cfr. Mello, 1997) permite afirmar que existem diferenças significativas entre o grupo de casos (muito pobres) e grupo de controlos 2

[78] Variável recodificada, tendo-se juntado as respostas à questão D.14.2"com que idade pensa ter o seu próximo filho" da secção respondida **apenas** por mulheres com filhos e à questão E.1.2 "com que idade pensa ter filhos" da secção respondida **apenas** por mulheres sem filhos.

[79] Variável recodificada, tendo-se juntado as respostas à questão D.17"qual o número ideal de filhos" da secção respondida **apenas** por mulheres com filhos e à questão E.4 "qual o número ideal de filhos" da secção respondida **apenas** por mulheres sem filhos.

(não pobres) e que não existem diferenças significativas entre casos (muito pobres) e controlos 1 (pobres), e nem entre controlos 1 (pobres) e controlos 2 (não pobres) (Anexo 16).

Quadro 3. 43. Número ideal de filhos, segundo os grupos em estudo

Número ideal de filhos	Casos	Controlos 1	Controlos2	TOTAL
Média	3,01	2,86	2,63	**2,80**
Mediana	3,00	3,00	2,00	**3,00**
Desvio-padrão	1,38	1,13	0,90	**1,13**
Mínimo	0	1	0	**0**
Máximo	12	8	7	**12**
Teste Kruskal-Wallis	n=987; $\chi^2_{KW}{}^{(2)}(2) = 11,83$ **p=0,003**			

TENSÕES ENTRE PRÁTICAS E IDEIAIS DE FECUNDIDADE

Neste ponto analisa-se a relação entre o número de filhos que as mulheres pensam vir a ter, o número ideal de filhos e o número de filhos que efectivamente têm.

Assim, examinando o Quadro 3. 44 constata-se que, relativamente ao número total de filhos naturais, este varia entre 0 e 9, situando-se a média de filhos nos 1,58. Quanto à distribuição do número total de filhos nos três grupos em estudo, verifica-se haver diferenças significativas em pelo menos um dos grupos em estudo (teste Kruskall-Wallis). A comparação múltipla de medianas (cfr. Mello, 1997) refere que os três grupos são todos significativamente diferentes (Anexo 16).

Quadro 3. 44. Número total de filhos naturais, segundo os grupos em estudo

Número total de filhos naturais	Casos	Controlos 1	Controlos2	TOTAL
Média	2,20	1,82	1,02	**1,58**
Mediana	2,00	2,00	1,00	**1,00**
Desvio-padrão	1,58	1,56	1,06	**1,46**
Mínimo	0	0	0	**0**
Máximo	9	8	5	**9**
Teste Kruskal-Wallis	n=1054; $\chi^2_{KW}{}^{(2)}(2) = 124,77$ **p<0,001**			

Pela análise do Quadro 3. 45 verifica-se que a maior parte das mulheres (69,8%) apresenta ideais de filiação superiores aos que efectivamente tem (através da soma de 26,5% que referem ideais de "mais 1 filho", de 24,3%, que mencionam ideais de "mais 2 filhos", e 19,0%, que indica "3 ou mais filhos"). Existem diferenças significativas entre os três grupos de mulheres (p<0,001). E, pela análise dos resíduos, percebe-se que no pólo das tensões negativas (i.e., número ideal de filhos menor do que o número actual de filhos) as diferenças ocorrem entre as mulheres muito pobres e as mulheres não pobres na opção "menos 2 filhos" e "menos 1 filho", com as mulheres do grupo de controlos 2 (não pobres) a posicionarem-se de forma mais negativa do que o esperado, isto é, as

mulheres muito pobres dizem mais que o ideal era ter menos filhos do que aqueles que têm. Na igualdade entre os ideais e as práticas actuais, verifica-se que as diferenças são mais uma vez explicadas pelo grupo de controlos 2 (não pobres). Finalmente, no pólo das tensões positivas (i.e., número ideal de filhos superior ao número actual de filhos) as mulheres não pobres (grupo de controlos 2) diferenciam-se das mulheres muito pobres (grupo de casos) na opção "mais 2 filhos" com totais acima e abaixo do esperado, respectivamente. Ou seja, para as mulheres mais pobres o ideal de "mais 2 filhos" é menor comparativamente com as mulheres menos pobres, que idealizam dois filhos mais do que aqueles que têm. No geral, as práticas de fecundidade das mulheres mais pobres são superiores aos seus ideais e o contrário para as menos pobres.

Quadro 3. 45. Diferença entre número ideal de filhos e número total de filhos naturais vivos, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

TENSÕES	Número ideal de filhos, menos o número total de filhos naturais[80]	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
TENSÃO NEGATIVA*	Ideal: Até menos 3 filhos	10	3,5 (1,9)	8	2,9 (1,0)	3	0,7 (-2,7)	21	2,1
	Ideal: Menos 2 filhos	13	4,6 (3,2)	7	2,5 (0,4)	2	0,5 **(-3,2)**	22	2,2
	Ideal: Menos 1 filho	37	13,0 **(4,4)**	24	8,6 (1,0)	11	2,6 **(-4,9)**	72	7,3
IGUALDADE	Número igual de filhos (ideal e actual)	68	23,9 (2,8)	61	21,8 (1,7)	53	12,5 **(-4,1)**	182	18,4
TENSÃO POSITIVA**	Ideal: Mais 1 filho	70	24,6 (-0,9)	67	23,9 (-1,2)	125	29,6 (1,9)	262	26,5
	Ideal: Mais 2 filhos	42	14,8 **(-4,4)**	60	21,4 (-1,3)	138	32,6 **(5,3)**	240	24,3
	Ideal: 3 ou mais filhos	44	15,5 (-1,8)	53	18,9 (0,0)	91	21,5 (1,7)	188	19,0
	TOTAL	284	100,0	280	100,0	423	100,0	987	100,0
	Teste χ^2	χ^2 (12) =90,19; **p<0,001**							

* Tensão negativa significa que o número ideal de filhos é menor do que o número actual de filhos das mulheres.
** Tensão positiva significa que o número ideal de filhos é maior do que o número actual de filhos das mulheres.

Analisando a diferença entre o número de filhos que as mulheres pensam vir a ter e o número de filhos que têm actualmente (Quadro 3. 46), pode-se perceber que existem diferenças significativas entre os três grupos (p<0,001), sendo que, no pólo das tensões negativas (i.e., número de filhos que pensam ter menor do que o número actual de filhos), as diferenças acontecem no item "até menos 3 filhos" e entre os grupos de mulheres muito pobres e de mulheres não pobres, na

[80] Variável que resulta da diferença entre o número ideal de filhos e o número total de filhos naturais.

igualdade entre os filhos que pensam vir a ter e o número actual as diferenças acontecem também entre o grupo de casos (muito pobres)e o grupo de controlos 2 (não pobres) e que em termos do pólo das tensões positivas (i.e., número de filhos que pensam ter é superior ao número actual de filhos) as diferenças ocorrem nos itens "mais 1 filho" [grupo de casos (muito pobres) e grupo de controlos 2 (não pobres)] e "mais 2 filhos" [grupo casos (muito pobres) e grupo de controlos 2 (não pobres)].

Quadro 3. 46. Diferença entre número de filhos que pensa ter mais (ou quer ter) e número total de filhos naturais, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

TENSÕES	Número de filhos que pensa ter (ou quer) mais, menos o número total de filhos[81]	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
TENSÕES NEGATIVAS	Até menos 3 filhos	118	39,1 **(7,6)**	83	29,3 (2,7)	37	8,6 **(-9,6)**	238	23,4
	Menos 2 filhos	71	23,5 (0,6)	62	21,9 (-0,2)	94	21,9 (-0,3)	227	22,4
	Menos 1 filho	46	15,2 (-1,0)	47	16,6 (-0,2)	80	18,6 (1,1)	173	17,0
IGUALDADE	Número igual de filhos	24	7,9 **(-3,0)**	38	13,4 (0,4)	68	15,8 (2,5)	130	12,8
TENSÕES POSITIVAS	Mais 1 filho	15	5,0 (-2,2)	18	6,4 (-1,1)	46	10,7 **(3,0)**	79	7,8
	Mais 2 filhos	15	5,0 **(-4,9)**	30	10,6 (-1,3)	85	19,8 **(5,7)**	130	12,8
	3 ou mais filhos	13	4,3 (0,6)	5	1,8 (-2,1)	20	4,7 (1,3)	38	3,7
	TOTAL	302	100,0	283	100,0	430	100,0	1015	100,0
	Teste χ^2	χ^2 (12) =130,28; **p<0,001**							

* Tensão negativa significa que o número de filhos que pensa ter (ou quer ter) é menor do que o número actual de filhos das mulheres.
** Tensão positiva significa que o número de filhos que pensa ter (ou quer ter) é maior do que o número actual de filhos das mulheres.

Através da análise do Quadro 3. 47 constata-se que são mais as mulheres (89,7%) que se posicionam no pólo das tensões negativas, isto é, pensam vir a ter menos filhos do que os ideais apontados. Verifica-se ainda que as diferenças entre os três grupos são significativas (p<0,001) e que ocorrem sobretudo no item relativo a "número igual de filhos" e nos itens "menos 1 filho" e "até menos 3 filhos" (entre grupo de mulheres muito pobres e grupo de mulheres não pobres) e no item "menos 2 filhos (entre grupos de mulheres pobres e de mulheres não pobres). As mulheres

[81] Variável que resulta da diferença entre o número de filhos que pensa ter mais (ou quer ter) e o número total de filhos naturais vivos.

muito pobres revelam ideais de filiação superiores aos filhos que pensam (querem) ter, ao contrário das mulheres menos pobres.

Quadro 3. 47. Número de filhos que pensa ter (ou quer mais) menos o número ideal de filhos, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

TENSÕES	Número de filhos que pensa ter (ou quer) mais, menos o número ideal de filhos[82]	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
		N	%	N	%	N	%	N	%
TENSÕES NEGATIVAS	Até menos 3 filhos	124	43,8 **(4,3)**	92	33,8 (0,0)	107	26,6 **(-4,0)**	323	33,7
	Menos 2 filhos	110	38,9 (-0,2)	127	46,7 (2,9)	140	34,7 (-2,5)	377	39,4
	Menos 1 filho	32	11,3 **(-3,0)**	37	13,6 (-1,7)	93	23,1 **(4,3)**	162	16,9
IGUALDADE	Número igual de filhos	14	4,9 (-2,9)	15	5,5 (-2,5)	59	14,6 **(5,0)**	88	9,2
TENSÕES POSITIVAS	1 filho ou mais	3	1,1 (0,5)	1	0,4 (-1,0)	4	1,0 (0,5)	8	0,8
	TOTAL	283	100,0	272	100,0	403	100,0	958	100,0
	Teste X^2	X^2 (8) =60,27;**p<0,001**							

Foram usados os resultados do teste exacto, que são consonantes com a Simulação de Monte Carlo, uma vez que as condições de aproximação da distribuição do teste à distribuição do Qui-quadrado não se verificaram (cf. Maroco, 2007).
* Tensão negativa significa que o número de filhos que pensa ter (ou quer ter) é menor do que o número ideal de filhos.
** Tensão positiva significa que o número de filhos que pensa ter (ou quer ter) é maior do que o número ideal de filhos.

PRÁTICAS DE FECUNDIDADE

De acordo com a análise dos dados apresentados no Quadro 3. 48 relativos ao calendário de fecundidade[83] (idade da mulher aquando do nascimento do primeiro e do último filho) constata-se que a idade média para o nascimento do primeiro filho é de 22,04 anos e para o último filho é de 27,36 anos. A idade mínima para o nascimento do primeiro filho é em todos os grupos de 14 anos, mas a idade máxima é distinta nos três grupos. A análise revela existir diferenças significativas entre os três grupos (p<0,001) quanto à idade de nascimento do primeiro filho, mas não relativamente à idade de nascimento do último filho (p=0,083). Para saber quais os grupos que explicam as diferenças observadas na idade de nascimento do primeiro filho efectuou-se a comparação múltipla de medianas (cfr. Mello, 1997), segundo a qual as diferenças acontecem

[82] Variável que resulta da diferença entre o número de filhos que pensa ter mais (ou quer ter) e o número ideal de filhos.
[83] De acordo com Cunha (2004: 13), o calendário de fecundidade conjuga uma série de indicadores *"que no seu conjunto permitem apreender as intemporalidades inerentes à constituição das descendências, tanto no ciclo da vida pessoal como familiar. São eles a idade da mulher no nascimento dos filhos (primeiro e último), o intervalo entre o início da conjugalidade e o primeiro nascimento e os intervalos entre os nascimentos (primeiro e segundo; primeiro e último)."*

entre os grupos de controlos 2 (não pobres) e casos e controlos 1 (muito pobres e pobres), não havendo diferenças entre casos (muito pobres) e controlos 1 (pobres).

Quadro 3. 48. Calendário de fecundidade (idade do primeiro filho), segundo os grupos em estudo

	Casos	Controlos 1	Controlos2	TOTAL
		Idade mulher 1ºfilho		
Média	20,83	21,76	23,41	22,04
Mediana	20,00	21,00	23,00	21,00
Desvio-padrão	4,09	4,78	5,19	4,84
Mínimo	14	14	14	14
Máximo	37	40	43	43
Teste Kruskal-Wallis		n=755; $\chi^2_{KW}{}^{(2)}(2) = 37,38$ **p<0,001**		
	Casos	**Controlos 1**	**Controlos2**	**TOTAL**
		Idade mulher último filho		
Média	27,56	27,87	26,75	27,36
Mediana	27,00	28,00	26,00	27,00
Desvio-padrão	5,96	5,89	5,59	5,82
Mínimo	16	16	15	15
Máximo	44	43	43	44
Teste Kruskal-Wallis		n=739; $\chi^2_{KW}{}^{(2)}(2) = 4,97$ p<0,083		

Planeamento último filho

Foram elaboradas três questões relativas ao último filho, a primeira das quais com o intuito de saber se estavam a pensar ter um filho no momento em que a mulher engravidou. Segundo a análise do Quadro 3. 49, para 61,8% das mulheres a gravidez aconteceu sem ser planeada e apenas 38,2% das mulheres pensavam engravidar naquele momento. Em relação aos diferentes grupos verifica-se existir alguma diferença significativa nas distribuições (p<0,001), quanto às mulheres muito pobres (casos) um número superior ao esperado não planeou o último filho ao invés das mulheres não pobres (controlos 2).

Quadro 3. 49. Último filho: pensavam engravidar naquele momento, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Último filho: pensava engravidar, no momento	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	188	73,7 **(4,8)**	155	68,3 (2,4)	122	45,0 **(-7,1)**	465	61,8
Sim	67	26,3 (-4,8)	72	31,7 (-2,4)	149	55,0 (7,1)	288	38,2
TOTAL	255	100,0	227	100,0	271	100,0	753	100,0
Teste χ^2				χ^2 (2) =51,70; **p<0,001**				

A segunda questão colocada prendeu-se com a utilização de alguma forma de contracepção para evitar a gravidez no momento em que a mulher engravidou do último filho (Quadro 3. 50), tendo a maioria (64,3%) afirmado que não fazia nada para evitar e 35,7% declararam fazer alguma contracepção. De acordo com a análise efectuada existe uma diferença significativa nas distribuições entre os três grupos (p<0,001). É de realçar o facto de estes números serem algo contraditórios com os anteriores, deixando antever o facto de que uma boa parte das mulheres que não pensava engravidar no momento, simultaneamente, não fazia nada para evitar a gravidez.

Quadro 3. 50. Último filho: faziam alguma contracepção para evitar a gravidez, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Último filho: alguma coisa para evitar gravidez	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	149	58,4 (-2,4)	130	57,3 (-2,7)	206	75,7 **(4,9)**	485	64,3
Sim	106	41,6 (2,4)	97	42,7 (2,7)	66	24,3 (-4,9)	269	35,7
TOTAL	255	100,0	227	100,0	272	100,0	754	100,0
Teste χ^2	χ^2 (2) =24,21; **p<0,001**							

A terceira questão foi relativa ao tipo de contracepção que foi utilizado para evitar a gravidez (Quadro 3. 51). A pílula, claramente, é o contraceptivo mais referido (80,5%), não existindo diferenças significativas entre os três grupos (p=0,171).

Quadro 3. 51. Último filho: qual o método contraceptivo utilizado para evitar a gravidez, segundo os grupos em estudo (frequência e percentagem)

Último filho: alguma coisa para evitar gravidez	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vários: coito; DIU; implante/; injecção	9	8,6	6	6,0	12	17,9	27	9,9
não podia tomar nada / pensava que não podia engravidar	2	1,9	3	3,0	3	4,5	8	2,9
Pílula (esqueceu; descanso; falhou dosagem; antibiótico)	85	81,0	86	86,0	48	71,6	219	80,5
Preservativo	9	8,6	5	5,0	4	6,0	18	6,6
TOTAL	105	100,0	100	100,0	67	100,0	272	100,0
Teste χ^2	χ^2 (2) =9,04; p=0,171							

Foram usados os resultados do teste exacto, que são consonantes com a Simulação de Monte Carlo, uma vez que as condições de aproximação da distribuição do teste à distribuição do Qui-quadrado não se verificaram (cf. Maroco, 2007).

Gravidez depois do último filho

No Quadro 3. 52 verifica-se que a maioria (88,2%) das mulheres que já teve uma gravidez e filhos naturais afirmou não ter estado grávida depois do último filho e apenas 11,8% responderam afirmativamente (terminando essa gravidez em aborto espontâneo, IVG ou feto-morto). A análise indica não existir diferença significativa entre as mulheres dos três grupos no que diz respeito à distribuição das gravidezes depois do último filho (p=0,053).

Quadro 3. 52. Gravidez depois do último filho, segundo os grupos em estudo (frequência e percentagem)

Esteve grávida depois do último filho	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	219	85,9	210	92,5	237	86,8	666	88,2
Sim	36	14,1	17	7,5	36	13,2	89	11,8
TOTAL	255	100,0	227	100,0	273	100,0	755	100,0
Teste χ^2	χ^2 (2) =5,87; p=0,053							

No que diz respeito às inquiridas que estiveram grávidas depois do último filho (Quadro 3. 53), verifica-se que 39 (45,9%) tiveram uma IVG e 46 (54,1%) tiveram abortos espontâneos e/ou fetos-mortos (apenas 8 (9,4%) relativos a fetos-mortos). Não se verifica uma diferença significativa nas distribuições do tipo de desfecho das gravidezes depois do último filho entre os três grupos de mulheres (p=0,874).

Quadro 3. 53. Tipo de gravidez depois do último filho, segundo os grupos em estudo (frequência e percentagem)

Que tipo de gravidez depois do último filho	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Aborto espontâneo + Feto morto	19	57,6	9	52,9	18	51,4	46	54,1
IVG	14	42,4	8	47,1	17	48,6	39	45,9
TOTAL	33	100,0	17	100,0	35	100,0	85	100,0
Teste χ^2	χ^2 (2) =0,27p=0,874							

Gravidez actual

Através da análise do Quadro 3. 54 constata-se que a esmagadora maioria (94,2%) das mulheres quando questionadas sobre uma eventual gravidez actual disse que não e que, das restantes, havia 57 grávidas e apenas 4 disseram "não saber". Verificou-se existir diferenças significativas entre os

três grupos de mulheres (p<0,001), e através da análise de resíduos percebe-se que as diferenças ocorrem entre os grupos de controlos 1 (pobres) e de controlos 2 (não pobres).

Quadro 3. 54. Existência de gravidez actual, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Gravidez actual	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	290	95,4 (1,1)	286	97,9 **(3,2)**	413	91,0 **(-3,9)**	989	94,2
Sim	13	4,3 (-1,1)	5	1,7 **(-3,3)**	39	8,6 **(3,9)**	57	5,4
Não sabe	1	0,3 (-0,2)	1	0,3 (-0,1)	2	0,4 (0,3)	4	0,4
TOTAL	304	100,0	292	100,0	454	100,0	1050	100,0
Teste Exacto de Fisher	18,50 ; **p=0,001**							

Como se pode verificar no Quadro 3. 55, das inquiridas que se encontravam grávidas, 48,2% não pensavam ter um filho no momento e 51,8% afirmaram ter planeado o filho. Os dados apontam para a existência de uma diferença significativa do planeamento da gravidez actual entre as mulheres dos três grupos (p<0,001), tendo sido a gravidez actual mais planeada pelas mulheres do grupo de controlos 2 (não pobres).

Quadro 3. 55. Planeamento da gravidez actual, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Pensava ter um filho, neste momento	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	10	76,9 (2,4)	5	100,0 (2,4)	12	31,6 **(-3,6)**	27	48,2
Sim	3	23,1 (-2,4)	0	0,0 (-2,4)	26	68,4 **(3,6)**	29	51,8
TOTAL	13	100,0	5	100,0	38	100,0	56	100,0
Teste Exacto de Fisher	13,63 ; **p=0,001**							

Mais uma vez se verifica a discrepância entre as percentagens de mulheres que "planeavam ter um filho no momento" e que "faziam alguma coisa para evitar", ou seja, 51,8% das mulheres que estavam grávidas pensavam ter o filho no momento (Quadro 3. 55), mas uma percentagem de 61,4% (Quadro 3. 56) não faziam qualquer contracepção, deixando antever cerca de 10% das gravidezes que aconteceram, simultaneamente, sem "pensar ter um filho actualmente" e sem "fazer alguma coisa para evitar a gravidez". Segundo a análise efectuada não existem diferenças significativas entre os grupos neste aspecto de utilização de contracepção (p=0,167).

Quadro 3. 56. Utilização de contracepção aquando da gravidez actual, segundo os grupos em estudo (frequência e percentagem)

Fazia alguma coisa para evitar gravidez, neste momento	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	9	69,2	1	20,0	25	64,1	35	61,4
Sim	4	30,8	4	80,0	14	35,9	22	38,6
TOTAL	13	100,0	5	100,0	39	100,0	57	100,0
Teste Exacto de Fisher	3,74 ; p=0,167							

ABORTOS

Através da análise do Quadro 3. 57 verifica-se que da totalidade das mulheres (com e sem filhos), quando questionadas sobre se alguma vez tiveram alguma gravidez que tivesse terminado em aborto espontâneo, IVG ou feto-morto, a maioria (68,5%) respondeu que não e as restantes (31,5%) disseram que sim [destas 329 que já tiveram este tipo de gravidez, 35 nunca tiveram filhos naturais (Quadro 3. 59)]. A análise permite afirmar que existe uma diferença significativa na distribuição destas gravidezes entre as mulheres dos três grupos (p<0,001), sendo que as diferenças ocorrem sobretudo entre os grupos de casos (muito pobres) e de controlos 1 (pobres) (Quadro 3. 57).

Quadro 3. 57. Existência de abortos, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Alguma vez teve algum tipo de aborto – todas as mulheres	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Não	159	52,6 **(-7,1)**	183	62,7 (-2,5)	375	83,0 **(8,8)**	717	68,5
Sim	143	47,4 (7,1)	109	37,3 (2,5)	77	17,0 (-8,8)	329	31,5
TOTAL	302	100,0	292	100,0	452	100,0	1046	100,0
Teste χ^2	χ^2 (2) = 83,65; **p<0,001**							

Quanto ao número de abortos que são relatados por estas 329 mulheres, varia entre 1 e 20, sendo que a média se situa nos 1,65 abortos e os dados indicam não haver diferenças significativas nas médias entre os três grupos (Quadro 3. 58). Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (p=0,153).

Quadro 3. 58. Número de abortos, segundo os grupos em estudo

	Casos	Controlos 1	Controlos2	TOTAL
Média	1,85	1,63	1,29	1,65
Mediana	1,00	1,00	1,00	1,00
Desvio-padrão	2,40	1,45	0,68	1,83
Mínimo	1	1	1	1
Máximo	20	10	5	20
Teste Kruskal-Wallis	n=329; $\chi^2_{KW}{}^{(2)}$ (2) = 3,75; p=0,153			

Analisando os dados relativos apenas às mulheres sem filhos naturais (Quadro 3. 59) percebe-se que a grande maioria (88,1%) afirma nunca ter tido uma gravidez que terminasse em aborto espontâneo, IVG ou feto-morto e as restantes 11,9% respondem afirmativamente. Segundo a análise efectuada, existe uma diferença significativa na distribuição deste tipo de gravidezes entre as mulheres dos três grupos em estudo (p=0,002), sendo que as diferenças ocorrem entre o grupo de controlos 2 (não pobres) e os restantes (muito pobres e pobres), com as mulheres não pobres a afirmarem ter menos abortos do que as mulheres muito pobres e pobres.

Quadro 3. 59. Existência de abortos nas mulheres sem filhos, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos ajustados)

Alguma vez teve algum tipo de aborto – Mulheres sem filhos naturais	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	38	79,2 (-2,1)	52	80,0 (-2,3)	169	93,4 **(3,5)**	259	88,1
Sim	10	20,8 (2,1)	13	20,0 (2,3)	12	6,6 (-3,5)	35	11,9
TOTAL	48	100,0	65	100,0	181	100,0	294	100,0
Teste χ^2	χ^2 (2) =12,51; **p=0,002**							

PRÁTICAS DE CONTROLO DE FECUNDIDADE

De todas as mulheres inquiridas há 46 (4,4%) que declararam nunca ter tido relações sexuais. Das restantes, sexualmente activas, a maioria (62,3%) refere utilizar actualmente algum tipo de contraceptivo (Quadro 3. 60). A análise aponta para a não existência de diferenças significativas entre os três grupos (p=0,624).

Quadro 3. 60. Utilização actual de contraceptivo, segundo os grupos em estudo (frequência e percentagem)

Uso actual de contraceptivo	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	115	40,1	102	36,7	161	36,8	378	37,7
Sim	172	59,9	176	63,3	276	63,2	624	62,3
TOTAL	287	100,0	278	100,0	437	100,0	1002	100,0
Teste χ^2	χ^2 (2) =0,94; p=0,624							

Através da análise dos dados relativos aos métodos de contracepção que as mulheres usam actualmente (Quadro 3. 61), verifica-se que o método mais utilizado é a "pílula" (39,5%), seguido de "nenhum" (32,2%), depois o "preservativo" com 14,3% e a "laqueação" (8,1%). Os métodos onde se verificou existir diferenças significativas na sua distribuição entre os grupos de mulheres são a "pílula" (mais referida pelas mulheres não pobres), o "implante" (mais referido pelas

mulheres pobres e muito pobres), a "abstinência" (mais referido pelas mulheres pobres), a "laqueação" [mais referido pelas mulheres muito pobres (12,5%), logo seguidas das mulheres pobres (10,8%) e menos pelas não pobres (3,6%)] e "qualquer outro método" [mais referido pelas mulheres não pobres (grupo de controlos 2)].

Os métodos cuja utilização não é referida por nenhuma inquirida são "dispositivo subcutâneo", "preservativo feminino" e "vasectomia". Os métodos onde não se registaram diferenças significativas na sua distribuição entre os grupos são o "DIU", a "injecção", o "diafragma", o "preservativo masculino", o "emplastro", o "coito interrompido" e "nenhum método" (**Erro! A origem da referência não foi encontrada.**13).

Quadro 3. 61. Métodos de contracepção usados actualmente, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Pílula	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	193	67,0 (2,7)	185	66,3 (2,3)	231	52,5 **(-4,6)**	609	60,5
Sim	95	33,0 (-2,7)	94	33,7 (-2,3)	209	47,5 (4,6)	398	39,5
Teste χ^2	n=1007; χ^2 (2) =20,83; **p<0,001**							
Implante								
Não	278	96,5 (-0,3)	264	94,6 (-2,5)	433	98,4 (2,5)	975	96,8
Sim	10	3,5 (0,3)	15	5,4 (2,5)	7	1,6 (-2,5)	32	3,2
Teste χ^2	n=1007; χ^2 (2) =8,06; **p=0,018**							
Abstinência								
Não	287	99,7 (1,2)	272	97,5 **(-3,4)**	439	99,8 (2,0)	998	99,1
Sim	1	0,3 (-1,2)	7	2,5 (3,4)	1	0,2 (-2,0)	9	0,9
Teste Exacto de Fisher	n=1007; 8,96 ; **p=0,007**							
Laqueação								
Não	252	87,5 (-3,2)	249	89,2 (-1,9)	424	96,4 **(4,6)**	925	91,9
Sim	36	12,5 (3,2)	30	10,8 (1,9)	16	3,6 (-4,6)	82	8,1
Teste χ^2	n=1007; χ^2 (2) =21,79 ; **p<0,001**							
Qualquer outro								
Não	288	100,0 (1,4)	275	98,6 (-2,6)	439	99,8 (1,1)	1002	99,5
Sim	0	0,0 (-1,4)	4	1,4 (2,6)	1	0,2 (-1,1)	5	0,5
Teste Exacto de Fisher	n=1007; 5,20; **p=0,034**							

O aconselhamento sobre o método actual aconteceu sobretudo por parte de profissionais de saúde (56,6%) e "outro" tipo de aconselhamento (36,3%). Através da análise (Quadro 3. 62) verifica-se a existência de uma diferença significativa em termos das fontes de aconselhamento (p<0,001), salientando-se as diferenças encontradas entre os grupos de casos (muito pobres) e controlos 2 (não pobres) no que diz respeito aos itens "farmacêutico" (e outros profissionais de saúde) e "outro" aconselhamento.

Quadro 3. 62. Aconselhamento sobre método contraceptivo actual, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Quem aconselhou método contraceptivo actual	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Irmãs, cunhadas, mãe	12	4,3 (1,2)	5	1,9 (-1,5)	13	3,4 (0,2)	30	3,3
Amigas, colegas	1	0,4 (-1,9)	9	3,4 (3,0)	4	1,1 (-1,0)	14	1,5
Cônjuge, companheiro, namorado	10	3,6 (1,8)	7	2,7 (0,5)	4	1,1 (-2,1)	21	2,3
Farmacêutico, médico, enfermeiro CS, outros profissionais de saúde	132	47,7 **(-3,6)**	146	55,5 (-0,4)	242	64,0 **(3,8)**	520	56,6
Outro	122	44,0 **(3,2)**	96	36,5 (0,1)	115	30,4 **(-3,1)**	333	36,3
TOTAL	277	100,0	263	100,0	378	100,0	918	100,0
Teste χ^2	χ^2 (8) =32,30; **p<0,001**							

Pela análise do Quadro 3. 63 percebe-se que a maior parte das mulheres já utilizou pelo menos um contraceptivo diferente do que usa actualmente (56,5%), sendo que existem diferenças significativas nesta distribuição entre os grupos em estudo (p<0,001), verificando-se que as mulheres não pobres (controlos 2) são as que registam menor percentagem de mudança de contraceptivo (48,7%) e as muito pobres (casos) maior (64,7%).

Quadro 3. 63. Utilização de contraceptivo diferente do actual, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Uso de contraceptivo diferente do actual	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	100	35,3 (-3,3)	113	40,9 (-1,0)	195	51,3 (4,0)	408	43,5
Sim	183	64,7 **(3,3)**	163	59,1 (1,0)	185	48,7 **(-4,0)**	531	56,5
TOTAL	283	100,0	276	100,0	380	100,0	939	100,0
Teste χ^2	χ^2 (2) =17,85; **p<0,001**							

HISTORIAL DO CONTROLO DE FECUNDIDADE

Pela análise do Quadro 3. 64 verifica-se que a primeira relação sexual aconteceu em média aos 17,53 anos (s=2,65), existindo uma diferença significativa na idade média em que as mulheres dos três grupos deram início à sua vida sexual (p<0,001), sendo de destacar em todos os grupos os mínimos muito acentuados, 10 anos no grupo casos (muito pobres) e 12 anos nos controlos (pobres e não pobres). Segundo a análise múltipla das medianas (cfr. Mello, 1997), as diferenças acontecem entre os grupos casos (muito pobres) e controlos 2 (não pobres), e entre controlos 1 (pobres) e controlos 2 (não pobres), não havendo diferenças entre casos e controlos 1 (muito pobres e pobres) (Anexo 16).

A idade do primeiro controlo da relação sexual no sentido de evitar uma gravidez aconteceu em média aos 18,93 anos (s= 3,65), não se verificando, no entanto, uma diferença significativa nas médias etárias nos três grupos em estudo (p=0,353), como se pode verificar no Quadro 3. 65.

Quadro 3. 64. Idade da primeira relação sexual, segundo os grupos em estudo

	Casos	Controlos1	Controlos2	TOTAL
Idade primeira relação sexual				
Média	17,21	17,30	17,90	17,53
Mediana	17,00	17,00	18,00	17,00
Desvio-padrão	2,80	2,57	2,56	2,65
Mínimo	10	12	12	10
Máximo	35	32	33	35
Teste Kruskal-Wallis	n=999; $\chi^2_{KW}{}^{(2)}(2) = 23,05$; **p<0,001**			

Quadro 3. 65. Idade da primeira contracepção para evitar gravidez, segundo os grupos em estudo

	Casos	Controlos1	Controlos2	TOTAL
Idade primeira contracepção, para evitar gravidez				
Média	19,19	19,08	18,68	18,93
Mediana	18,00	18,00	18,00	18,00
Desvio-padrão	3,72	4,22	3,20	3,65
Mínimo	13	12	12	12
Máximo	35	44	38	44
Teste Kruskal-Wallis	n=936; $\chi^2_{KW}{}^{(2)}(2) = 2,08$; p=0,353			

Através da análise dos dados relativos à utilização de contracepção na primeira relação sexual (Quadro 3. 66) constata-se que a maioria das mulheres (56%) não utilizou "nenhum" contraceptivo, que o método mais usado foi o "preservativo" (30,6%) seguido da "pílula", com uma percentagem de 17,3%. Os métodos onde se registou haver diferenças significativas na distribuição entre os três grupos são a "pílula" (com uma utilização de 24,5% entre as mulheres não pobres e apenas 11,5% nas mulheres muito pobres), o "preservativo masculino" [com uma referência bastante superior pelas mulheres não pobres (47,8%) relativamente às mulheres muito pobres (13,6%) e às mulheres pobres (20,8%)] e "nenhum" método (com a diferença registada ser francamente elevada, mencionado por 74,9% de mulheres muito pobres, por 68,8% de mulheres pobres e 35,6% de mulheres não pobres)

Há seis métodos contraceptivos cuja utilização não é mencionada por nenhuma das entrevistadas: "DIU", "implante", "emplastro", "abstinência", "dispositivo subcutâneo" e "anel vaginal". Os métodos onde não foram encontradas diferenças significativas na distribuição são os seguintes: "injecção", "diafragma", "coito interrompido", "preservativo feminino" e "qualquer outro método" (**Erro! A origem da referência não foi encontrada.**14).

Quadro 3. 66. Métodos de contracepção usados na primeira relação sexual, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Pílula	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	254	88,5 (3,1)	246	88,2 (2,8)	333	75,5 (-5,3)	833	82,7
Sim	33	11,5 (-3,1)	33	11,8 (-2,8)	108	24,5 (5,3)	174	17,3
Teste χ^2	n=1007; χ^2 (2) =28,55; **p<0,001**							
Preservativo masculino								
Não	248	86,4 (7,4)	221	79,2 (4,2)	230	52,2 (-10,5)	699	69,4
Sim	39	13,6 (-7,4)	58	20,8 (-4,2)	211	47,8 (10,5)	308	30,6
Teste χ^2	n=1007; χ^2 (2) =113,54; **p<0,001**							
Nenhum								
Não	72	25,1 (-7,6)	87	31,2 (-5,1)	284	64,4 (11,5)	443	44,0
Sim	215	74,9 (7,6)	192	68,8 (5,1)	157	35,6 (-11,5)	564	56,0
Teste χ^2	n=1007; χ^2 (2) =134,74; **p<0,001**							

Pela análise do Quadro 3. 67, e no que diz respeito ao tipo de contraceptivo que as mulheres utilizaram pela primeira vez com o intuito de evitar uma gravidez, verifica-se que a maioria recorreu à "pílula" (58,8%), logo seguido da utilização de "preservativo masculino" (37,9%). De realçar ainda que 6,2% das mulheres referiram não ter utilizado "nenhum" método contraceptivo com a finalidade de evitar gravidez, sendo que existe uma diferença de distribuição nos três grupos estatisticamente significativa (p=0,047), com as mulheres não pobres a apresentar uma percentagem inferior. Os outros métodos onde se encontra uma diferença significativa são a "pílula" [com uma menção mais elevada no grupo de casos – muito pobres (68,3%)], o "preservativo masculino" (referido por 51,7% das mulheres consideradas não pobres, 28,1% das mulheres pobres e 26,1% das mulheres muito pobres), a "injecção" (referida por apenas 0,2% de mulheres do grupo controlo 2 – não pobres e 2,8% de casos – muito pobres e 3,2% de controlos 1 - pobres), o "coito interrompido" (2,2% nos controlos 1 - pobres) e a "abstinência" (1,4% nos

controlos 1 - pobres). Os métodos onde não se registam diferenças em termos da sua distribuição pelos grupos são: "DIU", "diafragma", "implante", "preservativo feminino", "laqueação" e "qualquer outro método". Nenhuma entrevistada referiu a utilização de "emplastro", "vasectomia", "dispositivo subcutâneo" e "anel vaginal" (**Erro! A origem da referência não foi ncontrada.**15).

Quadro 3. 67. Método contraceptivo usado para evitar gravidez pela primeira vez, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Pílula	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	91	31,7 (-3,8)	116	41,7 (0,2)	207	46,9 (3,3)	414	41,2
Sim	196	68,3 (3,8)	162	58,3 (-0,2)	234	53,1 (-3,3)	592	58,8
Teste χ^2	n=1006; χ^2 (2) =16,70 **p<0,001**							
Injecção								
Não	279	97,2 (-1,3)	269	96,8 (-1,9)	439	99,5 (3,0)	987	98,1
Sim	9	2,8 (1,3)	8	3,2 (1,9)	2	0,5 (-3,0)	19	1,9
Teste χ^2	n=1006; χ^2 (2) =8,88; **p=0,012**							
Preservativo masculino								
Não	212	73,9 (4,9)	200	71,9 (4,0)	213	48,3 (-8,0)	625	62,1
Sim	75	26,1 (-4,9)	78	28,1 (-4,0)	228	51,7 (8,0)	381	37,9
Teste χ^2	n=1006; χ^2 (2) =64,03; **p<0,001**							
Abstinência								
Não	286	99,7 (0,4)	274	98,6 (-2,6)	441	100,0 (2,0)	1001	99,5
Sim	1	0,3 (-0,4)	4	1,4 (2,6)	0	0,0 (-2,0)	5	0,5
Teste Exacto de Fisher	n=1006; 6,08 ;**p=0,012**							
Coito interrompido								
Não	283	98,6 (-0,8)	272	97,8 (-2,3)	441	100,0 (2,8)	996	99,0
Sim	4	1,4 (0,8)	6	2,2 (2,3)	0	0,0 (-2,8)	10	1,0
Teste Exacto de Fisher	n=1006; 9,93 ;**p=0,003**							
Nenhum								
Não	266	92,7 (-1,0)	255	91,7 (-1,7)	423	95,9 (2,4)	944	93,8
Sim	21	7,3 (1,0)	23	8,3 (1,7)	18	4,1 (-2,4)	62	6,2
Teste χ^2	n=1006; χ^2 (2) =6,10; **p=0,047**							

3.7.4 Acesso e utilização de Cuidados de Saúde - relação com a condição social de pertença das mulheres

ACESSIBILIDADE AO SISTEMA DE SAÚDE E SEGUROS

Como se pode verificar no Quadro 3. 68 a grande maioria das mulheres (86,5%) utiliza o SNS. As diferenças, que são estatisticamente significativas (p<0,001), ocorrem nos itens "SCML" [com os controlos 1 (pobres) a contribuírem muito para estes totais, ao contrário dos controlos 2 (não pobres)] e "outro" (sendo sobretudo as não pobres a contribuírem para estes totais de resposta).

Quadro 3. 68. Serviço de saúde a que recorrem, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos

Serviço de saúde	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SNS (serviço nacional de saúde)	270	88,8 (1,4)	245	83,6 (-1,7)	396	86,8 (0,3)	911	86,5
ADSE	0	0,0 (-3,2)	0	0,0 (-3,1)	25	5,5 (5,8)	25	2,4
Assistência a doença das forças militares e militarizadas (GNR, PSP, etc)	1	0,3 (0,2)	1	0,3 (0,2)	1	0,2 (-0,3)	3	0,3
SAMS (bancários)	0	0,0 (-0,6)	0	0,0 (-0,6)	1	0,2 (1,1)	1	0,1
SCML	33	10,9 (2,6)	45	15,4 **(6,0)**	1	0,2 **(-7,8)**	79	7,5
Outro	0	0,0 **(-3,8)**	2	0,7 (-2,9)	32	7,0 **(6,1)**	34	3,2
TOTAL	304	100,0	293	100,0	456	100,0	1053	100,0
Teste Exacto de Fisher	(n=1053; 155,70; **p<0,001**							

A grande maioria das inquiridas (88,4%) não tem seguro de saúde privado e os dados apresentados no Quadro 3. 69 confirmam a ocorrência de diferenças significativas nos três grupos em estudo (p<0,001). As diferenças revelam-se entre os grupos casos (muito pobres) e controlos 1 (pobres), apresentando menor percentagem do que o esperado de seguros de saúde, e o grupo de controlos 2 (não pobres), com percentagens mais elevadas do que o esperado.

Quadro 3. 69. Existência de Seguro de Saúde privado, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Seguro de saúde privado	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Não	296	98,0 (6,2)	274	94,5 (3,8)	352	78,0 (-9,1)	922	88,4
Sim	6	**2,0 (-6,2)**	16	5,5 **(-3,8)**	99	**22,0 (9,1)**	121	11,6
TOTAL	302	100,0	290	100,0	451	100,0	1043	100,0
Teste χ^2	n=1043; χ^2 (2)=84,79; **p<0,001**							

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos em estudo relativamente ao "tipo de seguro de saúde" (p= 0,358), com 52,1% a afirmarem ter seguro pessoal, 42,1% seguro de empresa, 0,8% seguro colectivo e 5,0% outro.

A esmagadora maioria (90,6%) das inquiridas refere ter médico de família (Quadro 3. 70), concluindo-se que existem diferenças significativas nas distribuições de respostas entre os três grupos em estudo. Através da análise de resíduos percebe-se que as diferenças ocorrem entre grupos controlos 1 (pobres) e controlos 2 (não pobres), com este grupo a responder mais no sentido de não ter médico de família.

Quadro 3. 70. Ter médico de família do Centro de Saúde da área de residência, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Médico de família	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	29	9,6 (0,1)	17	5,8 **(-2,5)**	53	11,6 **(2,1)**	99	9,4
Sim	272	90,4 (-0,1)	275	94,2 (2,5)	403	88,4 (-2,1)	950	90,6
TOTAL	301	100,0	292	100,0	456	100,0	1049	100,0
Teste χ^2	n=1049; χ^2 (2)=7,02; **p=0,030**							

No Quadro 3. 71 pode-se observar que a maioria (75,1%) das inquiridas refere não ter cartão de saúde da SCML. Segundo a análise efectuada existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos em estudo (p<0,001) e através da análise de resíduos sabe-se que, mais uma vez, as diferenças acontecem entre os grupos de mulheres muito pobres e pobres *vs*. grupo de mulheres não pobres, sendo que este grupo apresenta respostas sobretudo no sentido de não ter cartão de saúde da SCML.

Quadro 3. 71. Ter cartão de saúde da SCML, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Cartão de saúde da SCML	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	187	61,9 (-6,3)	175	60,1 (-7,0)	397	95,0 (12,3)	759	75,1
Sim	115	38,1 **(6,3)**	116	39,9 **(7,0)**	21	5,0 **(-12,3)**	252	24,9
TOTAL	302	100,0	291	100,0	418	100,0	1011	100,0
Teste χ^2	n=1011; χ^2 (2)=151,09; **p<0,001**							

ACESSO GEOGRÁFICO

1. Transporte utilizado para a deslocação à unidade de saúde mais próxima da área de residência (CS, hospital e SCML)

Começamos por perguntar às mulheres qual o meio de transporte que utilizam ou utilizariam normalmente para se deslocar: a) ao seu Centro de Saúde; b) ao Hospital mais próximo da zona onde habita, e c) ao serviço de saúde da SCML que haviam referido, numa pergunta anterior.

a) Em termos do meio de transporte utilizado para a deslocação ao Centro de Saúde verifica-se que 46,8% utilizam o "transporte público", seguido de 33,8% que "vai/iria a pé" e 17,9% que vão de "carro próprio ou de alguém próximo". As diferenças são estatisticamente significativas (p<0,001) e, segundo a análise de resíduos, elas acontecem nos dois primeiros itens e, mais uma vez, entre os grupos de mulheres muito pobres e pobres *vs.* as mulheres não pobres (as primeiras respondem mais "vai/iria a pé" e as segundas utilizam mais "carro próprio ou de alguém próximo").

Quadro 3. 72. Meio de transporte utilizado para ir ao CS, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Transporte para o CS	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vai / iria a pé	139	**45,7 (5,2)**	126	**43,2 (4,0)**	91	**20,0 (-8,3)**	356	33,8
Carro próprio ou de alguém próximo	13	**4,3 (-7,3)**	20	6,8 **(-5,8)**	155	**34,0 (11,9)**	188	17,9
Transporte público	144	47,4 (0,2)	144	49,3 (1,0)	204	44,7 (-1,2)	492	46,8
Táxi	1	0,3 (-0,7)	1	0,3 (-0,6)	4	0,9 (1,2)	6	0,6
Não costuma ir lá	7	2,3 (2,9)	1	0,3 (-1,3)	2	0,4 (-1,5)	10	1,0
TOTAL	304	100,0	292	100,0	456	100,0	1052	100,0
Teste Exacto de Fisher	n=1052; 179,33; **p<0,001**							

b) Quanto ao meio de transporte para ir ao Hospital, a maioria das mulheres (55,8%) utiliza o "transporte público" e 29,6% vão de "carro próprio ou de alguém próximo". Segundo a análise efectuada existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos

(p<0,001), sendo que essas diferenças ocorrem entre os grupos casos (muito pobres) e controlos 1 (pobres), que utilizam menos o "carro próprio ou de alguém próximo" e mais o "transporte público" *vs.* o grupo de controlos 2 (não pobres), que utilizam mais o "carro próprio ou de alguém próximo" e vão menos a pé e de "transporte público".

Quadro 3. 73. Meio de transporte utilizado para ir ao Hospital, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Transporte para o hospital	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vai / iria a pé	18	5,9 (2,1)	17	5,8 (2,0)	6	1,3 **(-3,8)**	41	3,9
Carro próprio ou de alguém próximo	33	10,9 **(-8,5)**	55	18,8 **(-4,8)**	222	49,1 **(12,1)**	310	29,6
Transporte público	221	72,7 **(7,1)**	184	62,8 (2,9)	180	39,8 **(-9,0)**	585	55,8
Táxi	27	8,9 (0,6)	26	8,9 (0,6)	32	7,1 (-1,1)	85	8,1
Serviço bombeiros/ambulância	2	0,7 (0,2)	3	1,0 (1,2)	1	0,2 (-1,3)	6	0,6
Não costuma ir lá	3	1,0 (-1,6)	8	2,7 (0,9)	11	2,4 (0,7)	22	2,1
TOTAL	304	100,0	293	100,0	452	100,0	1049	100,0
Teste χ^2	n=1049; χ^2 (10)=164,06; **p<0,001**							

c) Relativamente ao meio de transporte usado para a deslocação aos serviços de saúde da SCML, a maioria da mulheres (56,6%) "vai/iria a pé" e 27,5% de "transporte público". As diferenças são estatisticamente significativas (p=0,002) e registam-se, mais uma vez, por um lado, entre casos e controlos 1 (muito pobres e pobres), com grande percentagem a mencionar a opção "vai/iria a pé" e menos do que o esperado a referir "não costuma ir lá" e, por outro, o grupo de controlos 2 (mulheres não pobres).

Quadro 3. 74. Meio de transporte para utilizar os serviços de saúde da SCML, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Transporte para unidade saúde SCML	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Vai / iria a pé	73	64,0 (2,0)	89	67,9 **(3,4)**	19	25,3 **(-6,2)**	181	56,6
Carro próprio ou de alguém próximo	3	2,6 (-2,5)	6	4,66 (-1,7)	15	20,0 **(4,7)**	24	7,5
Transporte público	36	31,6 (1,2)	34	26,0 (-0,5)	18	24,0 (-0,8)	88	27,5
Táxi	0	0,0 (-1,1)	1	0,8 (0,3)	1	1,3 (0,9)	2	0,6
Não costuma ir lá	2	1,8 (-3,0)	1	0,8 (-3,9)	22	29,3 **(7,9)**	25	7,8
TOTAL	114	100,0	131	100,0	75	100,0	320	100,0
Teste χ^2	n=320; χ^2 (8)=98,41; **p=0,002**							

2. Distância (tempo em minutos) à unidade de saúde mais próxima da área de residência (CS, hospital e SCML)

De seguida perguntámos qual o tempo necessário, em minutos, para chegar ao CS, ao hospital e aos serviços de saúde da SCML, com a média a situar-se nos 13,97 minutos, mas não existindo diferença estatisticamente significativa entre os três grupos em estudo no tempo necessário para chegar aos serviços de saúde da SCML (p=0,912).

Quanto ao CS (Quadro 3. 75) verifica-se que o tempo necessário para a deslocação oscila entre 2 e 90 minutos e que o tempo médio é de 17,54 minutos. Quanto à distribuição do tempo dispendido para chegar ao CS constata-se a existência de diferenças significativas em pelo menos um dos três grupos em estudo (teste Kruskal-Wallis). A comparação múltipla de medianas (cfr. Mello, 1997) refere que o grupo de controlos 2 (não pobres) apresenta diferenças significativas relativamente aos grupos casos e controlos 1 (muito pobres e pobres), não se verificando diferenças significativas entre os grupos casos (muito pobres) e controlos 1 (pobres) (Anexo 16).

No que diz respeito ao tempo necessário para a deslocação ao hospital mais próximo do local onde residem este varia entre 2 e 180 minutos e tem a duração média de 29,53 minutos (Quadro 3. 75). Quanto à distribuição do tempo dispendido para chegar ao CS constata-se a existência de diferenças significativas em pelo menos um dos grupos em estudo (teste Kruskal-Wallis). Segundo a comparação múltipla de medianas (cfr. Mello, 1997) todos os grupos são significativamente diferentes entre si (Anexo 16).

Quadro 3. 75. Tempo necessário (em minutos) para a deslocação ao CS e ao Hospital, segundo os grupos em estudo

	Casos	Controlos1	Controlos2	TOTAL
Tempo (em minutos) deslocação ao CS				
Média	18,98	19,39	15,40	17,54
Mediana	15,00	15,00	10,00	15,00
Desvio-padrão	12,84	13,62	13,22	13,35
Mínimo	2	2	2	2
Máximo	75	90	90	90
Teste Kruskal-Wallis	n=1037; $\chi^2_{KW}{}^{(2)}(2) = 40,32$; **p<0,001**			

	Casos	Controlos1	Controlos2	TOTAL
Tempo (em minutos) deslocação ao Hospital				
Média	34,09	30,50	25,77	29,53
Mediana	30,00	30,00	20,00	30,00
Desvio-padrão	20,24	17,76	15,41	17,93
Mínimo	2	5	3	2
Máximo	180	90	90	180
Teste Kruskal-Wallis	n=1023; $\chi^2_{KW}{}^{(2)}(2) = 40,62$; **p<0,001**			

ACESSO TELEFÓNICO E/OU ELECTRÓNICO COM ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE NO ÚLTIMO MÊS

A grande maioria das entrevistadas (81,4%) revelou não ter efectuado qualquer contacto telefónico e/ou através de e-mail com qualquer profissional de saúde, no último mês. Os dados revelam haver uma diferença significativa entre os grupos (p<0,001) e através da análise de resíduos entende-se que as diferenças se situam entre casos (muito pobres) e controlos 2 (não pobres), com as mulheres não pobres a revelarem ter maior contacto telefónico e/ou por e-mail com um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde do que as mulheres mais pobres (Quadro 3. 76).

Quadro 3. 76. Acesso telefónico e/ou electrónico, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Telefonema /e-mail para profissionais de saúde	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	263	86,8 (2,9)	246	84,0 (1,3)	346	76,0 (-3,9)	855	81,4
Sim	40	**13,2 (-2,9)**	47	16,0 (-1,3)	109	**24,0 (3,9)**	196	18,6
TOTAL	303	100,0	293	100,0	455	100,0	1051	100,0
Teste χ^2	n=1051; χ^2 (2)=15,68; **p<0,001**							

ACESSO ECONÓMICO

Relativamente ao acesso económico, analisa-se a (in)capacidade das inquiridas conseguirem comportar custos com saúde, nomeadamente comprar medicamentos, fazer consultas e utilizar os meios complementares de diagnóstico.

A análise dos dados confirma a existência de diferenças significativas (p<0,001) entre os três grupos em estudo relativamente à capacidade financeira para comprar medicamentos, quer seja para a "própria", para os "filhos" ou para "outras pessoas do agregado" (Quadro 3. 77). Segundo a análise de resíduos em todos os itens as diferenças ocorrem entre os grupos de casos e controlos 1 (muito pobres e pobres), que denotanm maiores incapacidades financeiras para comprar medicamentos e o grupo de controlos 2 (não pobres). Um outro aspecto que gostaria de salientar é o facto de as mulheres revelarem maior propensão para deixarem de comprar medicamentos para si (resposta afirmativa de 36,7%), depois para "outras pessoas do agregado" (23,7%) e em último lugar deixam de comprar para os "filhos" (21,5%).

Quadro 3. 77. Ter deixado de comprar medicamentos por incapacidade financeira: para a própria, para os filhos e para outras pessoas do agregado, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Para a própria	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	111	**39,6 (-9,7)**	134	**48,2 (-6,1)**	393	**87,3 (14,2)**	638	63,3
Sim	169	**60,4 (9,7)**	144	**51,8 (6,1)**	57	**12,7 (-14,2)**	370	36,7
Teste χ^2	n=1008; χ^2 (2)=206,60; **p<0,001**							
Para os filhos								
Não	160	65,0 (-6,2)	159	71,0 (-3,2)	306	**93,9 (8,8)**	625	78,5
Sim	86	**35,0 (6,2)**	65	**29,0 (3,2)**	20	**6,1 (-8,8)**	171	21,5
Teste χ^2	n=796; χ^2 (2)=79,55; **p<0,001**							
Para outras pessoas do agregado								
Não	118	**57,8 (-7,2)**	137	**61,7 (-6,0)**	384	**93,4 (11,4)**	639	76,3
Sim	86	**42,2 (7,2)**	85	**38,3 (6,0)**	27	**6,6 (-11,4)**	198	23,7
Teste χ^2	n=837; χ^2 (2)=131,42; **p<0,001**							

Os dados confirmam a existência de diferenças estatisticamente significativas (p<0,001) entre os três grupos em estudo também no que se refere à capacidade de pagar as consultas de "médicos especialistas" e "dentistas". Os resíduos demonstram que, mais uma vez, as diferenças são explicadas pela distribuição das respostas dos grupos casos e controlos 1 (muito pobres e pobres) *vs.* controlos 2 (não pobres), sendo que as mulheres não pobres revelam uma capacidade de comportar os custos muito superior ao esperado. É importante realçar que relativamente aos "dentistas" 44,6% do total das inquiridas revelam incapacidade de pagar consultas em "dentista" (Quadro 3. 78).

Quadro 3. 78. Ter deixado de fazer consultas: médicos especialistas e dentistas, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Médicos especialistas [a)]	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	174	67,7 (-3,7)	186	69,4 (-3,0)	380	**85,0 (6,0)**	740	76,1
Sim	83	32,3 (3,7)	82	30,6 (3,0)	67	**15,0 (-6,0)**	232	23,9
Teste χ^2	n=972; χ^2 (2)=36,11; **p<0,001**							
Dentistas [b)]								
Não	101	39,1 (-6,2)	97	39,0 (-6,1)	325	**74,4 (10,9)**	523	55,4
Sim	157	60,9 (6,2)	152	61,0 (6,1)	112	**25,6 (-10,9)**	421	44,6
Teste χ^2	n=944; χ^2 (2)=118,48; **p<0,001**							

Através da análise dos dados percebe-se que há diferenças estatisticamente significativas na distribuição das respostas (p<0,001) dos três grupos em estudo quanto à capacidade de pagar "óculos", "meios complementares de diagnóstico", "fisioterapia" e "próteses". Através da análise de resíduos fica também demonstrado que as diferenças acontecem entre grupos de casos e de controlos 1 (muito pobres e pobres), com mais respostas positivas do que o esperado no sentido de não conseguir comportar custos com saúde e de controlos 2 (não pobres), posicionando as suas respostas no sentido de não revelarem incapacidade para pagar os custos com a saúde.

Quadro 3. 79. Ter deixado de comprar óculos, incapacidade para pagar fazer meios complementares de diagnóstico, fisioterapia e próteses, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Óculos	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	80	40,4 (-5,9)	79	36,4 (-7,7)	306	79,9 (11,9)	465	58,3
Sim	118	59,6 (5,9)	138	63,6 (7,7)	77	20,1 (-11,9)	333	41,7
Teste χ^2	n=798; χ^2 (2)=142,31; **p<0,001**							
Meios complementares de dignóstico[)]								
Não	187	79,6 (-3,0)	180	75,9 (-4,9)	384	94,6 (7,1)	751	85,5
Sim	48	20,4 (3,0)	57	24,1 (4,9)	22	5,4 (-7,1)	127	14,5
Teste χ^2	n=878; χ^2 (2)= 51,20; **p<0,001**							
Fisioterapia								
Não	118	75,6 (-4,4)	111	75,0 (-4,5)	336	95,7 (7,6)	565	86,3
Sim	38	24,4 (4,4)	37	25,0 (4,5)	15	4,3 (-7,6)	90	13,7
Teste χ^2	n=655; χ^2 (2)= 57,21; **p<0,001**							
Próteses								
Não	66	68,0 (-4,6)	66	63,5 (-6,3)	277	96,2 (9,0)	409	83,6
Sim	31	32,0 (4,6)	38	36,5 (6,3)	11	3,8 (-9,0)	80	16,4
Teste χ^2	n=489; χ^2 (2)= 81,29; **p<0,001**							

TEMPO DE ESPERA PELA UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE

No que diz respeito ao tempo de espera para a utilização dos cuidados de saúde no CS, Hospital e unidades de saúde da SCML foram colocadas três questões.

Em primeiro lugar, procurei saber se a última consulta efectuada no CS e na unidade de saúde da SCML foi realizada no mesmo dia em que foi feita a marcação ou se foi necessário esperar mais

do que um dia. Quanto à SCML não se verificaram diferenças estatisticamente significativas (p=0,771), 12,4% tiveram consulta no próprio dia e 87,6% tiveram que esperar mais do que um dia. No que se refere ao CS (Quadro 3. 80) verifica-se que a maioria (57,9%) das mulheres respondeu que teve de esperar "mais do que 1 dia". Segundo a análise efectuada existem diferenças significativas entre os três grupos (p<0,001), sendo que elas ocorrem entre os grupos de casos (muito pobres) e de controlos 2 (não pobres), com uma percentagem mais elevada a referir ter esperado "mais do que 1 dia" pela última consulta.

Quadro 3. 80. Espera para última consulta no CS, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Tempo para a consulta - CS	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
No próprio dia	109	50,0 (2,8)	95	45,5 (1,2)	114	34,7 (-3,6)	318	42,1
Mais do que 1 dia	109	50,0 **(-2,8)**	114	54,5 (-1,2)	215	65,3 **(3,6)**	438	57,9
TOTAL	218	100,0	209	100,0	329	100,0	756	100,0
Teste χ^2	n=756; χ^2 (2)=14,03; **p=0,001**							

Em segundo lugar, as inquiridas foram questionadas acerca do número de dias que tiveram de esperar pela última consulta no CS e nas unidades de saúde da SCML.

Como é possível verificar no Quadro 3.81, 28,9% esperaram até 1 semana, mas 40,0% das mulheres dizem que esperaram entre 15 a 30 dias, constatando-se a existência de diferenças significativas entre os três grupos em estudo. A análise de resíduos demonstra que o grupo de controlos 2 (não pobres) apresenta diferenças significativas relativamente aos grupos casos e controlos 1 (muito pobres e pobres) em termos dos dias de espera pelas consultas. Ou seja, o grupo de mulheres não pobres contribui mais para o item espera de 15 a 30 dias e menos para o item até 7 dias de espera.

Quadro 3. 81. Dias de espera para a última consulta no CS, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Dias de espera CS	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
≤7 dias	43	**39,4 (2,8)**	41	36,6 (2,1)	41	**19,3 (-4,3)**	125	28,9
[7 a 15 dias[	21	19,3 (0,9)	24	21,4 (1,6)	27	12,7 (-2,1)	72	16,6
[15 a 30 dias[	36	33,0 (-1,7)	34	30,4 (-2,4)	103	**48,6 (3,6)**	173	40,0
>30 dias	9	8,3 (-2,2)	13	11,6 (-1,0)	41	19,3 (2,8)	63	14,5
TOTAL	109	100,0	112	100,0	212	100,0	433	100,0
Teste χ^2	n=433; χ^2 (6)=31,97; **p<0,001**							

Quanto aos dias de espera necessários para obter consulta na SCML não se registaram diferenças significativas entre os grupos (p=0,141) e em termos de distribuição de respostas 32,6% disseram mais do que 30 dias, 30,6% responderam de 15 a 30 dias, 21,5% afirmaram até 7 dias e 15,3% de 7 a 15 dias.

Em terceiro lugar, procuramos saber qual a percepção sobre o tempo de espera na última consulta, se havia sido "demorado" (53,3% CS; 44,8% SCML) ou "não demorado" (46,7% CS; 55,2% SCML), não se verificando haver diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos em estudo, no CS (p=0,078) e nas unidades de saúde da SCML (p=0,967).

PERCEPÇÃO SOBRE DISPONIBILIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE NA ÁREA DE RESIDÊNCIA

Com o objectivo de obter as percepções das inquiridas sobre a disponibilidade de cuidados de saúde, colocámos a seguinte questão: daquilo que sabe sobre os cuidados de saúde disponíveis na zona onde habita, em que medida é fácil ou difícil conseguir: médico de família, médicos especialistas, dentistas: não existem diferenças estatisticamente significativas nas respostas às opções "médicos de outras especialidades" (p=0,093) e "dentistas" (p=0,026); consultas e tratamentos hospitalares, serviços de urgência - não existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos em estudo, nas "consultas e tratamentos hospitalares" (p=0,708) e no "serviço de urgência" (p=0,142); consultas de planeamento familiar, materno-infantil e ginecologia/obstetrícia.

No Quadro 3. 82 encontram-se os dados relativos à percepção que as inquiridas têm sobre a disponibilidade de conseguir médico de família, sendo que 43,4% consideram "fácil" e 29,5% "difícil". Existem diferenças estatisticamente significativas na distribuição das respostas pelos três grupos em estudo p<0,001). Segundo a análise de resíduos estas diferenças ocorrem entre os grupos de controlos 2 (não pobres), com uma percepção mais negativa, revelando uma posição superior ao esperado nos itens "difícil" e "muito difícil", e muito inferior ao esperado no item "fácil") e o grupo de casos (muito pobres), com uma posição superior ao esperado no item "fácil".

Quadro 3. 82. Percepção sobre facilidade de conseguir Médico de Família, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Médico de família	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito dificil	21	7,2 (-3,0)	24	8,6 (-2,1)	76	17,4 **(4,6)**	121	12,0
Difícil	71	24,4 (-2,2)	66	23,6 (-2,5)	160	36,6 **(4,4)**	297	29,5
Nem fácil, nem difícil	33	11,3 (-0,9)	34	12,1 (-0,4)	62	14,2 (1,2)	129	12,8
Fácil	157	54,0 **(4,3)**	147	52,5 **(3,6)**	133	30,4 **(-7,2)**	437	43,4
Muito fácil	9	3,1 (0,9)	9	3,2 (1,1)	6	1,4 (-1,8)	24	2,4
Teste χ^2	n=1008; χ^2 (8)=66,58; **p<0,001**							

Os dados demonstram existir diferenças estatisticamente significativas entre a percepção sobre a disponibilidade de consultas de planeamento familiar (p=0,016), de consultas materno infantil (p=0,004) e consultas de ginecologia/obstetrícia (p<0,001) e os grupos a que as inquiridas pertencem. Através da análise de resíduos pode-se perceber que essas diferenças ocorrem sobretudo entre os grupos casos e controlos 1 (muito pobres e pobres) *vs*. o grupo de controlos 2 (não pobres), sendo que estas mulheres revelam uma perspectiva mais negativa, no sentido de ser mais difícil conseguir as consultas (Quadro 3. 83).

Quadro 3. 83. Percepção sobre facilidade para conseguir consulta de: planeamento familiar, materno-infantil e ginecologia/obstetrícia, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Planeamento familiar	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito dificil	3	1,9 (-1,2)	7	3,8 (0,3)	13	4,0 (0,8)	23	3,5
Difícil	25	16,0 (1,6)	17	9,2 (-1,5)	40	12,4 (0,0)	82	12,4
Nem fácil, nem difícil	9	5,8 (-3,4)	29	15,7 (0,8)	55	17,1 (2,2)	93	14,0
Fácil	111	71,2 (1,7)	120	64,9 (-0,3)	204	63,4 (-1,2)	435	65,6
Muito fácil	8	5,1 (0,4)	12	6,5 (1,5)	10	3,1 (-1,7)	30	4,5
Teste χ^2	n=663; χ^2 (8)=18,83; **p=0,016**							
Consulta materno-infantil								
Muito dificil	2	1,0 (-2,2)	12	6,7 (2,7)	8	3,2 (-0,4)	22	3,5
Difícil	29	15,2 (1,1)	25	14,0 (0,5)	26	10,4 (-1,5)	80	12,9
Nem fácil, nem difícil	22	11,5 (-0,5)	14	7,8 (-2,3)	42	16,8 (2,6)	78	12,6
Fácil	126	66,0 (0,2)	113	63,1 (-0,7)	166	66,4 (0,5)	405	65,3
Muito fácil	12	6,3 (0,5)	15	8,4 (1,9)	8	3,2 (-2,2)	35	5,6
Teste χ^2	n=620; χ^2 (8)=22,89; **p=0,004**							

Consulta de ginecologia / obstetrícia								
Muito dificil	9	5,1 (-3,0)	30	17,1 (2,9)	33	11,4 (0,1)	72	11,2
Difícil	37	20,9 (-0,2)	37	21,1 (-0,1)	64	22,1 (0,3)	138	21,5
Nem fácil, nem difícil	18	10,2 (-1,6)	16	9,1 (-2,0)	53	18,3 (3,2)	87	13,6
Fácil	108	61,0 (3,1)	85	48,6 (-0,8)	134	46,4 (-2,1)	327	51,0
Muito fácil	5	2,8 (0,2)	7	4,0 (1,3)	5	1,7 (-1,3)	17	2,7
Teste χ^2	n=641; χ^2 (8)=27,42; **p<0,001**							

3.7.4.1 Utilização de cuidados de saúde

UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE GERAIS: CENTRO DE SAÚDE E SCML

Quanto à utilização dos cuidados de saúde gerais, foram efectuadas questões relativas ao CS e aos serviços de saúde da SCML.

A análise dos dados relativos ao CS indica que as diferenças de utilização entre os três grupos em estudo são estatisticamente significativas (p<0,001). A grande maioria (74,1%) utilizou o CS nos últimos 12 meses, mas as mulheres do grupo de controlos 2 (não pobres) utilizaram em maior expressão "uma vez", comparativamente às mulheres dos outros dois grupos (muito pobres e pobres) e registam níveis de utilização "mais do que uma vez" inferiores ao esperado (Quadro 3. 84).

Quadro 3. 84. Utilização de alguma consulta no CS, nos últimos 12 meses, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Teve alguma consulta nos últimos 12 meses	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	83	27,3 (0,7)	77	26,3 (0,2)	113	24,7 (-0,8)	273	25,9
Sim , uma vez	46	**15,1 (-3,1)**	46	15,7 (-2,7)	132	**28,9 (5,3)**	224	21,3
Sim, mais que uma vez	175	57,6 (2,0)	170	58,0 (2,1)	212	**46,4 (-3,7)**	557	52,8
TOTAL	304	100,0	293	100,0	457	100,0	1054	100,0
Teste χ^2	χ^2 (4)= 28,99**; p<0,001**							

Relativamente às especialidades utilizadas pelas mulheres nos últimos 12 meses no CS apenas se registou uma diferença estatisticamente significativa (p<0,001) nas consultas de "pediatria". Nas restantes especialidades a análise indica não existir uma diferença estatisticamente significativa na distribuição das respostas dos três grupos em estudo: "médico de família" (p=0,397);

"enfermagem" (p=0,101); "psicologia" (p=0,171); "saúde materna – pré-natal" (p=0,142); "planeamento familiar" (p=0,363); "dentista" (p=0,222); "oftalmologia" (p=0,080); "osbtetrícia/ginecologia" (p=0,285). Do total de mulheres que respondeu ter utilizado consultas de pediatria as que pertencem ao grupo de controlos 2 (não pobres) utilizou menos do que o esperado, manifestando assim uma diferença relativamente aos outros dois grupos em estudo (muito pobres e pobres).

A análise dos dados (Quadro 3.85) demonstra que existem diferenças estatisticamente significativas (p<0,001) entre os três grupos nas razões apontadas para terem feito a última consulta no CS. As diferenças ocorrem entre as mulheres dos controlos 2 (não pobres) e dos casos (muito pobres), com as não pobres a fazer mais "exames de rotina (sem ser por doença) " do que o esperado e as não pobres menos e também as mulheres não pobres afirmam fazer menos "consultas infantis" no CS do que o esperado

Quadro 3. 85. Qual a principal razão para a fazer a última consulta no CS, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Razão principal para ter ido à consulta	Casos		Controlos 1		Controlos 2		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Exame de rotina (motivado por doença)	25	11,3 (-0,5)	24	11,1 (-0,6)	46	13,5 (1,0)	95	12,2
Exame de rotina (sem ser por doença)	23	10,4 **(-4,3)**	36	16,7 (-1,5)	98	28,8 **(5,3)**	157	20,2
Para pedir receitas ou exames (análises, RX, etc)	38	17,2 (2,5)	34	15,7 (1,7)	25	7,4 (-3,8)	97	12,5
Para mostrar resultados de exames	12	5,4 (-1,3)	14	6,5 (-0,6)	31	9,1 (1,7)	57	7,3
Para fazer exames	15	6,8 (-0,5)	14	6,5 (-0,7)	30	8,8 (1,1)	59	7,6
Para fazer tratamentos	7	3,2 (2,3)	4	1,9 (0,4)	1	0,3 (-2,5)	12	1,5
Para medir pressão arterial	0	0,0 (-0,6)	0	0,0 (-0,6)	1	0,3 (1,1)	1	0,1
Para obter certificados (ex.carta de condução, etc)	2	0,9 (-0,6)	6	2,8 (2,3)	2	0,6 (-1,5)	10	1,3
Para consulta de planeamento familiar	10	4,5 (-0,5)	19	8,8 (2,9)	11	3,2 (-2,1)	40	5,1
Para consulta pre-natal	10	4,5 (1,0)	4	1,9 (-1,5)	13	3,8 (0,5)	27	3,5
Consulta infantil	18	8,1 (2,0)	17	7,9 (1,8)	8	2,4 **(-3,4)**	43	5,5
Porque se sentiu doente	47	21,3 (2,3)	33	15,3 (-0,6)	48	14,1 (-1,6)	128	16,5
Para ter baixa (atestado médico)	6	2,7 (-0,9)	4	1,9 (-1,7)	19	5,6 (2,4)	29	3,7
Outra	8	3,6 (0,8)	7	3,2 (0,4)	7	2,1 (-1,1)	22	2,8
TOTAL	221	100,0	216	100,0	340	100,0	777	100,0
Teste χ^2	χ^2 (26)= 89,24 **; p<0,001**							

Analisando os dados referentes à utilização de consultas nos serviços de saúde da SCML, nos últimos 12 meses, percebe-se que existem diferenças significativas (p<0,001) entre os três grupos em estudo. As diferenças de utilização verificam-se entre as mulheres muito pobres e pobres, sendo que estas utilizaram sobretudo "uma vez" e as muito pobres "mais do que uma vez" (Quadro 3. 86).

Quadro 3. 86. Utilização de consultas nos serviços de saúde da SCML, nos últimos 12 meses, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Teve alguma consulta nos últimos 12 meses	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	195	72,8 (-4,7)	199	70,6 (-6,0)	398	96,1 (9,8)	792	82,2
Sim, uma vez	14	5,2 (0,0)	29	10,3 **(4,6)**	7	**1,7 (-4,2)**	50	5,2
Sim, mais que uma vez	59	**22,0 (5,4)**	54	19,1 **(3,9)**	9	**2,2 (-8,5)**	122	12,7
TOTAL	268	100,0	282	100,0	414	100,0	964	100,0
Teste χ^2	χ^2 (4)= 105,10 **; p<0,001**							

Quanto aos dados relativos às especialidades utilizadas pelas inquiridas nas unidades de saúde da SCML não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em estudo.

UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE COM O ÚLTIMO FILHO

Através da análise dos dados relativos ao local onde as mulheres fizeram as consultas no primeiro ano de vida do seu último filho, confirma-se a existência de diferenças significativas (p<0,001) entre os três grupos em estudo relativamente à unidade de saúde da "SCML" e "medicina privada". As mulheres pobres (controlos 1) responderam de uma forma muito superior ao esperado que utilizaram as unidades de saúde da SCML para as consultas dos seus últimos filhos. Quanto à utilização da "medicina privada" as diferenças acontecem claramente entre grupos de casos e de controlos 1 (muito pobres e pobres), que utilizam muito menos e o grupo de controlos 2 (não pobres). De qualquer forma, realço o facto de serem apenas 10,3% do total que referiram utilizar a "medicina privada" (Quadro 3. 87).

Quadro 3. 87. Local da consulta no primeiro ano de vida, do último filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

SCML	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	207	81,2 (-2,2)	170	74,9 (-5,2)	265	97,4 (7,1)	642	85,1
Sim	48	18,8 (2,2)	57	25,1 **(5,2)**	7	2,6 (-7,1)	112	14,9
Teste χ^2	n=754; χ^2 (2)= 54,48 ; **p<0,001**							

Medicina Privada								
Não	251	98,4 (5,7)	222	97,8 (4,8)	203	74,6 (-10,2)	676	89,7
Sim	4	1,6 (-5,7)	5	2,2 (-4,8)	69	25,4 **(10,2)**	78	10,3
Teste χ^2	n=754; χ^2 (2)= 103,59 ; **p<0,001**							

UTILIZAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE MATERNA (PRÉ-CONCEPCIONAL, O PRÉ-NATAL, O PARTO E O PÓS-PARTO)

O conjunto de informação disponível sobre utilização de cuidados de saúde no período reprodutivo das mulheres inclui questões sobre o pré-concepcional, o pré-natal, o parto e o pós-parto. Os dados foram recolhidos para todos e cada um dos filhos que as mulheres tivessem, quer vivessem no momento com elas, ou não. Apresenta-se de seguida a análise dos dados relativos ao primeiro filho e ao último filho, sendo que em algumas circunstâncias poder-se-á estar a falar da mesma informação, mas importa fazer este paralelo, tendo em conta o calendário de fecundidade já referido.

PRIMEIRO FILHO

Como é possível observar no Quadro 3. 88 a maioria das mulheres não fez uma consulta pré-concepcional (78,8%), mas regista-se uma diferença significativa entre os três grupos (p<0,001). Através da análise de resíduos percebe-se que as mulheres não pobres (controlos 2) são as que mais fizeram este tipo de consulta por oposição às mulheres pobres (controlos 1).

Quadro 3. 88. Consulta pré-concepcional – primeiro filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Fez consulta pré-concepcional	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	211	82,7 (1,9)	197	87,2 (3,7)	186	68,1 (-5,4)	594	78,8
Sim	44	17,3 (-1,9)	29	**12,8 (-3,7)**	87	**31,9 (5,4)**	160	21,2
TOTAL	255	100,0	226	100,0	273	100,0	754	100,0
Teste χ^2	χ^2 (2)= 30,42 ; **p<0,001**							

Relativamente ao serviço de saúde que a mulheres procuraram para fazer o pré-concepcional verifica-se que 57% fizeram no CS e 23,4% na medicina privada (Quadro 3. 8989) e que existem

diferenças significativas entre os grupos (p<0,001). A explicação para as diferenças acontece devido à superior utilização da medicina privada por parte das mulheres consideradas não pobres em comparação com as mulheres muito pobres, onde não se verificou qualquer registo.

Quadro 3. 89. Tipo de local onde fez a consulta pré-concepcional – primeiro filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Local	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Centro de saúde	29	65,9 (1,4)	20	74,1 (2,0)	41	47,1 (-2,8)	90	**57,0**
Hospital	13	29,5 (2,6)	3	11,1 (-0,9)	11	12,6 (-1,6)	27	17,1
SCML	1	2,3 (0,7)	1	3,7 (1,2)	0	0,0 (-1,6)	2	1,3
Medicina privada	0	0,0 **(-4,3)**	3	11,1 (-1,7)	34	39,1 **(5,1)**	37	**23,4**
Outro	1	2,3 (0,7)	0	0,0 (-0,6)	1	1,1 (-0,1)	2	1,3
TOTAL	44	100,0	27	100,0	87	100,0	158	100,0
Teste Exacto Fisher	38,79 ; **p<0,001**							

Não há diferenças significativas na distribuição das respostas entre os três grupos à questão sobre realização de consulta pré-natal (p=0,566), sendo que a grande maioria das mulheres (87,9%) respondeu ter recebido cuidados de saúde no primeiro filho. Destas mulheres, os dados relativos à vigilância pré-natal apontam no sentido de 87,3% terem feito a primeira consulta até às 15 semanas, mas 12,7% revelam ter sido só depois das 15 semamas, mas no grupo de mulheres muito pobres estes valores chegam aos 15,8% e nas mulheres não pobres é de 8,2%. E a análise revela existir diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em estudo (p=0,050), com diferenças entre mais e menos pobres (grupos casos *vs.* controlos2).

Quadro 3. 90. Vigilância pré-natal – primeiro filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Vigilância pré-natal	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<15 semanas	181	84,2 (-1,7)	151	85,8 (-0,7)	190	91,8 (2,4)	522	87,3
15 semanas ou mais	34	**15,8 (1,7)**	25	14,2 (0,7)	17	**8,2 (-2,4)**	76	12,7
TOTAL	215	100,0	176	100,0	207	100,0	598	100,0
Teste χ^2	χ^2 (2) = 5,99; **p=0,050**							

No Quadro 3. 91 consta a informação relativa ao profissional de saúde que fez a vigilância pré-natal, sendo que 56,4% das mulheres referiram o "obstetra" e 43,8% o "médico de família" e a

análise confirma a existência de diferenças entre os grupos (p<0,001). Não há diferenças significativas no Profissional de Saúde das consultas pré-natais: 98,5% referem que não fizeram consultas "só enfermeira do CS" (p=0,049); 11,3% referem que "não foi vigiada" (p=0,421). Em ambas as situações as diferenças acontecem entre mulheres não pobres, com respostas acima do esperado, e as mulheres muito pobres e pobres.

Quadro 3. 91. Profissional de saúde que fez consulta de pré-natal – primeiro filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Obstetra	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	121	47,5 (1,5)	113	50,0 (2,3)	95	34,8 (-3,7)	329	43,6
Sim	134	52,5 (-1,5)	113	50,0 (-2,3)	178	65,2 **(3,7)**	425	56,4
Teste χ^2	n=754; χ^2 (2)= 13,90; **p=0,001**							
Médico de família								
Não	138	54,1 (-0,8)	110	48,7 (-2,7)	176	64,5 (3,4)	424	56,2
Sim	117	45,9 (0,8)	116	51,3 (2,7)	97	35,5 **(-3,4)**	330	43,8
Teste χ^2	n=754; χ^2 (2)= 13,23; **p=0,001**							

A maioria das mulheres fez as consultas pré-natais no CS (60,1%), tendo-se registado diferenças significativas nos serviços de saúde utilizados pelas mulheres dos três grupos: CS (p=0,031), Hospital (p=0,005), SCML e Medicina Privada (p<0,001). Segundo a análise de resíduos as diferenças acontecem sempre entre o grupo de controlos 2 (não pobres) e os outros dois grupos (muito pobres e pobres), destacando-se as formas de utilização da "medicina privada" que são muito distintas, com as mulheres do grupo de controlos 2 (não pobres) a posicionarem-se de acordo com uma utilização superior ao esperado, inversamente aos outros dois grupos (muito pobres e pobres) (Quadro 3. 92).

Quadro 3. 92. Tipo de local onde fez a consulta pré-natal – primeiro filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Centro de Saúde	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	104	40,8 (0,3)	75	33,1 (-2,5)	122	44,7 (2,0)	301	39,9
Sim	151	59,2 (-0,3)	151	66,8 (2,5)	151	55,3 (-2,0)	453	60,1
Teste χ^2	n=754; χ^2 (2)= 6,94**; p=0,031**							
Hospital								
Não	169	66,3 (-2,6)	160	70,8 (-0,5)	215	78,8 (3,0)	544	72,1
Sim	86	33,7 (2,6)	66	29,2 (0,5)	58	21,2 **(-3,0)**	210	27,9
Teste χ^2	n=754; χ^2 (2)= 10,51**; p=0,005**							

SCML								
Não	238	93,3 (-0,6)	201	88,9 (-3,9)	270	98,9 (4,3)	709	94,0
Sim	17	6,7 (0,6)	25	11,1 **(3,9)**	3	1,1 **(-4,3)**	45	6,0
Teste χ^2	n=754; χ^2 (2)= 22,20**; p<0,001**							
Medicina Privada								
Não	245	96,1 (4,0)	224	99,1 (5,4)	210	76,9 (-9,1)	679	90,1
Sim	10	3,9 **(-4,0)**	2	0,9 **(-5,4)**	63	23,1 **(9,1)**	75	9,9
Teste χ^2	n=754; χ^2 (2)= 83,59**; p<0,001**							

Os partos aconteceram maioritariamente (95,9%) em "hospital público", mas a análise indica a ocorrência de diferenças significativas entre os três grupos (p<0,001) e elas acontecem sobretudo no item "clínica privada / hospital privado", com as mulheres não pobres a distinguirem-se das mulheres pobres, estas sem qualquer registo de nascimento em clínicas privadas (Quadro 3. 93).

Quadro 3. 93. Local do parto – primeiro filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Local do parto	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hospital público	248	97,3 (1,4)	221	97,8 (1,7)	254	93,0 **(-3,0)**	723	95,9
Clínica privada / hospital privado	4	1,6 (-1,6)	0	0,0 **(-3,1)**	18	6,6 **(4,5)**	22	2,9
Outro	3	1,2 (0,0)	5	2,2 (1,7)	1	0,4 (-1,6)	9	1,2
TOTAL	255	100,0	226	100,0	273	100,0	754	100,0
Teste Exacto Fisher	26,64 ; **p<0,001**							

Analisando o Quadro 3. 94 percebe-se que a maior parte das mulheres teve "parto normal" (68,0%), seguido de "cesariana" (19,0%) e que se encontram diferenças significativas entre os três grupos (p=0,003), sendo que os resíduos indicam que é no tipo de parto "cesariana" que se verifica a diferença, com as mulheres não pobres a terem um número acima do esperado deste tipo de parto.

Quadro 3. 94. Tipo de parto – primeiro filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Tipo de parto	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Parto normal	178	69,8 (0,8)	156	69,0 (0,4)	99	63,5 (-1,4)	433	68,0
Parto normal com fórceps / normal com ventosa	35	13,7 (0,7)	34	15,0 (1,4)	11	7,1 (-2,4)	80	12,4
Cesariana	41	16,1 (-1,5)	34	15,0 (-1,9)	46	29,5 **(3,8)**	121	19,0
Sozinho em casa / parto provocado	1	0,4 (-0,2)	2	0,9 (1,1)	0	0,0 (-1,0)	3	0,5
TOTAL	255	100,0	226	100,0	156	100,0	637	100,0
Teste Exacto Fisher	18,37 ; **p=0,003**							

No Quadro 3. 95 constata-se que a maioria das mulheres fez consulta de revisão do parto (67,3%) e confirma-se a existência de diferenças entre os três grupos (p<0,001). A análise dos dados permite perceber que as diferenças são acentuadas entre as mulheres não pobres (controlos 2) e as mulheres muito pobres (casos), sendo que estas últimas têm menos registos de utilização destas consultas do que o esperado, por oposição às mulheres não pobres.

Quadro 3. 95. Consulta de revisão do parto – primeiro filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Fez consulta revisão do parto	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	121	47,5 (6,2)	86	38,2 (2,1)	39	14,3 (-8,1)	246	32,7
Sim	134	**52,5 (-6,2)**	139	61,8 (-2,1)	234	**85,7 (8,1)**	507	67,3
TOTAL	255	100,0	225	100,0	273	100,0	753	100,0
Teste χ^2	χ^2 (2)= 70,42**; p<0,001**							

ÚLTIMO FILHO

No que diz respeito à utilização de consultas pré-concepcionais, os dados apontam no sentido de a maioria (81,1%) não ter feito e entre as que fizeram são as mulheres não pobres que mais se destacam neste tipo de utilização, por oposição aos outros dois grupos (Quadro 3. 936). A análise confirma que estas diferenças são significativas (p<0,001).

Quadro 3. 96. Consulta pré-concepcional – último filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Fez consulta pré-concepcional	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	219	87,6 (3,2)	197	89,1 (3,6)	181	68,3 (-6,7)	597	81,1
Sim	31	**12,4 (-3,2)**	24	10,9 (-3,6)	84	**31,7 (6,7)**	139	18,9
TOTAL	250	100,0	221	100,0	2265	100,0	736	100,0
Teste χ^2	χ^2 (2)= 44,55 ; **p<0,001**							

O Centro de Saúde foi maioritariamente utilizado para a realização das consultas pré-concepcionais (58,7%), seguido da Medicina Privada (26,1%). As diferenças na utilização dos serviços de saúde revelaram-se significativas (p<0,001), sendo precisamente explicadas pela maior utilização deste tipo de consultas pelas mulheres não pobres, inversamente às mulheres muito pobres (Quadro 3. 97).

Quadro 3. 97. Tipo de local onde fez a consulta pré-concepcional – último filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Local	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Centro de saúde	24	77,4 (2,4)	17	73,9 (1,6)	40	47,6 (-3,3)	81	**58,7**
Hospital	4	12,9 (0,1)	5	21,7 (1,5)	8	9,5 (-1,2)	17	12,3
SCML	2	6,5 (2,6)	0	0,0 (-0,6)	0	0,0 (-1,8)	2	1,4
Medicina privada	0	**0,0 (-3,8)**	1	4,3 (-2,6)	35	41,7 **(5,2)**	36	**26,1**
Outro	1	3,2 (0,9)	0	0,0 (-0,6)	1	1,2 (-0,3)	2	1,4
TOTAL	31	100,0	23	100,0	84	100,0	138	100,0
Teste Exacto Fisher	37,18 ; **p<0,001**							

Quanto à vigilância da gravidez, os dados apontam no sentido de a esmagadora maioria (91,9%) das entrevistadas ter feito as consultas pré-natais, não havendo diferenças significativas entre os três grupos em estudo (p=0,192). Quanto à vigilância pré-natal, 86,3% fizeram a primeira consulta até às 15 semanas e 13,7% depois das 15 semanas, mas estas percentagens chegam aos 19,6% para as mulheres pobres, 15,8% para as muito pobres e 6,2% para as não pobres. As diferenças entre os grupos são estatisticamente significativas, sendo que as diferenças são explicadas entre os grupos de mulheres pobres *vs.* não pobres.

Quadro 3. 98. Vigilância pré-natal – último filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Vigilância pré-natal	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<15 semanas	186	84,2 (-1,1)	152	80,4 (-2,8)	196	93,8 (3,9)	534	86,3
15 semanas ou mais	35	**15,8 (1,1)**	37	**19,6 (2,8)**	13	**6,2 (-3,9)**	85	13,7
TOTAL	221	100,0	189	100,0	209	100,0	619	100,0
Teste χ^2	χ^2 (2)= 16,23 ; **p<0,001**							

No Quadro 3. 99 pode-se confirmar a maior utilização do obstetra (53%) para fazer as consultas de vigilância pré-natal, realçando as diferenças de percentuais de utilização destas consultas no médico de família (as mulheres consideradas não pobres apresentam menos utilização do que o esperado, segundo a análise de resíduos). Não há diferenças significativas no Profissional de Saúde que fez as consultas pré-natais: 98,6% responderam "só enfermeira do CS" (p=0,347); 7,6% dizem que "não foi vigiada" (p=0,116).

Quadro 3. 99. Profissional que fez a consulta pré-natal – último filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Obstetra	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	106	42,4 (1,1)	95	42,8 (1,2)	91	34,1 (-2,3)	292	39,5
Sim	144	57,6 (-1,1)	127	57,2 (-1,2)	176	**65,9 (2,3)**	447	60,5
Teste χ^2	n=739; χ^2 (2)= 5,16; p=0,076							
Médico de família								
Não	122	48,8 (-1,7)	102	45,9 (-2,5)	168	62,9 (4,0)	392	53,0
Sim	128	51,2 (1,7)	120	54,1 (2,5)	99	**37,1 (-4,0)**	347	47,0
Teste χ^2	n=739; χ^2 (2)= 16,75; **p=0,001**							

A análise indica que as diferenças são significativas em todos os locais de saúde utilizados pelas mulheres dos três grupos em estudo para a vigilância do pré-natal. Os resíduos vêm demonstrar que as mulheres não pobres utilizaram menos o CS, o hospital e a SCML e muito mais a Medicina Privada para as consultas pré-natais, por oposição às formas de utilização das mulheres muito pobres e pobres.

Quadro 3. 100. Tipo de local onde fez a consulta pré-natal – último filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Centro de Saúde	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	88	35,2 (-0,7)	68	30,6 (-2,3)	117	43,8 (2,9)	273	36,9
Sim	162	64,8 (0,7)	154	69,4 (2,3)	150	56,2 (-2,9)	466	63,1
Teste χ^2	n=739; χ^2 (2)= 9,54**; p=0,008**							
Hospital								
Não	149	59,6 (-3,3)	139	62,6 (-1,9)	211	79,0 (5,0)	499	67,5
Sim	101	40,4 (3,3)	83	37,4 (1,9)	56	**21,0 (-5,0)**	240	32,5
Teste χ^2	n=739; χ^2 (2)= 25,70**; p<0,001**							
SCML								
Não	233	93,2	197	88,7	264	98,9	694	93,9

		(-0,6)		(-3,9)		(4,2)		
Sim	17	6,8 (0,6)	25	**11,3 (3,9)**	3	**1,1 (-4,2)**	45	6,1
Teste χ^2				n=739; χ^2 (2)= 22,11**; p<0,001**				
Medicina Privada								
Não	243	97,2 (4,6)	220	99,1 (5,4)	203	76,0 (-9,7)	666	90,1
Sim	7	**2,8 (-4,6)**	2	**0,9 (-5,4)**	64	**24,0 (9,7)**	73	9,9
Teste χ^2				n=739; χ^2 (2)= 93,72**; p<0,001**				

Os partos aconteceram maioritariamente (96,9%) em "hospital público", mas a análise indica a ocorrência de diferenças significativas entre os três grupos (p=0,001) e elas acontecem sobretudo no item "clínica privada / hospital privado", com as mulheres não pobres a distinguirem-se das mulheres pobres (Quadro 3.101).

Quadro 3. 101. Local do parto – último filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Local do parto	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Hospital público	245	98,0 (1,2)	215	96,8 (0,0)	256	95,9 (-1,2)	716	96,9
Clínica privada / hospital privado	2	0,8 (-1,6)	1	0,5 (-1,9)	11	**4,1 (3,3)**	14	1,9
Outro	3	1,2 (0,0)	6	2,7 (2,4)	0	0,0 (-2,3)	9	1,2
TOTAL	250	100,0	222	100,0	267	100,0	739	100,0
Teste Exacto Fisher				16,86 ; **p=0,001**				

Quanto ao tipo de parto no último filho, não se verificaram diferenças significativas na distribuição das respostas (p=0,190) entre os três grupos em estudo. A maioria (70,0%) teve parto normal e 25,0% cesariana (cfr. Anexo 17).

A maioria das mulheres (68,2%) afirma ter feito a consulta de revisão do último filho. A análise do Quadro 3.102 permite concluir que existem diferenças significativas nesta utilização (p<0,001) entre os três grupos em estudo, mas através da análise de resíduos compreende-se que essas diferenças são acentuadas e acontecem entre as mulheres muito pobres e as não pobres, com estas a fazerem estas consultas muito acima do esperado.

Quadro 3. 102. Consulta de revisão do parto – último filho, segundo os grupos em estudo (frequência, percentagem e resíduos)

Fez consulta revisão do parto	Casos		Controlos 1		Controlos 2		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Não	124	49,6 (7,4)	76	34,4 (1,0)	35	13,1 (-8,2)	235	31,8
Sim	126	**50,4 (-7,4)**	145	65,6 (-1,0)	232	**86,9 (8,2)**	503	68,2
TOTAL	250	100,0	221	100,0	267	100,0	738	100,0
Teste χ^2	χ^2 (2)= 80,15**; p<0,001**							

3.7.5 Factores associados à condição social de pertença das mulheres (muito pobres, pobres e não pobres)

Anteriormente foi realizado um primeiro ensaio através da análise bivariada. Seguiu-se a regressão logística binária para avaliar a probabilidade de ser do grupo de casos (muito pobre), relativamente a ser do grupo de controlos 1 (pobre) e relativamente a ser do grupo de controlos 2 (não pobre). E ainda ser do grupo de controlos1 (pobre) relativamente a ser do grupo de controlos 2 (não pobre). Para cada uma das variáveis dependentes (variável: casos_controlos1; variável: casos_controlos2; variável: controlos1_controlos2) foram elaborados dois modelos finais ajustados: (1) um que inclui as variáveis de fecundidade e as variáveis de posssível confundimento sócio-demográficas; (2) outro que inclui as variáveis de fecundidade, as variáveis de possível confundimento sócio-demográficas e as variáveis de possível confundimento de acesso e utilização de cuidados de saúde, com o objectivo de controlar o possível efeito das questões relacionadas com o acesso e a utilização dos cuidados de saúde na condição social de pertença das mulheres.

Nos modelos finais ajustados foram incluídas as variáveis que se revelaram estatisticamente significativas nos modelos intermédios, produzidos em seis etapas (Anexo 20), para explicar a probabilidade de ser muito pobre (i.e., pertencer ao grupo de casos) e de ser pobre (i.e., pertencer ao grupo de controlos1).

3.7.5.1 Associações com a condição de uma mulher muito pobre (face às pobres)

O processo foi inciado com a selecção de variáveis de fecundidade, de possível confundimento socio-demográficas e de posssível confundimento de acesso e utilização de cuidados de saúde, distribuídas pelas seis etapas já mencionadas (cfr. Anexo 21, onde são apresentados os *outputs*

elaborados em cada uma das referidas etapas). Em cada uma destas etapas foram seleccionadas para os dois modelos finais ajustados, relativos à variável dependente casos_controlos1, as variáveis que se revelaram estatisticamente significativas nesses seis modelos intermédios, mencionadas de seguida:

Na Etapa 1, número total de filhos naturais vivos, todas as mulheres (D.3 – recod).

Na Etapa 2, que inclui as variáveis de fecundidade relativas às **tensões:** número de filhos que pensa ter (ou quer ter) menos o numero total de filhos: mais_filhos (recod).

Na Etapa 3, que inclui as variáveis de fecundidade referentes às **práticas e controlo de fecundidade:** já alguma vez teve algum tipo de gravidez que terminasse em aborto, igv, feto morto? (D.19_E.5) (recod).

Na Etapa 4, que inclui as variáveis de possível confundimento **socio-demográficas:** etnias (a_recod); rendimento agregado (recod).

Na Etapa 5, que inclui as variáveis de possível confundimento acerca dos **cuidados de saúde reprodutiva:** consulta de revisão de parto (D.8_UFrecod): utilização de consulta pós-parto_último filho.

Na Etapa 6, que inclui as variáveis de possível confundimento sobre **acesso e utilização de cuidados saúde geral:** incapacidade financeira para comprar medicamentos: para a entrevistada (I.1.1).

Recorrendo ao método *Forward:LR* ajustou-se um primeiro modelo (1) final (Quadro 3.103), estatisticamente significativo (G^2 (4) = 63,559; p<0,001); χ^2_{HL} (5) = 0,175; p=0,999; R^2_{CS} = 0,117; R^2_N = 0,156). Registou-se uma percentagem de classificação correcta de 63,3% e o modelo ajustado apresentou uma sensibilidade de 54,5% e especificidade de 72,8%, sendo estas capacidades predictivas razoáveis (segundo Maroco 2007, um modelo com percentagens entre 50% e 80% tem capacidades predictivas razoáveis, quando as percentagens são superiores a 80% o modelo tem boas capacidades predictivas e quando são abaixo de 50% as capacidades predictivas são medíocres).

Por recurso ao método *Forward:LR* ajustou-se um segundo modelo (2) final (Quadro 3.103), estatisticamente significativo (G^2 (4) = 48,826; p<0,001); χ^2_{HL} (6) = 1,689; p=0,946; R^2_{CS} = 0,114;

R^2_N = 0,152). Tendo-se registado uma percentagem de classificação correcta de 63,2%, com o modelo ajustado apresentando uma sensibilidade de 55,2% e especificidade de 72,0%, sendo estas capacidades predictivas razoáveis.

Quadro 3. 103. Modelos finais ajustados de Regressão Logística da variável "casos_controlos1": (1) em função das variáveis fecundidade e socio-demográficas; (2) em função das variáveis fecundidade, socio-demográficas e de acesso e utilização de cuidados de saúde

(1) Em função das variáveis de fecundidade (**número total de filhos[1]; tensão mais_filhos[1];** já ter tido aborto) e sociodemográficas (rendimento do agregado e etnias).

Variáveis	B	S.E.	χ^2_{Wald}	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)
Ter feito aborto (NÃO)	-,493	,193	6,509	1	,011	,611	(,418 - ,892)
ETNIAS							
Caucasiana			31,817	2	,000		
Cigana	1,493	,303	24,360	1	,000	4,453	(2,461- 8,057)
Negras e Outras	-,610	,292	4,353	1	,037	,543	(,306 - ,964)
Rendimento Agregado Baixo (≤ escalão 5; de 550 a 750€) /mês	,986	,259	14,535	1	,000	2,679	(1,614 - 4,447)
Constante	-1,219	,365	11,134	1	,001	,296	

(2) Em função das variáveis de fecundidade **(número total de filhos[2]; tensão mais_filho[2]**; já ter tido aborto); sociodemográficas (rendimento do agregado e etnias) e de cuidados de saúde (**consulta de pós-parto_último filho[2]; incapacidade comprar medicamentos: mulher[2])**

Variáveis	B	S.E.	χ^2_{Wald}	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)
Ter feito aborto (NÃO)	-,568	,214	7,027	1	,008	,566	(,372 - ,862)
ETNIAS							
Caucasiana			23,174	2	,000		
Cigana	1,460	,347	17,685	1	,000	4,308	(2,181- 8,508)
Negras e Outras	-,586	,327	3,223	1	,073	,556	(,293 - 1,055)
Rendimento Agregado Baixo (≤ escalão 5; de 550 a 750€) /mês	,938	,286	10,775	1	,001	2,555	(1,459 - 4,473)
Constante	-1,089	,406	7,185	1	,007	,337	

[1] Variáveis que não entraram no modelo (1) final ajustado.
[2] Variáveis que não entraram no modelo (2) final ajustado.

Como se pode verificar através da análise do Quadro 3.103, o facto de a mulher já ter feito um aborto (do conjunto de variáveis de fecundidade), bem como a sua pertença étnica e o escalão de rendimento do agregado no qual se insere (do conjunto das variáveis sócio-demográficas) constituem-se como factores explicativos fortes da condição social no modelo final ajustado, ou seja, ser muito pobre face a ser pobre. Sendo que das variáveis de saúde não há nenhuma que seja considerada como significativa na explicação do modelo final ajustado.

As mulheres que não fizeram aborto, por comparação com as que fizeram, reduzem a chance de ser muito pobres (grupo de casos) entre 38,9% (p=0,011) e 43,4% (p=0,008). As mulheres de etnia cigana têm cerca de 4,4 vezes mais chances de ser muito pobres, por comparação com as mulheres caucasianas.

Já no que diz respeito às mulheres que pertencem a agregados cujo rendimento mensal é baixo (≤escalão 5; de 550 a 750€ /mês) elas têm cerca de 2,6 vezes mais chances de pertencer ao grupo das muito pobres, por comparação com as mulheres cujos agregados têm um rendimento mais alto (isto é, superior ao escalão 6; de 750 a 1000 /mês).

3.7.5.2 Associações com a condição de uma mulher muito pobre (face às não pobres)

No que diz respeito à variável dependente casos_controlos2 (cfr. Anexo 21, onde são apresentados os *outputs* elaborados em cada uma das seis etapas, com a selecção de variáveis de fecundidade, de possível confundimento socio-demográficas e de posssível confundimento de acesso e utilização de cuidados de saúde) foram seleccionadas para os dois modelos finais ajustados as variáveis que se revelaram estatisticamente significativas nos seis modelos intermédios e que se apresentam de seguida:

Na Etapa 1, número total de filhos naturais vivos, todas as mulheres (D.3 – recod) e número ideal de filhos (D.17_E.4) (recod).

Na Etapa 2, que inclui as variáveis de fecundidade relativas às **tensões:** número de filhos que pensa ter (ou quer ter) menos o numero total de filhos: mais_filhos (recod).

Na Etapa 3, que inclui as variáveis de fecundidade referentes às **práticas e controlo de fecundidade:** quando ficou grávida do último filho estava a pensar ter um filho nessa altura (D.9): planeamento gravidez último filho; já alguma vez teve algum tipo de gravidez que terminasse em aborto, igv, feto morto? (D.19_E.5) (recod).

Na Etapa 4, que inclui as variáveis de possível confundimento **socio-demográficas:** etnias (a_recod); escolaridade entrevista (A.4_recod3); rendimento agregado (recod); família monoparental (A.1); número de pessoas no agregado (A.1).

Na Etapa 5, que inclui as variáveis de possível confundimento acerca dos **cuidados de saúde reprodutiva:** consulta de revisão de parto (D.8_UFrecod): utilização de consulta pós-parto_último filho; ida ao médico antes de engravidar (pré-concepcional) (D.5_UFrecod): utilização de consulta pré-concepcional – último filho.

Na Etapa 6, que inclui as variáveis de possível confundimento sobre **acesso e utilização de cuidados saúde geral:** incapacidade financeira para comprar medicamentos: para a entrevistada (I.1.1); tempo para chegar ao CS – (G.3.1_recod); ter seguro de saúde privado (G.2).

Recorrendo ao método *Forward:LR* ajustou-se um primeiro modelo (1) final (Quadro 3.104), estatisticamente significativo (G^2 (11) = 327,554; p<0,001); χ^2_{HL} (8) = 12,184; p= 0,143; R^2_{CS} = 0,536; R^2_N = 0,715). Registou-se uma percentagem de classificação correcta de 85,0% e o modelo ajustado apresenta uma sensibilidade de 86,3% e especificidade de 83,6%, sendo estas boas capacidades predictivas.

Recorrendo ao método *Forward:LR* ajustou-se um segundo modelo (2) final (Quadro 3.104), estatisticamente significativo (G^2 (12) = 319,678; p<0,001); χ^2_{HL} (8) = 4,590; p=0,800; R^2_{CS} = 0,556; R^2_N = 0,741). Registou-se uma percentagem de classificação correcta de 87,1% e o modelo ajustado apresenta uma sensibilidade de 88,8% e especificidade de 85,3%, sendo estas boas capacidades predictivas.

Quadro 3. 104. Modelos finais ajustados de Regressão Logística da variável "casos_controlos2": 1) em função das variáveis fecundidade e socio-demográficas; 2) em função das variáveis fecundidade, socio-demográficas e de acesso e utilização de cuidados de saúde

(1) Em função das variáveis de fecundidade (**número total de filhos[1]; tensão mais_filhos[1]**; já ter tido aborto; planeamento gravidez_último filho) e sociodemográficas (rendimento do agregado; etnias; escolaridade da mulher; pertencer a família monoparental; número de pessoas no agregado).

Variáveis	B	S.E.	χ^2_{Wald}	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)
ETNIAS							
Caucasiana			6,362	2	,042		
Cigana	3,548	1,451	5,976	1	,015	34,732	(2,020 - 597,073)
Negras e Outras	-,299	,496	,363	1	,547	,742	(,280 - 1,961)
Rendimento Agregado Baixo (≤ escalão 5; de 550 a 750€) /mês	2,685	,357	56,549	1	,000	14,663	(7,282 - 29,524)
Número Pessoas Agregado	,535	,131	16,567	1	,000	1,707	(1,320 - 2,209)
Família Monoparental (NÃO)	-1,259	,356	12,490	1	,000	,284	(,141 - ,571)
ESCOLARIDADE							
Ensino superior / Pós-Graduado			23,978	4	,000		
Ensino básico-1ºciclo (até 4º ano)	2,290	,831	7,595	1	,006	9,879	(1,938 - 50,365)

/Nenhum							
Ensino básico-2ºciclo (até ao 6ºano)	1,867	,851	4,811	1	,028	6,470	(1,220 - 34,321)
Ensino básico-3ºciclo (até ao 9º ano)	1,093	,820	1,777	1	,183	2,984	(,598 14,894-)
Ensino secundário (cursos complementares) /Curso Técnico	,208	,854	,060	1	,807	1,232	(,231 - 6,564)
Planeamento_Último Filho (NÃO)	1,054	,333	9,991	1	,002	2,869	(1,492 - 5,514)
Ter feito aborto (NÃO)	-1,255	,337	13,890	1	,000	,285	(,147 - ,552)
Constante	-4,248	,921	21,291	1	,000	,014	

(2) Em função das variáveis de fecundidade **(número total de filhos[2]; tensão mais_filhos[2]**; já ter tido aborto; planeamento gravidez_último filho) e sociodemográficas (rendimento do agregado; etnias; escolaridade da mulher; pertencer a família monoparental; número de pessoas no agregado) e de cuidados de saúde (**consulta de pós-parto_último filho[2]; consulta pré-concepcional_último filho[2]**; incapacidade comprar medicamentos: mulher; **tempo necessário para chegar ao CS[2]; ter seguro privado de saúde[2]**)

Variáveis	B	S.E.	χ^2_{Wald}	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)
ETNIAS							
Caucasiana			5,411	2	,067		
Cigana	3,634	1,608	5,105	1	,024	37,860	(1,619 - 885,489)
Negras e Outras	-,275	,537	,261	1	,609	,760	(,265 - 2,178-)
RendAgre Baixo (≤ escalão 5; de 550 a 750€) /mês	2,389	,387	38,026	1	,000	10,900	(5,102 - 23,291)
Número Pessoas Agregado	,616	,145	18,146	1	,000	1,852	(1,395 - 2,459)
Família Monoparental (NÃO)	-1,201	,381	9,959	1	,002	,301	(,143 - ,634)
ESCOLARIDADE							
Ensino superior / Pós-Graduado			17,744	4	,001		
Ensino básico-1ºciclo (até 4º ano) /Nenhum	1,816	,916	3,933	1	,047	6,149	(1,022 - 37,016)
Ensino básico-2ºciclo (até ao 6ºano)	1,722	,936	3,385	1	,066	5,596	(,894 - 35,035)
Ensino básico-3ºciclo (até ao 9º ano)	,990	,906	1,194	1	,275	2,690	(,456 - 15,883)
Ensino secundário (cursos complementares) /Curso Técnico	-,176	,952	,034	1	,853	,838	(,130 - 5,422)
Planeamento_Último Filho (NÃO)	1,023	,362	7,995	1	,005	2,783	(1,369 - 5,657)
Ter feito aborto (NÃO)	-1,211	,372	10,607	1	,001	,298	(,144 - ,617)
Mulher – deixou de comprar medicamentos por incapacidade para pagar (NÃO)	-1,293	,382	11,458	1	,001	,274	(,130 - ,580)
Constante	-3,409	1,029	10,967	1	,001	,033	

[1] Variáveis que não entraram no modelo (1) final ajustado.
[2] Variáveis que não entraram no modelo (2) final ajustado.

Analisando o quadro 3.104 percebe-se que a etnia à qual a mulher pertence, o escalão de rendimento do agregado, o número de pessoas que compõem o seu agregado familiar e o nível de escolaridade da mulher (do conjunto das variáveis de possível confundimento sócio-

demográficas), bem como o facto de ter havido um planeamento do último filho e de a mulher ter feito um aborto (do conjunto de variáveis de fecundidade) constituem-se como factores explicativos da condição social no modelo final (1) ajustado. Sendo que, do conjunto das variáveis de possível confundimento de acesso e utilização dos cuidados de saúde, apenas a variável relacionada com o facto de a mulher ter deixado de comprar medicamentos para si devido a dificuldades económicas se revela significativa no modelo final (2) ajustado.

Assim, temos que as mulheres ciganas, por comparação com as caucasianas, têm um aumento das chances de ser muito pobres (casos) entre 34,7 vezes (p=0,015) e 37,8 vezes (p=0,024).

O facto de a mulher pertencer a um agregado com escalão de rendimento baixo (≤ escalão 5; de 550 a 750€ /mês), comparativamente a um rendimento mais alto (isto é, superior ao escalão 6; de 750 a 1000 /mês) representa um aumento da chance de ser muito pobre (caso) entre 14,6 vezes (p<0,001) e 10,9 vezes (p<0,001).

Quanto ao efeito que a dimensão do agregado tem em termos da pertença social, os modelos ajustados revelam que, por cada elemento a mais no agregado familiar, aumenta a chance de ser muito pobre em cerca de 1,8 vezes.

Quando as mulheres não pertencem a uma família monoparental, por comparação com as mulheres oriundas de famílias monoparentais, elas diminuem a chance de serem muito pobres (grupo de casos) entre 71,6% (p<0,001) e 69,9% (p=0,002).

Em termos de escolaridade das mulheres, a análise dos modelos ajustados revela que a diminuição do nível de habilitações, tendo como referência a mulher ter um nível de escolaridade equivalente ao “ensino superior / pós-graduação”, representa um aumento gradual das chances de ser muito pobre (pertencer ao grupo de casos). Ou seja, quanto menor a escolaridade maior a probabilidade de ser muito pobre. Concretamente, o facto de as mulheres terem o “ensino básico-1ºciclo (até 4º ano) /nenhum” representa um aumento de chance de ser muito pobre entre 9,8 e 6,1 vezes maior às mulheres que têm o “ensino superior”; ter o equivalente a “ensino básico-2ºciclo (até ao 6ºano) ” representa um aumento da chance de ser muito pobre entre 6,4 e 5,5 vezes acrescido às mulheres que têm o “ensino superior”; possuir habilitações equivalentes a “ensino básico-3ºciclo (até ao 9º ano) ” aumenta as chances de ser muito pobre em cerca de 2,9 vezes mais, em relação às mulheres que têm o “ensino superior”.

As mulheres que não planearam o seu último filho apresentam um aumento das chances de serem muito pobres em cerca de 2,8 vezes, por comparação com as mulheres que fizeram esse planeamento.

O facto de as mulheres não terem praticado um aborto releva-se como um factor de diminuição de chance de ser muito pobre (grupo de casos) entre 71,5% (p<0,001) e 70,2% (p=0,001), por comparação com as mulheres que afirmam ter efectuado algum tipo de prática abortiva e/ou ter tido fetos-mortos.

No que diz respeito às variáveis de saúde, apenas a variável "mulher: ter deixado de comprar medicamentos por não ter dinheiro para" se relevou significativa para explicar o modelo final ajustado. Isto é, as mulheres que não deixaram de comprar medicamentos para si próprias revelam uma diminuição de 72,6% de chance de ser muito pobre [p=0,001; IC 95%: ,130 - ,580], comparativamente às mulheres que afirmam ter incapacidade económica para comportar os custos com os medicamentos para si. Parece pertinente realçar que do conjunto de variáveis de acesso e utilização de cuidados de saúde foi uma variável relacionada com o acesso económico que se manifestou significativa em termos explicativos da situação de pertença social da mulher, isto é, ser muito pobre face a ser não pobre é muito condicionado pelos rendimentos disponíveis.

3.7.5.3 Associações com a condição de uma mulher pobre (face às não pobres)

No que diz respeito à variável dependente controlos1_controlos2 (cfr. Anexo 21, onde são apresentados os *outputs* elaborados em cada uma das seis etapas, com a selecção de variáveis de fecundidade, de possível confundimento socio-demográficas e de posssível confundimento de acesso e utilização de cuidados de saúde) foram seleccionadas para os dois modelos finais ajustados as variáveis que se revelaram estatisticamente significativas nos seis modelos intermédios:

Na Etapa 1, número total de filhos naturais vivos, todas as mulheres (D.3 – recod).

Na Etapa 2, que inclui as variáveis de fecundidade relativas às **tensões:** número de filhos que pensa ter (ou quer ter) menos o numero total de filhos: mais_filhos (recod).

Na Etapa 3, que inclui as variáveis de fecundidade referentes às **práticas e controlo de fecundidade:** quando ficou grávida do último filho estava a pensar ter um filho nessa altura (D.9): planeamento gravidez_último filho; quando ficou grávida a entrevistada ou companheiro faziam alguma coisa para evitar a gravidez (D.10): controlo da gravidez_último filho; já alguma vez teve algum tipo de gravidez que terminasse em aborto, igv, feto morto (D.19_E.5) (recod).

Na Etapa 4, que inclui as variáveis de possível confundimento **socio-demográficas:** escolaridade entrevista (A.4_recod3); rendimento agregado (recod); família monoparental (A.1); número de pessoas no agregado (A.1); estado civil (recod).

Na Etapa 5, que inclui as variáveis de possível confundimento acerca dos **cuidados de saúde reprodutiva:** consulta de revisão de parto (D.8_UFrecod): utilização de consulta pós-parto_último filho; ida ao médico antes de engravidar (pré-concepcional) (D.5_UFrecod): utilização de consulta pré-concepcional – último filho; vigilância pré-natal _ último filho (recod): vigilância da gravidez.

Na Etapa 6, que inclui as variáveis de possível confundimento sobre **acesso e utilização de cuidados saúde geral:** incapacidade financeira para comprar medicamentos: para a entrevistada (I.1.1) e para outras pessoas do agregado (I.1.3); ter seguro de saúde privado (G.2).

Recorrendo ao método *Forward:LR* ajustou-se um primeiro modelo (1) final (Quadro 3.105), estatisticamente significativo (G^2 (11) = 209,958; p<0,001); χ^2_{HL} (8) =13,628; p=0,092; R^2_{CS} = 0,361; R^2_N =0,522). Registou-se uma percentagem de classificação correcta de 82,0% e o modelo ajustado apresenta uma sensibilidade de 81,6% e especificidade de 82,5%, sendo estas boas capacidades predictivas.

Recorrendo ao método *Forward:LR* (cfr. Maroco, 2007) ajustou-se um segundo modelo (2) final (Quadro 3.105), estatisticamente significativo (G^2 (12) = 160,924; p<0,001); χ^2_{HL} (8) = 6,158; p=0,630; R^2_{CS} = 0,436; R^2_N =0,583). Registou-se uma percentagem de classificação correcta de 81,5% e o modelo ajustado apresenta uma sensibilidade de 76,2% e especificidade de 85,8%, sendo estas boas capacidades predictivas.

Quadro 3. 105. Modelos finais ajustados de Regressão Logística da variável "controlos1_controlos2": 1) em função das variáveis fecundidade e socio-demográficas; 2) em função das variáveis fecundidade, socio-demográficas e de acesso e utilização de cuidados de saúde

(1) Em função das variáveis de fecundidade (**número total de filhos**[1]; **tensão mais_filhos**[1]; **já ter tido aborto**[1]; **planeamento gravidez_último filho**[1]; controlo gravidez_último filho) e sociodemográficas (rendimento do agregado; escolaridade; **família monoparental**[1]**;** número pessoas agregado; estado civil).

Variáveis	B	S.E.	χ^2_{Wald}	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)
Número Pessoas Agregado	,561	,118	22,772	1	,000	1,752	(1,392 - 2,207)
Fazia contracepção quando engravidou_último filho (NÃO)	-,550	,278	3,899	1	,048	,577	(,334 - ,996)
RendAgre Baixo (≤ escalão 5; de 550 a 750€) /mês	1,821	,294	38,407	1	,000	6,178	(3,473 - 10,990)
ESCOLARIDADE							
Ensino superior / Pós-Graduado			32,954	4	,000		
Ensino básico-1ºciclo (até 4º ano) /Nenhum	2,471	,568	18,943	1	,000	11,838	(3,890 - 36,024)
Ensino básico-2ºciclo (até ao 6ºano)	1,350	,596	5,124	1	,024	3,856	(1,199 - 12,407)
Ensino básico-3ºciclo (até ao 9º ano)	,839	,543	2,388	1	,122	2,314	(,798 - 6,705)
Ensino secundário (cursos complementares) /Curso Técnico	,614	,555	1,225	1	,268	1,848	(,623 - 5,485)
ESTADO CIVIL							
Solteira			27,361	4	,000		
Casada	-1,905	,415	21,107	1	,000	,149	(,066 - ,335)
Vive conjugalmente sem ser casada	-,555	,443	1,569	1	,210	,574	(,241 - 1,368)
Viúva	-,948	,874	1,176	1	,278	,387	(,070 - 2,150)
Divorciada / separada	-,688	,426	2,606	1	,106	,503	(,218 - 1,159)
Constante	-2,898	,709	16,720	1	,000	,055	

(2) Em função das variáveis de fecundidade (**número total de filhos**[2]; **tensão mais_filhos**[2]; **já ter tido aborto**[2]; **planeamento gravidez_último filho**[2]; **controlo gravidez_último filho**[2]) e sociodemográficas (rendimento do agregado; escolaridade; **família monoparental**[2]; número pessoas agregado; estado civil) e de cuidados de saúde (**consulta pré-concepcional_último filho**[2]; consulta de pós-parto_último filho; incapacidade para comprar medicamentos: **mulher**[2] e agregado; **vigilância pré-natal_último filho**[2]; **ter seguro de saúde privado**[2])

Variáveis	B	S.E.	χ^2_{Wald}	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)
Número Pessoas Agregado	,584	,143	16,662	1	,000	1,793	(1,355 - 2,374)
RendAgre Baixo (≤ escalão 5; de 550 a 750€) /mês	1,251	,371	11,356	1	,001	3,494	(1,688 - 7,235)
ESCOLARIDADE							
Ensino superior / Pós-Graduado			20,380	4	,000		
Ensino básico-1ºciclo (até 4º ano) /Nenhum	3,482	1,102	9,981	1	,002	32,530	(3,751 - 282,153)
Ensino básico-2ºciclo (até ao 6ºano)	2,153	1,127	3,652	1	,056	8,610	(,946 - 78,319)
Ensino básico-3ºciclo (até ao 9º ano)	1,720	1,082	2,526	1	,112	5,583	(,670 - 46,543)
Ensino secundário (cursos complementares) /Curso Técnico	1,670	1,083	2,377	1	,123	5,312	(,636 - 44,379)

ESTADO CIVIL							
Solteira			15,514	4	,004		
Casada	-1,559	,578	7,279	1	,007	,210	(,068 - ,653)
Vive conjugalmente sem ser casada	-,133	,574	,054	1	,816	,875	(,284 - 2,697)
Viúva	-1,481	1,408	1,106	1	,293	,227	(,014 - 3,592)
Divorciada / sseparada	-,153	,638	,057	1	,811	,858	(,246 - 2,995)
Consulta de pós-parto_último filho (NÃO)	,882	,427	4,275	1	,039	2,416	(1,047 - 5,577)
Agregado – deixou de comprar medicamentos por incapacidade de pagar (NÃO)	-1,835	,508	13,035	1	,000	,160	(,059 - ,432)
Constante	-2,978	1,364	4,766	1	,029	,051	

[1] Variáveis que não entraram no modelo (1) final ajustado.
[2] Variáveis que não entraram no modelo (2) final ajustado.

A análise do quadro 3.105 revela algumas diferenças entre os modelos ajustados para a variável dependente controlos1_controlos2, isto é, as variáveis que se manifestaram significativas para explicar a condição social pobre (ser controlos1) face à condição social não pobre (ser controlos2).

Assim, o número de pessoas no agregado, o rendimento do agregado, o nível de escolaridade das mulheres e o estado civil (do conjunto das variáveis de posssível confundimento sócio-demográficas) mantêm-se como factores explicativos fortes da condição social nos dois modelos finais ajustados. Verifica-se que a variável ”etnias” deixou de fazer parte dos modelos, perdendo força explicativa para a condição social pobre (ser controlos1) face à condição social não pobre (ser controlos2), ao contrário do que se havia constatado para a explicação da condição social muito pobre (caso) face à condição social pobre (controlos1) e não pobre (controlos2).

A variável “fazia contracepção_último filho” (do conjunto de variáveis de fecundidade) apenas se mantém no primeiro modelo ajustado, perdendo poder explicativo no segundo modelo final (2) ajustado, quando são adicionadas as variáveis de acesso e utilização de cuidados de saúde. Deste conjunto de variáveis de possível confundimento revelam-se com poder explicativo da condição social da mulher, o facto de a mulher fazer a consulta de revisão do parto e a incapacidade económica para comprar medicamentos para algum membro do agregado.

Analisando os modelos finais verifica-se que cada elemento a mais no agregado aumenta em 1,7 vezes ($p<0,001$) a chance de ser pobre (grupo controlos1) face a ser não pobre (grupo controlos2).

O facto de a mulher não ter feito controlo da gravidez do último filho ("fazer contracepção quando engravidou_último filho") diminui em 42,3% (p=0,048) a chance de ser pobre, comparativamente às mulheres que fizeram o controlo da gravidez.

Quando a mulher pertence a um agregado familiar com escalão de rendimento mais baixo (≤ escalão 5; de 550 a 750€ /mês) aumenta a chance entre 6,1 (p<0,001) vezes e 3,4 vezes (p=0,001) de ser pobre, comparativamente às mulheres que pertencem a agregados com rendimento mais alto (isto é, superior ao escalão 6; de 750 a 1000) /mês).

Existe um aumento gradual da chance de a mulher ser pobre à medida que diminui o seu nível de escolaridade, ou seja, o aumento da escolaridade funcionará como um factor protector relativamente à condição social de pertença da mulher (ser pobre face a ser não pobre). Analisando o quadro 3.105 percebe-se que quando as mulheres têm o "ensino básico-1ºciclo (até 4º ano) /nenhum" há um aumento de chance de serem pobres entre 11,8 (p<0,001) e 32,5 (p=0,002) vezes relativamente às mulheres que têm o "ensino superior"; ter o equivalente ao "ensino básico-2ºciclo (até ao 6ºano)" representa um aumento de chance de serem pobres de 3,8 (p=0,024) vezes comparativamente às mulheres que têm o "ensino superior". No que diz respeito aos restantes graus de ensino embora se registe essa mesma tendência, não é estatisticamente significativa.

As mulheres casadas apresentam uma chance diminuída entre 85,1% (p<0,001) e 79,0% (p=0,007) de serem pobres, comparativamente às mulheres solteiras. Ou seja, o casamento protege as mulheres da situação de pobreza. As restantes categorias da variável estado civil não se revelam estatisticamente significativas para a explicação do modelo ajustado.

O facto de as mulheres não fazerem a consulta de revisão do parto aumenta em 2,4 vezes (p=0,039) a chance de serem pobres, por comparação com as mulheres que fazem a consulta de revisão do parto.

As mulheres que referem não ter deixado de comprar medicamentos para algum elemento do agregado, por incapacidade económica, revelam uma diminuição de 84,0% de chance de serem pobres, comparativamente às mulheres que afirmam ter incapacidade económica para comportar os custos com os medicamentos.

3.7.5.4 Factores associados à condição social das mulheres muito pobres (face às pobres e não pobres)

De seguida foi utilizada a regressão logística multinomial procurando realizar uma abordagem conjunta, usando as variáveis que se comprovaram significativas na regressão logística, anteriormente apresentada nos modelos finais ajustados: as variáveis de fecundidade e de posssível confundimento sócio-demográficas seleccionadas para os três modelos finais (1) ajustados; as variáveis de fecundidade, de posssível confundimento sócio-demográficas e de saúde seleccionadas para os três modelos finais (2) ajustados.

Os resultados são expressos em "*razão de chances*", com um intervalo de confiança de 95%. No cálculo do *odds ratio* o grupo de casos (muito pobres) foi sempre usado como categoria de referência.

A chance de pertencer a cada um dos grupos socioeconómicos foi estimada em dois modelos de regressão logística multinomial:

Um primeiro (Quadro 3. 106) a partir das variáveis de fecundidade (número total de filhos; tensão mais_filhos; já ter tido aborto; planeamento gravidez_último filho; controlo gravidez_último filho) e das variáveis de posssível confundimento sócio-demográficas (rendimento do agregado; etnias; escolaridade da mulher; pertencer a família monoparental; estado civil).

E um segundo modelo de regressão logística multinomial (Quadro 3. 107) a partir das variáveis de fecundidade (número total de filhos; tensão mais_filhos; já ter tido aborto; planeamento gravidez_último filho; controlo gravidez_último filho), das variáveis de posssível confundimento sócio-demográficas (rendimento do agregado; etnias; escolaridade da mulher; pertencer a família monoparental; estado civil) e de possível confundimento de acesso e utilização de cuidados de saúde (consulta de pós-parto_último filho; consulta pré-concepcional_último filho; tempo necessário para chegar ao CS; ter seguro privado de saúde; incapacidade para comprar medicamentos: mulher e agregado; vigilância pré-natal_último filho).

Recorrendo ao método *Forward:LR* ajustou-se um primeiro modelo de regressão multinomial (Quadro 3. 106) utilizado para estimar a chance de cada um dos grupos socioeconómicos (casos, controlos1 e controlos2) em função de variáveis relacionadas com a fecundidade e as variáveis de possível confundimento sócio-demográficas acima mencionadas. O modelo final ajustado é

estatisticamente significativo (G^2 (28) =415,668; p<0,001) e as estimativas dos coeficientes do modelo são apresentadas no quadro seguinte.

Todo o procedimento de ajustamento do modelo encontra-se no Anexo 22, onde estão disponíveis os *outputs* totais relativos ao primeiro modelo de regressão logística multinomial.

Quadro 3. 106. Coeficientes do primeiro modelo final ajustado de Regressão Logística Multinomial em função das variáveis de fecundidade e sócio-demográficas. A classe de referência é a classe "muito pobre" (caso)

*Em função das variáveis de fecundidade (**número total de filhos**[1]; **tensão mais_filhos**[1]; já ter tido aborto; planeamento gravidez_último filho; **controlo gravidez_último filho**[1]) e sociodemográficas (rendimento do agregado; escolaridade; **família monoparental**[1]; número pessoas agregado; etnias; estado civil).*

Grupos em estudo[a]	Variáveis	B	S.E.	χ^2_{Wald}	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)
Controlos1 (pobres)	Intercept	2,085	,868	5,777	1	,016		
	Número pessoas agregado	-,027	,070	,145	1	,703	,974	,849 - 1,117
	ETNIAS							
	Caucasiana	-,655	,322	4,139	1	,042	,520	,276 - ,976
	Cigana	-2,058	,467	19,438	1	,000	,128	,051 - ,319
	Negra / outras[b]	0	.	.	0	.	.	. .
	TER FEITO ABORTO							
	Não	,559	,209	7,159	1	,007	1,749	1,161 - 2,634
	Sim[b]	0	.	.	0	.	.	. .
	PLANEAMENTO_ÙLTIMO FILHO							
	Não	-,257	,227	1,279	1	,258	,773	,495 - 1,207
	Sim[b]	0	.	.	0	.	.	. .
	RENDIMENTO AGREGRADO							
	Baixo (≤ escalão 5; de 550 a 750€) /mês	-1,071	,291	13,536	1	,000	,343	,194 - ,606
	Alto (>escalão 6; de 750 a 1000) /mês)[b]	0	.	.	0	.	.	. .
	ESCOLARIDADE							
	Ensino básico-1ºciclo (até 4º ano) /Nenhum	-,377	,749	,254	1	,614	,686	,158 - 2,973
	Ensino básico-2ºciclo (até ao 6ºano)	-,636	,767	,688	1	,407	,529	,118 - 2,381
	Ensino básico-3ºciclo (até ao 9º ano)	-,238	,756	,099	1	,753	,788	,179 - 3,467
	Ensino secundário (cursos complementares) /Curso Técnico	-,086	,793	,012	1	,914	,918	,194 - 4,345
	Ensino superior / Pós-Graduado[b]	0	.	.	0	.	.	. .
	ESTADO CIVIL							
	Solteira	-,507	,303	2,800	1	,094	,602	,333 - 1,091
	Casada	-,079	,317	,062	1	,803	,924	,496 - 1,721
	Vive conjugalmente sem ser casada	-,141	,311	,206	1	,650	,868	,472 - 1,598
	Viúva	-,132	,646	,042	1	,838	,876	,247 - 3,108
	Divorciada / separada[b]	0	.	.	0	.	.	. .
Controlos2 (não pobres)	Intercept	5,533	,964	32,908	1	,000		
	Número pessoas agregado	-,599	,121	24,573	1	,000	,549	,434 - ,696
	ETNIAS							
	Caucasiana	-,369	,443	,696	1	,404	,691	,290 - 1,646
	Cigana	-3,408	1,417	5,784	1	,016	,033	,002 - ,532
	Negra / outras[b]	0	.	.	0	.	.	. .

	TER FEITO ABORTO							
	Não	*1,059*	*,289*	*13,436*	*1*	*,000*	*2,882*	*1,636 - 5,076*
	Sim[b]	*0*	*.*	*.*	*0*	*.*	*.*	*.* *.*
	PLANEAMENTO_ULTIMO FILHO							
	Não	*-,812*	*,288*	*7,960*	*1*	*,005*	*,444*	*,253 - ,781*
	Sim[b]	*0*	*.*	*.*	*0*	*.*	*.*	*.* *.*
	RENDIMENTO AGREGRADO							
	Baixo (≤ escalão 5; de 550 a 750€) /mês	*-2,786*	*,337*	*68,247*	*1*	*,000*	*,062*	*,032 - ,119*
	Alto (>escalão 6; de 750 a 1000) /mês)[b]	*0*	*.*	*.*	*0*	*.*	*.*	*.* *.*
	ESCOLARIDADE							
	Ensino básico-1ºciclo (até 4º ano) /Nenhum	*-2,622*	*,752*	*12,164*	*1*	*,000*	*,073*	*,017 - ,317*
	Ensino básico-2ºciclo (até ao 6ºano)	*-1,893*	*,770*	*6,045*	*1*	*,014*	*,151*	*,033 - ,681*
	Ensino básico-3ºciclo (até ao 9º ano)	*-1,103*	*,736*	*2,249*	*1*	*,134*	*,332*	*,078 - 1,403*
	Ensino secundário (cursos complementares) /Curso Técnico	*-,545*	*,768*	*,503*	*1*	*,478*	*,580*	*,129 - 2,612*
	Ensino superior / Pós-Graduado[b]	*0*	*.*	*.*	*0*	*.*	*.*	*.* *.*
	ESTADO CIVIL							
	Solteira	*-1,049*	*,441*	*5,646*	*1*	*,017*	*,350*	*,147 - ,832*
	Casada	*1,270*	*,403*	*9,946*	*1*	*,002*	*3,561*	*1,617 - 7,841*
	Vive conjugalmente sem ser casada	*,094*	*,445*	*,045*	*1*	*,832*	*1,099*	*,459 - 2,631*
	Viúva	*,224*	*,866*	*,067*	*1*	*,796*	*1,252*	*,229 - 6,835*
	Divorciada / separada[b]	*0*	*.*	*.*	*0*	*.*	*.*	*.* *.*

a. A classe de referência da variável dependente é: "casos" (muito pobres).
b. Categoria de referência na variável.
[1] Variáveis que não entraram no primeiro modelo final ajustado de regressão multinomial.

Começa-se a análise do primeiro modelo final ajustado de regressão multinomial (quadro 3.106) com as variáveis sócio-demográficas constatando que a razão das chances de passar da classe de referência "muito pobres" (casos) para a classe de referência "pobres" (controlos1) não é afectada significativamente pelo número de pessoas no agregado [$b_{numpessoasagre}$= -0,027; p=0,703]. Mas o rácio das chances de passar da classe de referência "muito pobres" (casos) para a classe de referência "não pobres" (controlos2), quando o agregado aumenta uma unidade, é de 0,549. Ou seja, cada pessoa a mais no agregado diminui 45,1% as chances de as mulheres serem não pobres (controlos2). Isto quer dizer que existe uma relação entre o tamanho do agregado e a condição de pobreza, aumentando a chance de ser muito pobre à medida que aumenta o número de pessoas no agregado.

Quanto às pertenças étnicas, o modelo indica que as mulheres de etnia cigana, relativamente às mulheres negras e outras etnias, reduzem em 87,2% a chance de serem pobres (grupo de controlos 1) relativamente a serem muito pobres (grupo de casos) [OR = 0,128; IC 95%: ,051 - ,319]. E ainda que as mulheres caucasianas apresentam maior chance de ser do grupo de casos, relativamente a ser do grupo de controlos 1, do que as mulheres negras e outras etnias

[$b_{etnia=caucasiana}$= -,655; OR = 0,520; IC 95%: ,276 - ,976]. Mas não se revelaram diferenças estatisticamente significativas entre ser caucasiana relativamente a ser negra ou de outra etnia no que diz respeito às chances de passar da classe "muito pobres" (casos) para a classe "não pobres" (controlos2) [$b_{etnia=caucasiana}$= -,369; OR = 0,691; p=0,404)]. No entanto, verificou-se que as mulheres ciganas, relativamente às mulheres negras e outras etnias, reduzem as chances de serem de "não pobres" (controlos2) relativamente a serem "muito pobres" (casos) em 96,7%. Ou seja, tendo como termo de comparação ser negra ou de outra etnia, a mulher cigana aumenta as chances de ser muito pobre, comparativamente a ser pobre e não-pobre. Já na mulher caucasiana se verifica o gradiente social que, tendo como termo de comparação ser negra ou de outra etnia, aproxima a condição muito pobre da condição pobre, mas distancia a condição não pobre da condição muito pobre.

As mulheres cujo rendimento do agregado é mais baixo (≤ escalão 5; de 550 a 750€ /mês) têm maior chance de serem muito pobres (casos) do que serem pobres (controlos 1). Isto é, pertencer a um agregado com rendimento baixo, relativamente a um rendimento mais alto, reduz as chances de ser pobre (controlos1), relativamente a ser muito pobre (casos), em 65,7%. Esta tendência também se verifica quando se analisam os dados relativos à classe controlos2 (não pobre), ou seja, uma mulher cujo rendimento do agregado é baixo, relativamente a um rendimento de agregado mais alto, reduz em 93,8% as chances de ser não pobre (controlos2) relativamente a ser muito pobre (casos). Existe uma associação entre os montantes disponíveis no agregado aos quais as mulheres pertencem e a sua condição social, quanto menor o rendimento do agregado maiores as chances de a mulher ser muito pobre.

De acordo com o modelo ajustado a passagem da classe de referência "muito pobres" (casos) para a classe "pobres" (controlos1) não é afectada significativemente pela escolaridade (p > 0,407 para todas as categorias de escolaridade) nem pelo estado civil (p > 0,094 para todas as categorias de estado civil).

Mas o mesmo não se verifica em relação à passagem da classe de referência "muito pobres" (casos) para a classe "não pobres" (controlos2) quanto à escolaridade uma vez que ter o ensino básico – 1º ciclo [$b_{Escol=1ºciclo}$= -2,622; OR = 0,073; p<0,001)] e ter o ensino básico – 2º ciclo [$b_{Escol=2ºciclo}$= -1,893; OR = 0,151; p=0,014)] representa uma maior chance de ser muito pobre do que ser não pobre, por comparação com ter o ensino superior. O facto de ter o ensino básico – 3º

ciclo (p=0,134) e ter o ensino secundário (p=0,478) não afecta significativamente a passagem da classe de referência casos (muito pobres) para os controlos2 (não pobres). Ou seja, a baixa escolaridade não se assume como um factor diferenciador entre ser muito pobre e pobre, mas é explicativo da diferença entre muito pobre e não pobre.

No que diz respeito ao estado civil, por um lado, o facto de ser solteira representa uma maior chance de ser muito pobre (casos) do que ser não pobre (controlos2), por comparação com as divorciadas / separadas [$b_{EstCivil=solteira}$= -1,3049; OR = 0,350; p=0,017)] e, por outro, ser casada significa uma chance maior de pertencer ao grupo de controlos2 (não pobre) do que ao grupo casos (muito pobres) [$b_{EstCivil=casada}$= 1,270; OR = 3,561; p=0,002)]. O facto de viver conjugalmente sem ser casada (p=0,832) e ser viúva (p=0,796) não afecta significativamente a passagem da classe de referência casos para os controlos2. Mais uma vez existem dados que comprovam o casamento como factor explicativo para a situação de pobreza, verificando-se uma associação entre a condição social muito pobre e não ser casada.

Relativamente às variáveis de fecundidade que permaneceram no modelo ajustado verifica-se que a passagem da classe de referência "casos – muito pobres" para a classe "controlos1-pobres" não é afectada significativamente pelo facto de ter havido planeamento do último filho (p=0,258). Mas não ter planeado o último filho, comparativamente a ter feito esse planeamento, reduz em 55,6% a chance de ser controlos 2 (não pobre) relativamente a ser casos (muito pobre). Isto é, o planeamento das gravidezes é uma característica associada com a condição de não pobreza.

No que diz respeito às práticas abortivas, as mulheres que não fizeram abortos, comparativamente às que fizeram, apresentam maior chance de ser pobres (controlos 1) do que ser muito pobres (casos) [$b_{aborto=não}$= 0,559; OR = 1,749; p=0,007)]. Apresentando uma chance ainda maior de pertencer ao grupo controlos2 (não ser pobres) do que ser casos (muito pobres) [$b_{aborto=não}$= 1,059; OR = 2,882; p<0,001)]. Este modelo revela que à medida que diminui a condição de pobreza aumenta a associação a práticas abortivas e/ou existência de fetos-mortos.

O segundo modelo de regressão multinomial (Quadro 3. 107) foi utilizado para estimar a chance de cada um dos grupos socioeconómicos (casos, controlos 1 e controlos 2) em função das variáveis de fecundidade (número total de filhos; tensão mais_filhos; já ter tido aborto; planeamento gravidez_último filho; controlo gravidez_último filho), das variáveis de posssível confundimento sociodemográficas (rendimento do agregado; escolaridade; família monoparental; número pessoas agregado; estado civil; etnias) e das variáveis de possível confundimento de cuidados de saúde

(consulta de pós-parto_último filho; consulta pré-concepcional_último filho; tempo necessário para chegar ao CS; ter seguro privado de saúde; incapacidade para comprar medicamentos: mulher e agregado; vigilância pré-natal_último filho).

Recorrendo ao método *Forward:LR* ajustou-se um segundo modelo de regressão multinomial, que é estatisticamente significativo (G^2 (26) =358,931; p<0,001) e as estimativas dos coeficientes do modelo são apresentadas no quadro seguinte. Todo o procedimento de ajustamento do modelo encontra-se no Anexo 23, onde estão disponíveis os *outputs* totais relativos ao segundo modelo de regressão logística multinomial.

Quadro 3. 107. Coeficientes do segundo modelo final ajustado de Regressão Logística Multinomial em função das variáveis de fecundidade, sócio-demográficas e de acesso e utilização de cuidados de saúde. A classe de referência é a classe "muito pobre" (caso)

Em função das variáveis de fecundidade (**número total de filhos[2]; tensão mais_filhos[2]; já ter tido aborto[2]; planeamento gravidez_último filho[2]; controlo gravidez_último filho[2]**); sociodemográficas (rendimento do agregado; escolaridade; **família monoparental[2]**; número pessoas agregado; estado civil; etnias) e cuidados de saúde (**consulta de pós-parto_último filho[2]; consulta pré-concepcional_último filho[2]; tempo necessário para chegar ao CS[2]; ter seguro privado de saúde[2]**; incapacidade para comprar medicamentos: mulher e **agregado[2]**; **vigilância pré-natal_último filho[2]**)

Grupos em estudo[a]	Variáveis	B	S.E.	χ^2_{Wald}	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)
Controlos1 (pobres)	*Intercept*	*1,873*	*,919*	*4,156*	*1*	*,041*		
	Número pessoas agregado	-,042	,081	,277	1	,599	,958	(,818 - 1,123)
	ETNIAS							
	Caucasiana	-,482	,378	1,622	1	,203	,618	(,294 - 1,296)
	Cigana	-1,510	,532	8,067	1	,005	,221	(,078 - ,626)
	Negra / outras[b]	0	.	.	0	.	.	. .
	RENDIMENTO AGREGRADO							
	Baixo (≤ escalão 5; de 550 a 750€) /mês	-1,086	,324	11,229	1	,001	,337	(,179 - ,637)
	Alto (>escalão 6; de 750 a 1000) /mês)[b]	0	.	.	0	.	.	. .
	ESCOLARIDADE							
	Ensino básico-1ºciclo (até 4º ano) /Nenhum	-,570	,786	,527	1	,468	,565	(,121 - 2,636)
	Ensino básico-2ºciclo (até ao 6ºano)	-1,151	,821	1,966	1	,161	,316	(,063 - 1,581)
	Ensino básico-3ºciclo (até ao 9º ano)	-,129	,792	,027	1	,870	,879	(,186 - 4,145)
	Ensino secundário (cursos complementares) /Curso Técnico	,219	,843	,068	1	,795	1,245	(,239 - 6,500)
	Ensino superior / Pós-Graduado[b]	0	.	.	0	.	.	. .
	ESTADO CIVIL							
	Solteira	-,474	,341	1,932	1	,165	,622	(,319 - 1,215)
	Casada	,135	,357	,143	1	,705	1,145	(,568 - 2,306)
	Vive conjugalmente sem ser casada	,159	,341	,218	1	,640	1,173	(,601 - 2,289)
	Viúva	,426	,771	,306	1	,580	1,532	(,338 - 6,935)
	Divorciada / solteira[b]	0	.	.	0	.	.	. .
	Mulher – deixou de comprar medicamentos por incapacidade para pagar							
	Não	,290	,242	1,439	1	,230	1,336	(,832 - 2,146)
	Sim[b]	0	.	.	0	.	.	. .
Controlos2 (não pobres)	*Intercept*	*4,306*	*1,107*	*15,138*	*1*	*,000*		
	Número pessoas no agregado	-,673	,143	22,269	1	,000	,510	(,386 - ,675)

ETNIAS								
Caucasiana	-,218	,511	,182	1	,670	,804	(,296 - 2,188)	
Cigana	-2,758	1,442	3,657	1	,056	,063	(,004 - 1,071)	
Negra / outras[b]	0	.	.	0	.	.	.	.
RENDIMENTO AGREGRADO								
Baixo (≤ escalão 5; de 550 a 750€) /mês	-2,744	,389	49,670	1	,000	,064	(,030 - ,138)	
Alto (>escalão 6; de 750 a 1000) /mês)[b]	0	.	.	0	.	.	.	.
ESCOLARIDADE								
Ensino básico-1ºciclo (até 4º ano) /Nenhum	-2,766	,840	10,843	1	,001	,063	(,012 - ,326)	
Ensino básico-2ºciclo (até ao 6ºano)	-2,376	,856	7,696	1	,006	,093	(,017 - ,498)	
Ensino básico-3ºciclo (até ao 9º ano)	-1,234	,805	2,353	1	,125	,291	(,060 - 1,409)	
Ensino secundário (cursos complementares) /Curso Técnico	-,398	,849	,220	1	,639	,672	(,127 - 3,545)	
Ensino superior / Pós-Graduado[b]	0	.	.	0	.	.	.	.
ESTADO CIVIL								
Solteira	-,638	,525	1,479	1	,224	,528	(,189 - 1,477)	
Casada	1,754	,478	13,456	1	,000	5,776	(2,263-14,741)	
Vive conjugalmente sem ser casada	,590	,510	1,343	1	,247	1,805	(,665 - 4,899)	
Viúva	1,872	1,042	3,227	1	,072	6,502	(,843 - 50,135)	
Divorciada / solteira[b]	0	.	.	0	.	.	.	.
Mulher – deixou de comprar medicamentos por incapacidade para pagar								
Não	1,620	,367	19,526	1	,000	5,053	(2,463-10,367)	
Sim[b]	0	.	.	0	.	.	.	.

a. A classe de referência da variável dependente é: "casos" (muito pobre).
b. Categoria de referência na variável.
[2] Variáveis que não entraram no segundo modelo final ajustado de regressão multinomial.

Ao iniciar a análise do segundo modelo final ajustado de regressão multinomial (quadro 3.107) com as variáveis sócio-demográficas constata-se que a razão de chances de passar da classe de referência "muito pobres" (casos) para a classe de referência "pobres" (controlos1) não é afectada significativamente pelo número de pessoas no agregado [$b_{numpessoasagre}$= -0,042; p=0,599]. Mas a razão das chances de passar da classe de referência "muito pobres" (casos) para a classe de referência "não pobres" (controlos2) é de 0,510, ou seja, por cada pessoa no agregado as chances de as mulheres serem não pobres (controlos2) diminuem 49,0%. Isto quer dizer que se confirma uma vez mais a relação entre a dimensão do agregado e a condição social de pertença da mulher, aumentando a chance de ser muito pobre à medida que aumenta o número de pessoas no agregado.

Em relação à etnia este modelo vem confirmar que as mulheres de etnia cigana, relativamente às mulheres negras e outras etnias, reduzem em 77,9% a chance de serem pobres (grupo de controlos 1) relativamente a serem muito pobres (grupo de casos) [OR = 0,221; IC 95%: ,078 - ,626]. E que as mulheres ciganas, relativamente às mulheres negras e outras etnias, reduzem ainda mais as chances de serem de "não pobres" (controlos2) relativamente a serem "muito pobres" (casos),

situando-se a percentagem em 93,7%. Não se revelando diferenças estatisticamente significativas entre ser caucasiana, relativamente a ser negra ou de outra etnia, no que diz respeito às chances de passar da classe "muito pobres" (casos) para a classe "pobre" (controlos1) [$b_{etnia=caucasiana}$= -,482; OR = 0,618; p=0,203)], nem para a classe "não pobres" (controlos2) [$b_{etnia=caucasiana}$= -,3218; OR = 0,804; p=0,670)]. De facto, tendo como termo de comparação ser negra ou de outra etnia, a mulher cigana aumenta as chances de ser muito pobre, comparativamente a ser pobre e não-pobre.

As mulheres cujo rendimento do agregado é mais baixo (≤ escalão 5; de 550 a 750€ /mês) têm maior chance de serem muito pobres (casos) do que serem pobres (controlos 1). Isto é, pertencer a um agregado com rendimento baixo, relativamente a um rendimento mais alto, reduz as chances de ser controlos1 (pobres), relativamente a ser casos (muito pobres), em 66,3% [OR = -1,086; IC 95%: ,0179 - ,637]. Esta tendência acentua-se relativamente à classe "muito pobres" (controlos2), ou seja, uma mulher cujo rendimento do agregado é baixo, relativamente a um rendimento de agregado mais alto, reduz em 93,6% as chances de ser não pobre (controlos2) relativamente a ser muito pobre (casos) [OR = - 2,744; IC 95%: ,030 - ,138]. Verifica-se, assim, que quanto menor o rendimento do agregado maiores as chances de a mulher ser muito pobre.

Uma vez mais, de acordo com o segundo modelo ajustado, a passagem da classe de referência "muito pobres" (casos) para a classe "pobres" (controlos1) não é afectada significativemente pela escolaridade (p > 0,161 para todas as categorias de escolaridade) nem pelo estado civil (p > 0,165 para todas as clategorias de estado civil).

No que diz respeito à passagem da classe de referência "muito pobres" (casos) para a classe "não pobres" (controlos2) verifica-se um efeito significativo da escolaridade, dado que ter o ensino básico – 1º ciclo [$b_{Escol=1ºciclo}$= -2,766; OR = 0,063; p=0,001)] reduz as chances em 93,7% de a mulher ser não pobre, e ter o ensino básico – 2º ciclo [$b_{Escol=2ºciclo}$= -2,376; OR = 0,093; p=0,006)] reduz as chances em 90,7% de a mulher ser não pobre. Ou seja, a baixa escolaridade da mulher representa uma maior chance de ser muito pobre do que ser não pobre, por comparação com ter o ensino superior. O facto de ter o ensino básico – 3º ciclo (p=0,125) e ter o ensino secundário (p=0,639) não afecta significativamente a passagem da classe de referência casos (muito pobres) para os controlos2 (não pobres).

Quanto ao estado civil, o facto de ser casada significa uma chance maior de pertencer ao grupo de controlos2 (não pobre) do que ao grupo casos (muito pobres) [$b_{EstCivil=casada}$= 1,754; OR = 5,776;

p<0,001)]. Já o facto de ser solteira (p=0,224), de viver conjugalmente sem ser casada (p=0,247) e ser viúva (p=0,072), relativamente a ser divorciada ou separada, não afecta significativamente a passagem da classe de referência casos (muito pobres) para os controlos2 (não pobres).

Relativamente ao conjunto de variáveis de acesso e utilização de cuidados de saúde, apenas permaneceu no modelo " a mulher ter deixado de comprar medicamentos para si por incapacidade económica", sendo que a passagem da classe de referência "muito pobres" (casos) para a classe "pobres" (controlos1) não é afectada significativamente por este facto (p= 0,230). Mas as mulheres que não deixaram de comprar medicamentos para si por razões económicas apresentam uma maior chance de ser não pobres do que ser muito pobres [$b_{MedicMulher=não}$= 1,620; OR = 5,053; p<0,001)], em relação às mulheres que afirmam ter incapacidade económica para comportar os custos com os medicamentos.

É ainda de referir que nenhuma das variáveis de fecundidade permaneceu no segundo modelo final ajustado como factor explicativo para a condição social da mulher. Ou seja, quando são adicionadas as variáveis de acesso e utilização de cuidados de saúde, as variáveis de fecundidade perdem força explicativa e do conjunto das variáveis relacionadas com a saúde apenas permanece uma relativa ao acesso económico – incapacidade da mulher comportar custos de saúde para si própria.

Nas duas figuras que são apresentadas de seguida (Figura 3.4 e Figura 3.5) pretendo reproduzir de forma simplificada as associações que emergiram da análise dos modelos de regressão logística e de regressão multinomial, onde procuro perceber o continuum de pobreza e os factores associados à condição social de pertença das mulheres em três grupos desse mesmo continuum – mulheres em situação de muita pobreza, de pobreza e não pobreza.

Na Figura 3.4. encontram-se as variáveis relacionadas com fecundidade e características sócio-demográficas, que se constituíram como factores explicativos fortes nos modelos finais ajustados de regressão logística (colocados na parte inferior da figura) e de regressão multinomial (colocados na parte superior da figura).

Na Figura 3.5. mostram-se as variáveis referentes à fecundidade, às características sócio-demográficas e ao acesso e utilização dos cuidados de saúde, que se estabeleceram como factores

explicativos fortes nos modelos finais ajustados de regressão logística (colocados na parte inferior da figura) e de regressão multinomial (colocados na parte superior da figura).

Desde logo se nota que as características sócio-demográficas permanecem idênticas em ambas as figuras, quer para a compreensão da condição social através da regressão logística, quer através da multinomial.

Para explicar a condição muito pobre, comparando com pobre, contribuem a etnia e o rendimento do agregado. Para explicar a condição muito pobre, relativamente a não pobre, surgem o rendimento do agregado, a dimensão do agregado (número de pessoas que o compõem), a escolaridade da entrevistada, a monoparentalidade e a etnia. Para explicar a condição pobre, comparativamente a não pobre, emergem o rendimento do agregado, a dimensão do agregado (número de pessoas que o compõem), a escolaridade da entrevistada e o estado civil. Quando procuro explicar a situação das mulheres muito pobres, comparando com as pobres e não pobres de forma conjunta, são factores explicativos o rendimento do agregado, a dimensão do agregado (número de pessoas que o compõem), a escolaridade da entrevistada, o estado civil e as etnias.

Ou seja, o rendimento do agregado ao qual a mulher pertence é um factor forte, que surge sempre como explicação da condição social da mulher, ao contrário do rendimento individual da entrevistada, que não permaneceu em nenhum modelo.

A monoparentalidade apenas surge como factor explicativo para a condição muito pobre, quando comparado com a não pobreza. O estado civil da entrevistada apenas se coloca como factor explicativo da situação de pobre, relativamente à não pobreza. E neste caso, perde poder explicativo a etnia. A monoparentalidade deixa de ser considerada como factor explicativo da condição de muito pobre, comparativamente com grupos pobre e não pobre considerados de forma conjunta.

Quanto à importância da fecundidade como factor explicativo da condição social, analisando a Figura 3.4. constata-se que do conjunto das treze variáveis de representações, tensões e práticas consideradas inicialmente (Anexo 20), apenas três permaneceram com poder explicativo: ter feito aborto; o planeamento e o controlo da gravidez do último filho.

O facto de ter feito aborto e o planeamento da gravidez do último filho constituem-se como factores de explicação da condição muito pobre, comparando com não pobre. E comparativamente

a pobre e não pobre em conjunto (na regressão multinomial). O facto de ter feito aborto emerge como factor explicativo da condição muito pobre, quando comparado com ser pobre. E o facto de a mulher não ter controlado a gravidez, quando engravidou do último filho, apenas surge como factor explicativo da condição de pobre, relativamente a não pobre, mas não permanece no modelo de regressão multinomial, isto é, perde força explicativa quando se compara a situação da mulher muito pobre relativamente a ambos os grupos, pobre e não pobre.

Analisando a Figura 3.5, quando são adicionadas variáveis de saúde, verifica-se que a importância das variáveis de fecundidade fica ainda mais reduzida para explicar a condição social: o facto de a mulher ter feito aborto explica apenas a condição de muito pobre, comparando com pobre; o facto de a mulher ter feito aborto e o facto de ter havido planeamento da gravidez do último filho assumem-se como factores de explicação da condição muito pobre, relativamente a não pobre. Não emergindo nenhuma variável de fecundidade como factor de explicação da condição pobre em relação à situação de não pobre, nem da condição muito pobre *vs.* pobre e não pobre, conjuntamente.

Finalmente, no que diz respeito às variáveis de saúde (Figura 3.5), percebe-se que nenhuma delas emerge para explicar a situação de pobreza extrema, em relação a pobreza. Constata-se ainda que são factores de explicação da condição de muita pobreza *vs.* não pobreza variáveis relacionadas com a incapacidade económica de comportar custos com compra de medicamentos para a mulher e/ou para alguma outra pessoa do agregado. Ou seja, trata-se de um aspecto relacionado com os rendimentos individuais, mas sobretudo do agregado, que já se percebeu ser um factor central em termos de explicação da condição de pobreza extrema da mulher.

A outra variável de saúde é a realização da consulta de revisão do parto, e que apenas surge como factor explicativo da condição de pobreza da mulher *vs*. a não pobreza, indiciando diferenças relacionadas com diferenças de acesso a informação e/ou influências relacionadas com a escolaridade que importará aprofundar.

Figura 3. 5 Condição social explicada pela fecundidade e características sócio-demográficas (1)

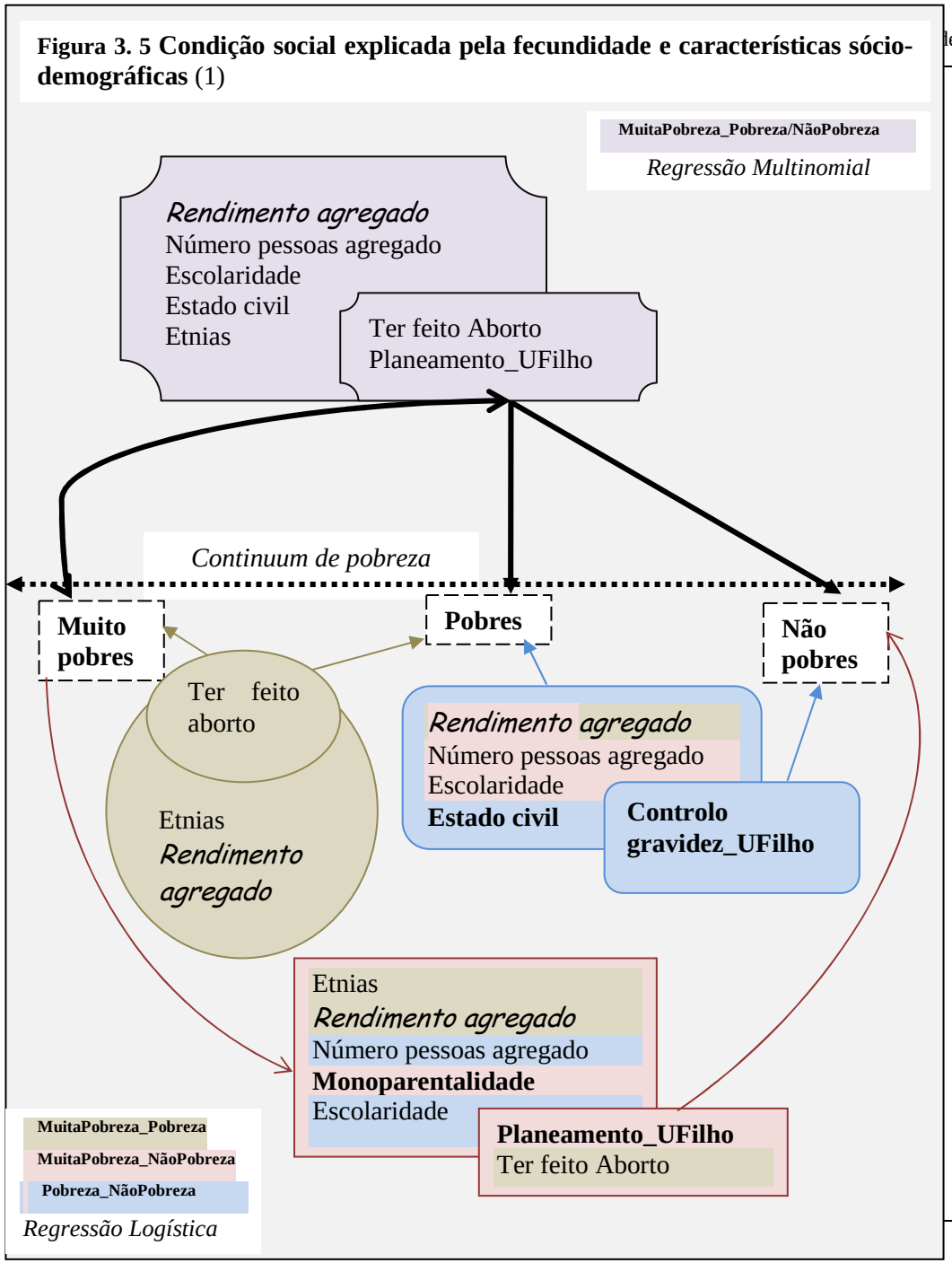
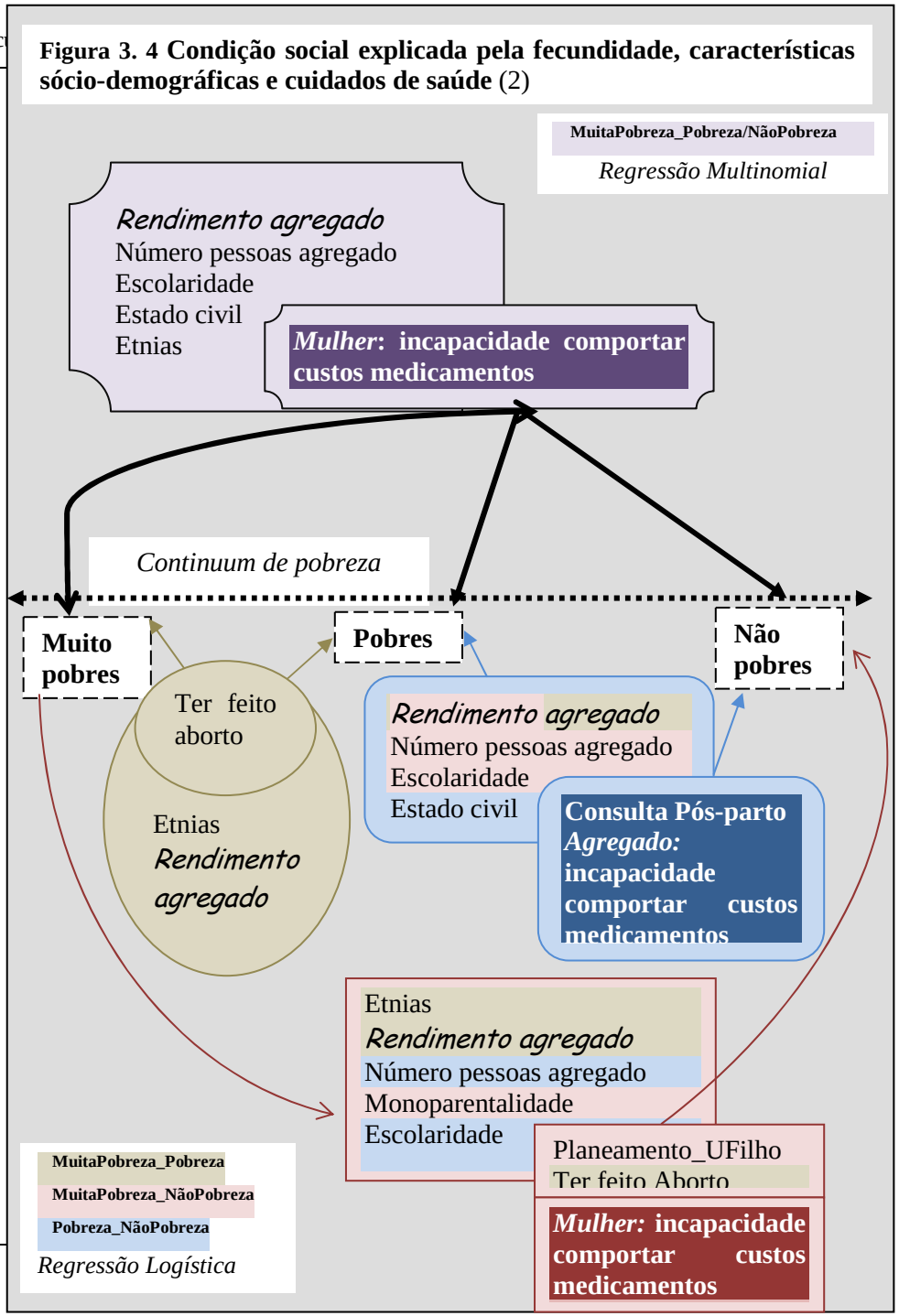


Figura 3. 4 Condição social explicada pela fecundidade, características sócio-demográficas e cuidados de saúde (2)



3.8. Discussão

Os resultados do estudo de caso-controlo vêm responder a duas hipóteses. Começo pela primeira, segundo a qual uma maior fecundidade aumenta o risco de pobreza para as mulheres; e a situação de pobreza das mulheres aumenta a possibilidade de existir uma fecundidade maior.

O objectivo geral subjacente era estimar as associações entre as variáveis de condição social (graus de pobreza nos grupos em estudo) e as variáveis de fecundidade (representações, tensões, práticas e controlo de fecundidade), sendo aferido com toda a análise estatística, incluindo os modelos de regressão logística e multinomial.

Antes de mais parecia imprescindível a apresentação das características relativas à condição social actual das mulheres, isto é, associadas aos gradientes de pobreza. A discussão que se segue pretende ilustrar esta mesma realidade.

A situação de monoparentalidade é distinta consoante o grupo socioeconómico, isto é, a percentagem de mulheres com filhos que vivem sozinhas é superior nas mulheres muito pobres e pobres. Os modelos de regressão logística indicam precisamente este gradiente, mostrando uma associação entre monoparentalidade e um risco acrescido para pertencer ao grupo de mulheres muito pobres quando comparado com as não pobres. Não se revelando esta variável com poder explicativo para as diferenças de pertença ao grupo muito pobre *vs*. pobre e pertença ao grupo pobre *vs*. não pobre.

As diferenças ocorrem também nos rendimentos que as entrevistadas declaram ter, com as mulheres muito pobres e pobres a situarem-se em maior número abaixo da mediana (400€/mês), bem como pertencer a agregados com escalão de rendimento abaixo da mediana (≤ 550 a 750€ mês). Baseado na evidência em diferentes países, mostra-se claramente que existem alguns grupos de mulheres com elevada prevalência de pobreza, nomeadamente: mães vivendo sozinhas e trabalhadoras com baixo rendimento (Daly, 1992; McLanahan *et al*, 1992 in Ruspini 2000, Perista 1991). Segundo o presente estudo o facto de a mulher pertencer a agregados com rendimentos mais baixos apresenta-se como um factor explicativo forte em todos os modelos de regressão logística e multinomial para a sua condição social, ou seja, é em todas as situações um factor para a pobreza.

As questões relacionadas com a etnia também surgem nos resultados, uma vez que se registam diferenças entre o estatuto socioeconómico e a pertença étnica, ou seja as mulheres ciganas estão em maior percentagem no grupo de mulheres muito pobres. A regressão logística, bem como a regressão multinomial, vêm comprovar um risco acrescido para que as mulheres de etnia cigana pertençam ao grupo muito pobre. Mas esta característica étnica perdeu capacidade explicativa da posição social da mulher quando o modelo de regressão logística procurou explicar os factores associados às mulheres pobres *vs.* as não pobres.

A escolaridade é distinta nos gradientes sociais em presença no estudo, sendo que as mulheres pobres e muito pobres são menos escolarizadas do que as não pobres e, inversamente, o topo da hierarquia de escolarização é muito mais expressivo nas mulheres não pobres. E também neste caso os modelos de regressão regressão logística e regressão multinomial demonstram que as mulheres com habilitações inferiores (1º e 2º ciclos do ensino básico), comparando com as mulheres que têm o equivalente ao ensino superior, aumentam as chances de pertencer à classe "caso – muito pobre" diminuindo as chances de pertencer à classe "controlos 2 – não pobre" e também aumentam as chances de ser pobre, diminuindo as hipóteses de ser não pobre. Mais uma vez esta variável não contribui para explicar as diferenças entre ser muito pobre e pobre.

A situação conjugal das mulheres revela-se distinta nos três grupos socioeconómicos em estudo, sendo que as diferenças ocorrem principalmente entre as muito pobres e as não pobres. O estado civil emerge como factor explicativo da condição social de pobreza da mulher, por comparação com a não pobreza, concretamente o casamento a proteger as mulheres da situação de pobreza.

A dimensão do agregado assume-se como factor de explicação forte para a condição social das mulheres muito pobres face às não pobres e das pobres face às não pobres. No entanto, perde capacidade explicativa das diferenças entre muito pobres e pobres, ou seja, mais uma vez esta característica aproxima as mulheres muito pobres e pobres, distanciando-as da situação de não pobreza.

As mulheres tiveram mais paragens no trabalho do que os cônjuges (70,5% e 41,9%, respectivamente) e confirma-se a existência de diferenças associadas com o estatuto socioeconómico, na medida em que as mulheres muito pobres têm 90,4% de respostas positivas para a paragem no trabalho e os seus cônjuges 77,5%, por comparação com 51,7% e 14,6%, respectivamente, para os cônjuges das mulheres não pobres. As diferenças continuam nas

justificações para a última vez que pararam de trabalhar, com as mulheres não pobres a responderem menos no item "doença ou incapacidade pessoal", deixando antever maiores problemas de saúde associados com as mulheres pobres e muito pobres. Estes resultados deixam prever uma relação adversa entre saúde e pobreza, em consonância com o que é descrito noutros estudos (cfr. Whitehead e Dahlgren 2007a).

A percepção sobre a evolução da situação económica do agregado é diferente consoante o grupo socioeconómico, com um maior pessimismo por parte das mulheres pobres, comparativamente com as não pobres. Numa perspectiva de conjunto a percepção geral é mais negativa do que positiva.

Existem diferenças relativamente à rede social de apoio com a qual as mulheres podem contar, sendo que as mulheres muito pobres admitem que não podem contar com "ninguém" numa percentagem maior do que as não pobres e, inversamente, têm percentagens mais expressivas no item "três ou mais pessoas". Estes dados vêm colocar a questão das vulnerabilidades acrescidas a que as mulheres pobres e muito pobres ficam sujeitas, nomeadamente em situações de doença (Vasconcelos, 2002; Wall *et al*, 2002).

Os apoios recebidos depois do último filho nascer configuram igualmente situações distintas consoante o gradiente social, mas aqui as mulheres pobres e muito pobres revelam percentagens mais elevadas de apoios, demonstrando que os nascimentos das crianças estão envolvidos em sociabilidades que constituem apoio na trajectória de vida e que serão activadas neste momento dos percursos individuais. O tipo de apoio que as mulheres mais declaram receber são os "materiais para o bebé", com as diferenças de estatuto socioeconómico a emergirem mais uma vez. De facto, as mulheres não pobres recebem mais "apoio em dinheiro" e o "apoio afectivo" e as pobres e muito pobres os bens materiais para o bebé, ou seja, existem distinções objectivas e subjectivas nas tipologias de apoio que umas e outras recebem.

Em todos os 24 indicadores relativos à privação de bens de primeira necessidade verifica-se a existência de diferenças entre os grupos socioeconómicos, confirmando-se os gradientes de pobreza e privação no continuum de desigualdade que estudava. Estes resultados estão em consonância com o estudo recentemente efectuado sobre a pobreza em Portugal (Bruto da Costa, 2008).

Dos 11 itens relativos à lista de bens referentes à casa merecem destaque os seguinets: no item "casa sem humidade" 45,9% do total de inquiridas confirmaram ter uma casa com humidade, com as diferenças a ocorrerem entre mulheres muito pobres e pobres *vs*. não pobres, mas são as mulheres muito pobres que mais contribuem para esse total; 43,7% confirmaram não poder ter "computador pessoal, portátil", conduzindo a uma das formas de exclusão social, mais uma vez as diferenças ocorrem entre muito pobres e pobres *vs.* não pobres; 15,5% afirmaram não poder ter "cama para todos os elementos do agregado"; 25,2% admitiram não poder garantir "aquecimento em casa quando está frio", sendo que as diferenças ocorrem sistematicamente entre o grupo de mulheres não pobres e os grupos pobres.

Dos 3 itens concernentes à capacidade de poupança e saúde verifica-se que a maioria das mulheres não pode fazer "poupança mensal de 15 euros" (64,4%), nem tem possibilidade de ter uma "quantia para gastar consigo" (51,4%). E ainda que 21,5% das inquiridas não podem "comprar medicamentos receitados pelo médico". Em todos os itens ficam confirmadas as posições aproximadas de mulheres pobres e muito pobres, revelando maiores incapacidades de fazer poupança, menor possibilidade de ter pequenas quantias de dinheiro disponível para gastos pessoais e mais dificuldade de comprar os medicamentos com receitas médicas, por comparação com maiores facilidades reveladas pelas mulheres não pobres.

Em todos os 5 itens referentes a vestuário comprova-se a existência de diferenças significativas entre os grupos socioeconómicos. Dos 5 itens relativos a alimentação, temos que maioria das mulheres (55,5%) não pode fazer "uma refeição no restaurante, uma vez por mês" e que 28,7% não podem ter "amigos e familiares numa refeição à volta da mesa". Estes são dados que poderão ter implicações em termos das sociabilidades destas mulheres e seus agregados. Como nos têm revelado vários estudos, a pobreza e a exclusão social "contribuem para o debilitar dos laços familiares e sociais", ora os resultados que acabo de sintetizar vêm adicionar evidência nesse sentido (Castel, 2000; Bruto da Costa, 1998a; 2008).

De referir ainda os 25,2% de mulheres que mencionaram não poder ter "fruta e vegetais frescos todos os dias", os 13% que não podem fazer "duas refeições quentes por dia" e os 11,6% que não podem fazer uma "refeição de carne ou peixe (ou equivalente vegetariano) pelo menos de 2 em 2 dias". Estes são dados que deixam antever eventuais implicações destas privações para o estado de

saúde das mulheres. Mais uma vez emergem as relações entre pobreza, condição social e saúde (cfr. Whitehead e Dahlgren 2007a; WHO, 2009).

As condições da habitação vêm confirmar, uma vez mais, as desvantagens sistemáticas das mulheres pobres e muito pobres relativamente às não pobres em todos os 11 itens. Isto é, as mulheres pobres e muito pobres referem sempre muito mais problemas associados com a habitação e/ou meio residencial envolvente, sendo de destacar as percentagens encontradas nos seguintes aspectos: "crime ou vandalismo na área de residência" (46,6%); "vizinhos barulhentos" (41,2%); "fundações, paredes ou chão húmidos" (38,3%); "outros ruídos exteriores – trânsito, comércio" (37,7%); "poluição ou problemas ambientais" (34,2%).

Também se manifestaram as diferenças entre os grupos socioeconómicos no que diz respeito aos endividamentos e atrasos em pagamentos de despesas relacionadas com habitação – rendas ou prestações de crédito, água, electricidade, gás e condomínio, despesas com empréstimos e cartões de crédito e despesas relativas a descendentes. Bem como nos indicadores de condição de vida, como sejam a capacidade de fazer férias fora de casa e ter automóvel, receber familiares em casa para uma refeição, fazer poupanças, refeição de carne ou peixe de dois em dois dias. Ou seja, estão sistematicamente presentes as clivagens entre as mulheres muito pobres e pobres por comparação com as mulheres não pobres. Mais uma vez refiro que estes são resultados que também são descritos por Bruto da Costa (2008).

Os resultados da presente investigação vêm também comprovar que uma carência raramente acontece de forma isolada, como nos recordava Bruto da Costa (1998a) empiricamente os estudos vêm demonstrando esta realidade interligada das privações e carências a que os mais pobres estão sujeitos. Estamos, pois, perante evidência de "privação múltipla" (Bruto da Costa, 2008), bem como as configurações que asssume no âmbito das variáveis agrupadas, permitindo-nos identificar os "gradientes de pobreza" existentes, também pelo facto de os grupos muito pobres e pobres, sistematicamente se aproximarem nas várias características, afastando-se conjuntamente dos indicadores das mulheres não pobres.

A forma como os indivíduos percepcionam a sua própria situação de pobreza e condição social é um dado muito importante em termos dos estudos de pobreza, assim constata-se que as auto-percepções são diferentes consoante o estatuto socioeconómico das mulheres, isto é, as mulheres pobres e muito pobres têm uma auto-percepção sobre a sua condição social que corresponde,

maioritariamente, a classe baixa, média baixa e média, enquanto as mulheres não pobres se auto-percepcionam como classe média baixa, média e alta. Mas embora as diferenças entre os grupos socioeconómicos se mantenham, verifica-se que um total de 27,2% de mulheres actualmente no grupo de muito pobres "nunca" ou "raramente" se sentiram pobres ao longo da vida, mas também das mulheres pertencentes ao grupo de não pobres 6,6% declaram ter sentido "muitas vezes" ou "sempre" a condição de pobreza. Aqui surgem-nos as questões relacionadas com aquilo que são as nossas referências e os contributos para as auto-percepções – embora em todos os indicadores (privação, condição de vida, rendimento) estivessem melhor, por comparação com as mulheres dos grupos pobres e muito pobres, ainda assim uma parte dessas mulheres não se sentia arredada do contexto de pobreza. Assumem, assim, importância as dimensões relacionadas com a situação subjectiva de pobreza (cfr. Bruto da Costa, 2008).

O resultado principal, de toda a discussão acima apresentada, prende-se com a confirmação da existência de gradientes sociais inerentes às diversas características apresentadas.

Fecundidade

Quanto aos aspectos de fecundidade, começando pelos posicionamentos distintos das mulheres a uma gravidez indesejada consoante o grupo socioeconómico a que as mulheres pertencem, embora a maioria das mulheres assuma a opção de "ter o bebé e ficar com ele" revelam-se diferenças entre os grupos, com as mulheres não pobres a mostrarem menor pendor para "fazer aborto" (cfr. Análise Conjunta desta dissertação).

Em todas as variáveis relacionadas com as representações de fecundidade registam-se diferenças baseadas no estatuto socioeconómico, com as mulheres não pobres a contribuírem mais para as percentagens de querer (mais) filhos do que as mulheres pobres e não pobres. A média de filhos que as mulheres indicam querer ter (mais) é também superior nas mulheres não pobres. No entanto, quando cruzado com o número total de filhos que as mulheres têm, percebe-se que existem diferenças entre todos os grupos e que as mulheres não pobres têm em média menos filhos do que as muito pobres e pobres. Mas quando se verificam os ideais de fecundidade percebe-se que existe uma oscilação entre 0 e 12 no que diz respeito ao número ideal de filhos, mais uma vez as diferenças a ocorrerem entre mulheres pobres e muito pobres *vs.* não pobres.

Foram ainda analisadas as tensões entre as práticas de fecundidade (número de filhos que têm), os ideais (número ideal de filhos) e os filhos que pensam vir a ter.

1. Diferença entre o ideal de filiação e o número de filhos naturais – a maior parte das mulheres (69,8%) apresenta ideais de filiação superiores aos que efectivamente tem. Existem diferenças significativas baseadas no estatuto socioeconómico. No pólo das tensões negativas (i.e., número ideal de filhos menor do que o número actual de filhos) as diferenças ocorrem entre mulheres muito pobres e não pobres na opção "menos 2 filhos" e "menos 1 filho", com estas mulheres a posicionarem-se de forma mais negativa do que o esperado. Na igualdade entre os ideais e as práticas actuais, verifica-se que as diferenças são mais uma vez explicadas pelas mulheres não pobres, que têm menos filhos do que idealizam. No pólo das tensões positivas (i.e., número ideal de filhos superior ao número actual de filhos) as mulheres não pobres diferenciam-se das mulheres muito pobres na opção "mais 2 filhos" com totais acima (mulheres não pobres) e abaixo do esperado (mulheres muito pobres).
2. Diferença entre número de filhos que pensa vir a ter (ou quer mais) e número total de filhos naturais – 62,8% das mulheres situam-se no pólo negativo, i.e., pensa (ou quer) ter menos filhos do que aquilo que tem. Existem diferenças significativas baseadas no estatuto socioeconómico. No pólo das tensões negativas (i.e., número de filhos que pensam ter menor do que o número actual de filhos), as diferenças acontecem no item "até menos 3 filhos" e entre as mulheres muito pobres, contribuem mais do que o esperado e as não pobres, contribuem menos do que o esperado. Na igualdade entre os filhos que pensam vir a ter e o número actual as diferenças são idênticas. No pólo das tensões positivas (i.e., número de filhos que pensam ter é superior ao número actual de filhos) as diferenças ocorrem nos itens "mais 1 filho" (mulheres muito pobres e não pobres, estas a contribuir mais do que o esperado) e "mais 2 filhos" (mulheres muito pobres e não pobres, estas a contribuir mais do que o esperado). A característica de querer ter menos filhos do que tem está associada ao grupo socioeconómico muito pobre.
3. Diferença entre o número de filhos que pensa ter (ou quer mais) e o número ideal de filhos – maioritariamente (89,7%) as mulheres pensam vir a ter menos filhos do que os ideais apontados (pólo de tensões negativas). Existem diferenças significativas baseadas no estatuto socioeconómico. Estas diferenças ocorrem sobretudo no item relativo a "número igual de

filhos" e nos itens "menos 1 filho" e "até menos 3 filhos" (entre mulheres muito pobres e não pobres) e no item "menos 2 filhos (entre mulheres pobres e não pobres).

A idade média das mulheres aquando do nascimento do primeiro filho era de 22,0 anos e no último filho de 27,3 anos, inscrevendo-se estes números tanto numa precocidade da entrada na parentalidade como de saída da mesma, isto quando confrontando com os dados apresentados por Cunha (2004), segundo a qual a média de entrada na parentalidade era de 23,9 anos no 1º nascimento e de 29,3 no último filho. Existem diferenças baseadas no estatuto socioeconómico relativamente à entrada na parentalidade, entre mulheres muito pobres e não pobres, mas não quanto ao último filho.

Estas questões estão, segundo vários autores (Cunha, 2004; Eggleston, *et al* 2001), relacionadas com o planeamento dos filhos e o facto de os casais pretenderem, ou não, ter filhos no momento em que as gravidezes acontecem. Assim, estes resultados indicam que a maior parte das mulheres não pensava engravidar quando teve o último filho, existindo diferenças significativas entre os grupos socioeconómicos, com as mulheres muito pobres a revelarem que o último filho aconteceu maioritariamente de forma *acidental.* O que está de acordo com o que é descrito num estudo de fecundidade em Portugal (Cunha, 2004), segundo o qual pelo menos um filho depois do primeiro não foi planeado. Os presentes resultados ainda adiantam um aspecto interessante segundo o qual uma boa parte das mulheres que não pensava engravidar aquando do último filho, simultaneamente não fazia nada para evitar a gravidez – este aspecto deverá ser analisado conjuntamente com os resultados do estudo qualitativo de forma a ser compreendido com mais profundidade (cfr. Análise Conjunta desta dissertação).

Também nos modelos de regressão logística e multinomial estas duas variáveis de fecundidade: planeamento do último filho e fazer contracepção aquando da última gravidez aparecem como factores explicativos da condição de pobreza – com a característica de não planeamento a estar mais associada às mulheres muito pobres *vs.* as não pobres e o facto de não ter havido contracepção aquando da última gravidez diminuir a chance de ser pobre face a não pobre.

Esta discrepância mantém-se nas mulheres que estavam grávidas no momento da recolha dos dados, ou seja, entre as mulheres que "planeavam ter um filho no momento" (51,8%) e que não "faziam alguma coisa para evitar" (61,4%), deixa-se antever cerca de 10% de gravidezes que aconteceram, simultaneamente, sem "pensar ter um filho actualmente" e sem "fazer alguma coisa

para evitar a gravidez". Não existe diferença entre os grupos socioeconómicos quanto a esta realidade, indiciando transversalidades socioeconómicas a este propósito.

Os modelo de regressão logística e multinomial vêm revelar que à medida que diminui a condição de pobreza aumenta a associação a práticas abortivas e/ou fetos mortos. Não sendo esta uma característica distintiva entre as mulheres pobres e não pobres.

Destaco o facto de a pílula ser o contraceptivo mais usado no momento em que as mulheres engravidaram do último filho, sendo que aparentemente algo terá falhado (dosagem, esquecimento, toma simultânea de antibiótico), não existindo diferenças entre os grupos socioeconómicos, o que deixa antever que estas falhas associadas à pílula são também elas transversais a classes socioeconómicas (cfr. Análise Conjunta desta dissertação).

Quanto às práticas de controlo de fecundidade a maior parte das mulheres utiliza algum método contraceptivo actualmente, não havendo diferenças com base no estatuto socioeconómico. O método mais usado é a pílula, verificando-se uma diferença em termos de gradiente social na utilização, as mulheres não pobres declaram usar mais este contraceptivo e as mulheres muito pobres distinguem-se sobretudo das não pobres por usarem mais a laqueação.

Quem faz o aconselhamento sobre métodos anticoncepcionais são sobretudo os profissionais de saúde, mas verificam-se diferenças baseadas em gradientes sociais – as mulheres muito pobres afirmam terem "outro" tipo de aconselhamento e as não pobres são sobretudo aconselhadas por profissionais de saúde (dados que serão ainda analisados de forma conjunta com os resultados do estudo qualitativo - cfr. Análise Conjunta desta dissertação).

Os resultados indicam que o historial de relações sexuais tem um início precoce em todos os grupos socioeconómicos (10 anos para as mulheres muito pobres e 12 anos para as mulheres não pobres) e que existem diferenças neste historial de acordo com os gradientes sociais, com as diferenças a ocorrer entre mulheres muito pobres e pobres *vs.* mulheres não pobres.

Parece importante destacar a percentagem elevada (56%) que afirma ter tido uma primeira relação sexual desprotegida (com diferenças evidentes de gradiente socioeconómico, e.g., as mulheres muito pobres têm estas práticas mais elevadas por comparação com as não pobres), sendo o preservativo o método mais utilizado (com diferença de utilização em termos de grupo socioeconómico, i.e, uma utilização superior nas mulheres não pobres), dados que vêm no mesmo

sentido de vários outros estudos (Kendall *et al*, 2005; Crosby, Sanders, Yarber e Graham, 2003; Macaluso *et al*, 1999; Spruyt *et al* 1998).

Quanto ao tipo de contraceptivo que as mulheres utilizaram pela primeira vez com o intuito de evitar uma gravidez, verifica-se que a maioria (58,8%) recorreu à "pílula", logo seguido da utilização de "preservativo masculino". Mas existem diferenças de utilização consoante o estatuto socioeconómico, isto é, a pílula é mais usada pelas mulheres muito pobres e o preservativo masculino mais pelas não pobres. Estes dados podem indicar uma influência da própria capacidade de decisão e de negociação da mulher em termos de escolha do método contraceptivo (cfr. Análise Conjunta desta dissertação). De realçar ainda que 6,2% das mulheres referiram não ter utilizado "nenhum" método contraceptivo com a finalidade de evitar gravidez, sendo que existe uma diferença significativa em termos de grupos socioeconómicos, com as mulheres não pobres a apresentar uma percentagem inferior.

Aqui chegados parece-me que ficou comprovada a existência de associações entre as variáveis de condição social e variáveis de fecundidade - representações, tensões, práticas e controlo de fecundidade (cfr. Análise Conjunta desta dissertação).

A segunda hipótese do estudo era no sentido de existir diferenças no acesso aos cuidados de saúde e nas formas de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva (materna e planeamento familiar) em cada grupo de mulheres. Sendo que o segundo objectivo geral do estudo de caso-controlo era estimar o acesso aos cuidados de saúde nos diferentes grupos em estudo e estimar a associação entre utilização de Cuidados de Saúde Materna (CSM) e situação de pobreza.

Acessibilidade ao sistema de saúde

Os resultados apontam no sentido de existir uma preferência muito expressiva pela totalidade das mulheres para recorrer ao SNS, o que é coincidente com estudos realizados recentemente em Portugal (Cabral *et al*, 2009). Sendo que a SCML, como seria de esperar, é referida quase exlusivamente por mulheres muito pobres e pobres, explicando as diferenças entre os grupos socioeconómicos, precisamente um dos apoios concedidos pela SCML.

A maioria das mulheres não tem seguro de saúde privado, com as percentagens encontradas de mulheres que têm seguros (11,6%) muito idênticas a estudos recentes (11,2% em 2001 e 11,8% em

2008 – cfr. Cabral *et al*, 2009). Registando-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos socioeconómicos, sendo sobretudo as mulheres não pobres que têm seguro privado, estando este facto claramente relacionado com um perfil socioeconómico da mulher. Já no que se refere ao tipo de seguro, os presentes resultados - com 52,1% das mulheres a afirmarem ter seguro pessoal, 42,1% seguro de empresa, 0,8% seguro colectivo e 5,0% outro - indicam uma realidade mais próxima da descrita pelos mesmos autores para 2001 (cfr. op. cit - seguros pessoais 57,3% em 2001 e 80,0% em 2008; seguros de empresa 44,1% em 2001 e 2,4% em 2008).

Os resultados deste estudo indicam que a maioria das mulheres tem médico de família a quem costuma recorrer, com registo de diferenças entre não pobres e pobres, com as mulheres do primeiro grupo a revelarem percentagens menores. Este facto poderá estar relacionado com a corresponde maior utilização da medicina privada por parte das mulheres do grupo não pobre.

Naturalmente, existem diferenças no perfil socioeconómico das mulheres que revelam ter cartão de saúde da SCML, sendo mesmo o acesso aos cuidados de saúde nas unidades de saúde da Misericórdia um dos apoios concedidos e um dos mais pretendidos pelas populações que recorrem à SCML (facto confirmado no estudo exploratório realizado no âmbito deste trabalho, cfr. Anexo1).

Acesso geográfico

Quanto ao transporte utilizado para a deslocação ao CS verifica-se que as mulheres utilizam sobretudo transporte público (46,8%), seguido de ir a pé (33,8%) e usam muito menos o carro próprio (17,9%), sendo que a análise revela a existência de diferenças em termos de gradientes sociais, com as mulheres não pobres a usarem mais o carro próprio e as pobres e muito pobres a irem a pé. Mas é importante lembrar as diferenças registadas em termos de posse de automóvel, claramente a favor das mulheres não pobres.

Os resultados revelam ainda que o tempo médio necessário para a deslocação ao CS é de 17,5 minutos, com existência de diferenças entre os grupos socioeconómicos, sobretudo entre as mulheres não pobres, comparativamente às muito pobres e pobres.

Relativamente ao transporte utilizado para a deslocação ao hospital, mais uma vez a maioria das mulheres (55,8%) usa o transporte público, seguido do carro próprio com 29,6%, o táxi com 8,1% e apenas 3,9% vão a pé. Confirmam-se as diferenças entre grupos socioeconómicos com as pobres

e muito pobres a utilizarem menos o “carro próprio ou de alguém próximo” e mais o “transporte público”, ao contrário das não pobres, que utilizam mais o “carro próprio ou de alguém próximo” e vão menos a pé e de “transporte público”.

O tempo médio necessário para a deslocação ao hospital é de 29,5 minutos, registando-se diferenças consoante os gradientes sociais, com a análise a demonstrar diferenças entre os três grupos socioeconómicos em estudo.

No que diz respeito ao transporte utilizado para a deslocação às unidades de saúde da SCML, a maioria vai a pé (56,6%), seguido de transporte público (27,5%) e ainda as que não costumam ir (7,8%). As diferenças acontecem, naturalmente, entre as mulheres pobres e muito pobres, que penso se explica devido à proximidade das unidades de saúde da SCML e sua localização próxima dos bairros sociais, podendo deslcocar-se preferencialmente a pé. Não se verificam diferenças entre os grupos socioeconómicos no tempo de deslocação.

São muito poucas (18,6%) as mulheres que utilizam o contacto telefónico e/ou por e-mail com profissionais de saúde para aconselhamento e/ou obtenção de qualquer informação. Ainda assim estes são números superiores aos 8,2% que são apontados pelo estudo de Cabral e outros (2009).

Acesso económico

A questão relacionada com a incapacidade de comportar os custos com a saúde configura-se como uma dos aspectos centrais do acesso aos cuidados de saúde (Whitehead e Dahlgren, 2007a). Os resultados deste estudo revelam a existência de diferenças significativas entre os grupos sociais quando as mulheres deixam de comprar medicamentos, tanto para as próprias como para os filhos e para outras pessoas do agregado. No que diz respeito aos medicamentos, os números mostram que as mulheres quando não têm possibilidade económica abdicam sobretudo de comprar a medicação para si, sendo os filhos os últimos a deixar de ter os medicamentos.

A importância explicativa destes aspectos como factor de pobreza para mulheres fica comprovada através dos modelos de regressão logística e multinomial – quando a mulher deixa de comprar os medicamentos para si este facto assume-se como explicação para a condição social das mulheres muito pobres face às não pobres e das mulheres muito pobres face às pobres e não pobres; quando não é possível comprar os medicamentos para outras pessoas do agreagdo este é um factor associado às mulheres pobres face às não pobres. Ou seja, estamos em face a factores de pobreza.

Essas diferenças relacionadas com o estatuto socioeconómico revelam-se igualmente na incapacidade revelada para ter consultas com médicos especialistas, dentistas e ainda para comprar óculos e próteses, utilizar meios complementares de diagnóstico e fisioterapia. Há estudos na Europa que vão no mesmo sentido, nomeadamente na Bélgica, onde cerca de um terço da população tem dificuldades em pagar cuidados médicos e 8% das famílias adiam as consultas médicas devido aos custos (Louckx, 2002 cit in Whitehead e Dahlgren 2007a).

Estes resultados em termos de acesso económico e sobretudo aqueles relacionados com as incapacidades reveladas para aceder a determinados cuidados de saúde e/ou pagamento de medicamentos, sobretudo para as mulheres, vêm no mesmo sentido de estudos que têm demonstrado que o peso do pagamento dos serviços de saúde constitui-se como causa de pobreza (Ziglio *et al*, 2003).

Tempo de espera para utilização

Os resultados mostram que a maioria das mulheres (57,9%) afirma que esperou mais do que um dia para conseguir a consulta no CS e na SCML (87,6%). Mas as diferenças baseadas no estatuto socioeconómico só se revelaram nos dados relativos ao CS, com as mulheres não pobres a considerarem ter que esperar mais do que um dia, em maior número do que as mulheres muito pobres.

Em termos do número de dias que as mulheres tiveram que esperar pela consulta no CS registaram-se diferenças entre os grupos socioeconómicos e os resultados demonstram uma grande amplitude de tempo, revelando dificuldades de acesso. Quanto à SCML não existem diferenças em termos de estatuto socioeconómico, mas os serviços de saúde são usados sobretudo por muito pobres e pobres.

Quanto à percepção revelada sobre a demora relativamente aos dias de espera os resultados revelaram que não há diferenças nos grupos socioeconómicos.

Percepção sobre disponibilidade de cuidados de saúde na área de residência

Os resultados revelam a existência de diferenças de percepção sobre a disponibilidade de cuidados de saúde na área de residência entre as mulheres de grupos socioeconómicos diferentes relativamente a médico de família, planeamento familiar, consultas materno-infantis e de ginecologia/obstetrícia. As mulheres não pobres revelam uma percepção mais negativa do que as

mulheres muito pobres e pobres. Este facto poderá estar relacionado com capacidades reivindicativas eventualmente superiores à medida que diminui a situação de pobreza da mulher. Não se registaram diferenças nas percepções sobre disponibilidade de médicos especialistas, dentistas, consultas e tratamentos hospitalares e serviços de urgência.

Utilização de cuidados de saúde

A maioria das mulheres (52,8%) afirma que teve consultas no CS mais do que uma vez nos últimos 12 meses, 25,9% não utilizaram e 21,3% utilizaram uma vez, sendo que mais uma vez constata-se que a utilização dos cuidados de saúde é distinta consoante o estatuto socioeconómico, com as mulheres não pobres a utilizarem menos vezes o CS.

Quanto às especialidades médicas utilizadas no CS as diferenças baseadas no grupo socioeconómico aconteceram apenas relativamente às consultas de pediatria, com as mulheres muito pobres a revelarem usar mais, muito povavelmente estando relacionado com o facto de as mulheres não pobres usarem mais a medicina privada.

Também nas razões apontadas para a utilização da última consulta efectuada no CS se manifestaram as diferenças entre os grupos socioeconómicos, com as mulheres não pobres a usarem mais para exames de rotina e menos as consultas de pediatria, em consonância com o resultado anterior.

Utilização de cuidados de saúde materno-infantil

Os cuidados de saúde com os últimos filhos aconteceram maioritariamente no CS, com registo de diferenças significativas entre os grupos socioeconómicos quando os cuidados acontecem na medicina privada (mais as não pobres) e na SCML (mais as pobres), deixando este último resultado antever a importância atribuída ao apoio de saúde recebido pela SCML.

A utilização das consultas pré-concepcionais é muito baixa em todos os grupos, quer no primeiro quer no último filho, mas em ambos os casos os resultados indicam as diferenças por parte dos grupos socioeconómicos (as mulheres menos desfavorecidas socioeconomicamente usam mais). O local escolhido para a realização das consultas pré-concepcionais foi maioritariamente o CS, no primeiro e último filho, logo seguida da medicina privada, mas com registo de diferenças socioeconómicas nesta escolha (as mulheres não pobres são quem mais utiliza a medicina privada).

Quanto à vigilância pré-natal os resultados são muito evidentes no sentido de existência de diferenças resultantes dos gradientes sociais, e embora a grande maioria das mulheres revele ter recebido algum cuidado de saúde quer no primeiro quer no último filho, quando se analisam os dados relativos à adequação da vigilância pré-natal (antes e depois das 15 semanas) percebem-se as diferenças existentes entre mulheres pobres *vs.* não pobres. As percentagens que se encontram são consonantes com resultados de outros estudos (Delvaux *et al* 2001). É de realçar o facto de 11,3% não terem vigiado a gravidez no primeiro filho e 7,6% no último filho.

A maioria das mulheres fez as consultas pré-natais no CS, quer no primeiro quer no último filho, e a análise revelou a existência de gradientes sociais nesta utilização, isto é, as mulheres não pobres utilizaram menos o CS, o hospital e a SCML e muito mais a Medicina Privada, por oposição às formas de utilização das mulheres muito pobres e pobres. Sendo de evidenciar o facto de as mulheres pobres fazerem mais uso da SCML para estas consultas.

Na questão relativa ao profissional de saúde que fez as consultas pré-natais, os resultados indicam que, no primeiro filho, as mulheres referem de forma idêntica o obstetra e o médico de família e que, no último filho, as percentagens totais são maiores para a realização das consultas no obstetra seguido do médico de família, com a existência de diferenças significativas entre os grupos, possivelmente relacionadas com os dados anteriores de uma maior utilização da medicina privada por parte das mulheres não pobres.

O local do parto preferencial é o hospital público, quer do primeiro quer do último filho, sendo que são as mulheres não pobres que, maioritariamente, contribuem com respostas para os partos no sector privado. Revelando-se mais uma vez os gradientes sociais e as diferenças existentes entre os grupos socioeconómicos.

Quanto ao tipo de parto registaram-se diferenças relacionadas com gradientes socioeconómicos no primeiro filho, havendo uma opção económica subjacente à realização de parto normal com fórceps / ventosa (total de 12,4%) e cesarianas (total de 19%). Mas claramente as mulheres não pobres são as que mais mencionaram a realização de cesarianas. Estes resultados deixam antever opções baseadas na condição social, mas com consequências económicas.

Finalmente, a maioria das mulheres afirma ter realizado as consultas de revisão do parto, no primeiro e no último filho, sendo que, mais uma vez, se verificam diferenças significativas nesta

utilização por parte das mulheres dos três grupos, com as muito pobres e pobres a usarem muito menos estes cuidados de saúde do que as não pobres. Esta utilização de cuidados de saúde materna é uma característica que se revela um factor explicativo da condição de pobreza da mulher, comparando com não pobreza – o facto de as mulheres não fazerem a consulta de revisão do parto aumenta a chance de serem pobres, por comparação com as mulheres que fazem a consulta de revisão do parto. Esta é uma situação que poderá estar relacionada com os níveis de escolaridade mais elevados das mulheres menos pobres, conferindo-lhes maior acesso à informação e um entendimento eventualmente mais acentuado acerca da importância, para a sua saúde e dos seus filhos, da revisão do parto.

Em todos os aspectos que dizem respeito aos cuidados de saúde materna (pré-concepcional, pré-natal, parto e pós-parto) estes resultados apontam no mesmo sentido dos estudos que mostram a existência de padrões de utilização de cuidados de saúde marcadamente diferentes por parte das populações mais pobres (cfr. Dutton, 1978; Riessman, 1984; Reutter, 1995 cit in Sword, 1999).

Os resultados do estudo de caso-controlo mostram, assim, a existência de distribuições desiguais em vários itens, bem como os gradientes de pobreza e de fecundidade já discutidos, ou seja, evidentemente estamos perante a existência de desigualdades. Desigualdade na distribuição de recursos e na distribuição do acesso e utilização de cuidados de saúde. Como nos recordam Wagstaff e Waters (2005) a questão é sempre encontrar características que, comparativamente entre grupos, denunciem a existência de desigualdades. Esse foi o caminho por mim trilhado. Este estudo vem ainda reforçar a importância de considerar as questões da equidade de acesso aos serviços de saúde, nomeadamente as situações relacionadas com o acesso económico, na investigação desenvolvida sobre “sistemas de saúde” (Gwatkin, 2003; Gwatkin, Bhuiya e Victora, 2004).

CAPÍTULO 4: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A POBREZA, A MATERNIDADE E OS CUIDADOS DE SAÚDE

A investigação qualitativa assenta no pressuposto de que existe um processo de inquirição e de compreensão baseado em diferentes tradições metodológicas que têm vindo a explorar os problemas sociais e humanos (Cresswell, 2003). Ou, como nos dizem Denzin e Lincoln (2006: 390):

> *"A pesquisa qualitativa é um campo interdisciplinar, transdisciplinar e, às vezes, contradisciplinar, que atravessa as humanidades, as ciências sociais e as ciências físicas. A pesquisa qualitativa é muitas coisas ao mesmo tempo. Tem um foco multiparadigmático. Seus praticantes são susceptíveis ao valor da abordagem de múltiplos métodos".*

A utilização dos métodos qualitativos permite que o investigador seja capaz de compreender a importância dos significados, perspectivas e experiências dos participantes, bem como produzir informação detalhada capaz de ajudar a formular novas hipóteses ou explicar resultados obtidos por via de métodos quantitativos (Denzin, 1989; Cresswel, 2003). É precisamente neste contexto que este estudo qualitativo se situa.

4.1. Objectivos do Estudo

Em resultado do desenho geral da investigação já apresentado (ver Introdução), os objectivos gerais do estudo qualitativo enquadram-se nos objectivos gerais de investigação, realçando o facto de se pretender enquadrar os números, compreender os resultados quantitativos através das opiniões e percepções dos vários actores sociais envolvidos neste estudo qualitativo.

Em termos do estudo qualitativo consideram-se os seguintes objectivos gerais:

- Descrever quais as representações das mulheres relativamente à maternidade / fecundidade, nomeadamente, factores associados à decisão de ter filhos;
- Descrever a evolução das políticas de saúde e cuidados de saúde materno-infantis, bem como as medidas do Estado de apoio à maternidade e de redução de pobreza, e a forma como as mulheres se relacionam com elas;

- Conhecer as representações das mulheres sobre os aspectos relacionados com utilização de cuidados de saúde reprodutiva [saúde materna e PF (planeamento familiar)];
- Compreender as dinâmicas associadas com as formas de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva (saúde materna e PF);
- Conhecer as representações dos profissionais de saúde e dos técnicos de serviço social sobre as mulheres "pobres" – comportamentos de fecundidade; forma como utilizam os cuidados de saúde reprodutiva (saúde materna e PF); formas de relacionamento com a medida RSI.

Na Tabela 4. 1 encontram-se os objectivos gerais de investigação, os objectivos gerais do estudo qualitativo e respectivos objectivos específicos, sendo assim visível a forma como todos se articulam. É ainda apresentada a informação sobre o facto de os objectivos específicos serem ou não respondidos, complementarmente, através do estudo de caso-controlo.

Tabela 4. 1. Objectivos gerais e específicos do estudo qualitativo

Objectivos Gerais da Investigação e Objectivos Específicos do Estudo Qualitativo	**Est. CC* (sim / não)**
Objectivo Geral de Investigação 1 Perceber quais as inter-relações entre a maternidade/fecundidade e pobreza, quer o papel da fecundidade como factor precipitante de pobreza, quer o papel da situação social como factor de fecundidade / maternidade	
1º Objectivo geral do estudo qualitativo Descrever quais as representações das mulheres relativamente à maternidade / fecundidade, nomeadamente, factores associados à decisão de ter filhos e como os diferentes contextos de pobreza afectam estas decisões.	
Objectivos específicos:	
1.5 Sendo a pobreza um conceito, predominantemente, de base económica, privação de recursos materiais pretende-se estimar como a maternidade pode estar associada a efeitos económicos. 1.6 Estimar quais custos relatados associados à maternidade e como estes variam em diferentes gradientes de pobreza: 1.6.1) Custos directos, com roupas, consultas médicas, materiais para o bebé, etc. 1.6.2) Custos indirectos, como sejam o que a mulher deixa de ganhar devido à gravidez, a possível redução de salário, abandono temporário ou não do trabalho por falta de apoio para cuidar dos filhos, etc.). 1.6.3) Estimar se a maternidade está associada ao pedido de RSI. 1.7 Estimar se a maternidade está associada ao pedido de RSI em conjunto com outros aspectos: 1.7.1) Como, por exemplo, precariedade dos vínculos laborais; falta de apoio familiar; divórcio; viver em família mono parental; existência de uma doença associada à gravidez. 1.8 Estimar se uma prática efectiva de controlo da fecundidade varia em diferentes gradientes de pobreza	Sim

1.9 Descrever a percepção que as mulheres dos grupos têm dos benefícios de ter filhos (valorização dos filhos). 1.9.1) Verificar se existe um cálculo dos custos associados ao número de filhos. 1.9.2) A valorização social dos filhos sobrepõe-se aos custos esperados 1.10 Verificar se a tendencial "medicalização" da gravidez tende a gerar novos custos para as mulheres grávidas. 1.11 Verificar quais as alterações nas práticas sociais das mulheres pobres em estudo para combater o círculo vicioso "fecundidade-pobreza". 1.11.1) Verificar quais as práticas sociais das mulheres pobres em estudo. Por exemplo, que tipo de informação detém acerca dos cuidados de saúde pré-concepcional, pré-natais e pós parto, bem como dos métodos anticoncepcionais. 1.11.2) Compreender se ocorrem mudanças de comportamentos em relação aos seus contextos de pertença quanto ao controlo de fecundidade 1.12 Analisar as "práticas sociais emancipatórias" das mulheres pobres em estudo. 1.12.1) Verificar se existem famílias estudadas que cumprem os programas de inserção de RSI para além do que é a expectativa dos técnicos. 1.12.2) E quais as influências para essas diferenças (por exemplo, mais informação proveniente dos serviços e/ou da SCML).	Não
Objectivo Geral de Investigação 3 Descrever a evolução das políticas de saúde e cuidados de saúde materno-infantis, bem como as medidas do Estado de apoio à maternidade e de apoio ao rendimento, e a forma como as mulheres se relacionam com estas.	
2º Objectivo geral do estudo qualitativo Descrever a evolução das políticas de saúde e cuidados de saúde materno-infantis, bem como as medidas do Estado de apoio à maternidade e de apoio ao rendimento, e a forma como as mulheres se relacionam com estas.	
Objectivos específicos:	
3.1) Descrever a evolução das políticas de saúde e dos cuidados de saúde materno-infantis; 3.2) Descrever as medidas públicas existentes para apoio à maternidade (informação; apoios ao rendimento; apoios à gravidez e maternidade, etc.); 3.3) Descrever as medidas públicas existentes para redução da pobreza (a importância atribuída aos aspectos de saúde nos programas de inserção do RSI, especialmente aos cuidados de saúde reprodutiva); 3.4) Explicar as formas de relacionamento das mulheres em estudo com as medidas públicas existentes – de apoio à maternidade; 3.5) Explicar as formas de relacionamento das mulheres em estudo com as medidas públicas existentes – de redução da pobreza (RSI).	Não
Objectivo Geral de Investigação 2 Aferir como funciona o acesso aos Cuidados de Saúde, explicando os padrões de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva por parte das mulheres (relacionando com as representações acerca dos CSR), nomeadamente, percebendo se as representações de fecundidade influenciam a forma como utilizam os CSR (a necessidade representada e a procura verificada).	
3º Objectivo geral do estudo qualitativo Conhecer as representações das mulheres sobre os aspectos relacionados com utilização de cuidados de saúde reprodutiva	
4º Objectivo geral do estudo qualitativo Compreender as dinâmicas associadas com as formas de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva	
Objectivos específicos:	
2.1) Estimar a associação entre as percepções que as mulheres de cada grupo têm dos serviços de saúde, quanto aos cuidados de saúde recebidos (pré-concepcional, pré-natal e pós parto) e a situação de pobreza 2.1.1) Estimar qual o acesso aos cuidados de saúde em cada grupo em estudo 2.2) Estimar quais as barreiras (económicas; geográficas; sociais) existentes para que as mulheres dos grupos em estudo consigam ter acesso aos cuidados saúde. 2.2.1) Estimar a associação entre a situação de pobreza e as diferenças quanto à utilização dos cuidados de saúde materna (pré-concepcional, pré-natal, parto e pós-parto)	Sim

2.4) Analisar as experiências das mulheres estudadas nos contactos com os serviços de saúde, nomeadamente 2.4.1) As percepções acerca da forma como as mulheres são tratadas pelos prestadores de saúde; 2.4.2) Quais as reacções às exigências em termos de cumprimento de medidas terapêuticas impostas pelos prestadores de saúde; 2.4.3) Como se processa a adesão às prescrições médicas; 2.4.4) Como lidam com os aspectos relacionados com a medicalização da maternidade. 2.4.5) Barreiras à utilização; 2.4.6) Formas de relacionamento que estabelecem com os prestadores de saúde; 2.5) No que diz respeito às questões da medicalização (adesão às terapêuticas e exames prescritos)	Não
Objectivo Geral de Investigação 4 Conhecer as representações dos prestadores de saúde / técnicos de serviço social sobre comportamentos de fecundidade; as formas como as mulheres utilizam os cuidados de saúde reprodutiva e de relacionamento com o RSI	
5º Objectivo geral do estudo qualitativo Conhecer as representações dos profissionais de saúde / técnicos de serviços social sobre a forma como as mulheres utilizam os cuidados de saúde reprodutiva (Saúde Materna e PF) e se relacionam com a medidade apoio social RSI	
Objectivos específicos:	
4.1) Perceber quais as percepções dos profissionais de saúde / técnicos de serviço social sobre a forma como as mulheres pobres em estudo utilizam os serviços de saúde: 4.1.1) Quanto à adequação do número de consultas pré-natais; 4.1.2) Em relação à adesão aos cuidados de saúde aconselhados; 4.1.3) Relativamente às motivações para utilizar ou não utilizar os cuidados de saúde (pré-concepcional, pré-natal e pós parto) e Planeamento Familiar; 4.1.4) No que se refere ao nível de entendimento das mulheres pobres quanto à importância dos cuidados de saúde recebidos, para si e para a saúde dos seus filhos; 4.2) Perceber quais as representações dos profissionais de saúde / técnicos de serviço social sobre a forma como as mulheres em estudo entendem a matenidade / fecundidade; 4.3) Perceber quais as representações dos técnicos de serviço social sobre a forma como as mulheres em estudo se relacionam com a medidade de apoio social RSI.	Não

* Indicação sobre o facto de o objectivo ser também respondido através dos resultados do estudo de caso-controlo

4.2. Material, população e métodos

Na componente qualitativa da presente investigação realizou-se um estudo qualitativo com uma perspectiva fenomenológica, que começa com o reconhecimento de que existe uma "lacuna" na nossa compreensão de um fenómeno (Hancok, 2002). Uma outra característica associada a este tipo de perspectiva prende-se com o facto de conseguirmos perceber as vivências e os sentimentos associados aos actores sociais que experimentam um determinado fenómeno, bem como a apreensão da lógica subjacente aos fenómenos subjectivos (Patton, 1990; Guerra, 2006)[84].

[84] Segundo Michael Patton existem diferenças entre a utilização de um estudo com uma perspectiva fenomenológica e um estudo de facto fenomenológico, sendo que a nossa situação nesta investigação coincide com a primeira possibilidade, isto é, utilizamos um estudo qualitativo com uma perspectiva fenomenológica, como a seguir se confirma: *"A perspectiva fenomenológica pode significar uma ou ambas as situações: (1) uma perspectiva sobre o que as pessoas vivenciam e a forma como elas interpretam o mundo (neste caso podemos usar entrevistas sem realmente vivenciar o fenómeno em si) ou (2) um mandato metodológica para realmente experimentar o fenómeno em estudo (neste caso seria necessário usar a observação participante). Existe uma derradeira dimensão que diferencia uma abordagem fenomenológica: o pressuposto de que existe uma essência nas experiências partilhadas. Estas*

No caso concreto, reconheceu-se *a priori* que os resultados quantitativos obtidos através do estudo de caso-controlo não seriam suficientes para explicar a multidimensionalidade do fenómeno complexo em estudo. A utilização complementar deste estudo qualitativo, embora não fornecendo necessariamente explicações definitivas, vem ajudar a clarificar esses fenómenos, contribuindo para a sua explicação. Ou seja, pretendeu-se utilizar este estudo de forma complementar ao estudo quantitativo inicialmente realizado, que não permitindo uma explicação cabal dos fenómenos em estudo, necessitava de um aprofundamento de determinados aspectos.

4.2.1 Recolha de Dados

Vários autores (Quivy e Campenhoudt, 1992; Bogdan e Byklen, 1994; Tuckman, 2002; Marshall e Rossman, 1989 cit in Patton, 1990) aludem ao facto de existirem diversos métodos e técnicas de recolha de dados que podem ser usados como fonte de informação em investigações de tipo qualitativo, podendo-se assinalar entre elas as entrevistas, os grupos focais e a análise de documentos. A justificação para termos diferentes formas de recolha de dados deve-se à vantagem adicional de se conseguir várias perspectivas sobre a mesma situação, obtendo informação de natureza diversa (Igea, *et al*: 1995).

No presente estudo os dados foram recolhidos através de grupos focais (*focus group*) e entrevistas individuais semi-estruturadas (Bell, 1993). Os resultados integrados (do estudo de caso-controlo e do estudo qualitativo) serviram para apoiar as explicações para os fenómenos em estudo.

Foram realizados grupos focais e entrevistas individuais às mulheres em estudo, sendo que a necessidade de utilizar ambas as técnicas se deveu à especificidade desta população, nomeadamente, porque mostrou grandes resistências em expor as suas opiniões em grupo, apresentou dificuldades em efectuar as deslocações necessárias para que os grupos focais

essências são os principais significados mutuamente compreendidos através de um fenómeno comummente experimentado. As experiências de diferentes pessoas são recolhidas, analisadas e comparadas para identificar a essência do fenómeno, por exemplo, a essência de solidão, a essência de ser mãe, ou a essência de ser um participante de um programa específico. O pressuposto da essência, como o pressuposto do etnógrafo de que a cultura existe e é importante, torna-se a característica de um estudo puramente fenomenológico. (...) Podemos utilizar uma perspectiva fenomenológica geral para elucidar a importância da utilização de métodos que captem a experiência que as pessoas têm do mundo sem realizar um estudo fenomenológico, que incide sobre a essência das experiências partilhas". (1990: 70-71)

acontecessem e em conseguir disponibilizar tempo nas suas vidas sobrecarregadas com muitas horas de trabalho e acumulação de tarefas relativas à vida familiar. Assim, tendo sido impossível reunir o número suficiente de participantes dos três grupos de mulheres em estudo num mesmo lugar e a uma mesma hora, como inicialmente previsto[85], a opção recaiu na utilização de ambas as técnicas de recolha de dados.

Esta opção encontra-se fundamentada na literatura, nomeadamente Gibbs (1997), salientando-se o facto de nem sempre ser fácil organizar os grupos focais precisamente devido a todas as questões logísticas envolvidas – existem potenciais participantes que receiam expor as suas opiniões em grupo, que têm dificuldades em articular o discurso, que se mostram pouco receptivos a falar em assuntos que considerem sensíveis ou em veicular informações pessoais – e nestes casos é apropriado efectuar grupos focais de forma conjunta com entrevistas individuais.

Foram realizados grupos focais também com os profissionais de saúde e com os técnicos de serviço social.

4.2.1.1 Grupos Focais

Os grupos focais são indicados nas seguintes situações: para obter dados numa área de pesquisa nova (Morgan cit in Flick, 2006); para gerar hipóteses para novos estudos (Powell e Single, 1996); para desenvolver guiões de entrevistas ou questionários (Hoppe *et al* 1995; Lankshear 1993); para obter a interpretação dos participantes acerca dos resultados obtidos em estudos anteriores (Flick, 2006). De facto, os grupos focais podem ser utilizados como um método por si mesmo ou como complemento a outros métodos, especialmente para triangulação (Morgan, 1988)[86]. Estas combinações de métodos dependem dos objectivos da investigação. A utilização de grupos focais concomitantemente com entrevistas individuais, por exemplo, facilita a avaliação do confronto de opiniões, já que se tem maior clareza do que as pessoas isoladamente pensam sobre um tema

[85] Mas, a verdade é que no decorrer do trabalho de campo é comum que ocorram alterações relativamente ao que estava inicialmente planeado, como nos lembra Patton (1990: 143*): "desconfiem sempre de uma recolha de dados que acontece de acordo com o plano."*

[86] Morgan (1997) apresenta-nos a seguinte tipologia de grupos focais: a) grupos auto-referentes, usados como principal fonte de dados, que podem ser utilizados com diversos objectivos: para explorar novas áreas pouco conhecidas pelo investigador; para aprofundar e definir questões já conhecidas; para responder a questões de pesquisa; para investigar perguntas de carácter cultural e para avaliar opiniões, atitudes e experiências anteriores e perspectivas futuras; b) grupos focais como técnica complementar, em que o grupo serve de estudo preliminar na avaliação de programas de intervenção e construção de questionários e escalas; c) grupo focal como uma proposta multi-métodos qualitativos, que integra os seus resultados com os da observação participante e da entrevista em profundidade.

específico. Ora, um dos objectivos subjacentes à realização destes grupos focais é precisamente conseguir complementar a interpretação e análise dos dados obtidos no estudo de caso-controlo efectuado anteriormente.

Assim, existem várias definições propostas na literatura sobre grupos focais ("*focus group*"), sendo apresentados como uma discussão organizada (Kitzinger, 1994), uma actividade colectiva (Powell *et al*, 1996), como um processo de interacção (Kitzinger, 1995), como uma técnica de pesquisa que recolhe dados através de interacções de grupo, discutindo um tópico sugerido pelo investigador (Morgan, 1997). Como técnica, ocupa uma posição intermédia entre a observação participante e as entrevistas em profundidade (op. cit).

> *"(…) é um grupo de indivíduos seleccionados e recrutados pelos investigadores para discutir e comentar o tópico que é o objecto da pesquisa, de acordo com a experiência pessoal"*. (Powell *et al*, 1996: 499)

Quando utilizamos os grupos focais temos que assegurar que é recolhida informação que responde às questões de investigação, como em qualquer técnica de colheita de dados. A técnica é particularmente recomendada quando pretendemos obter informação sobre atitudes, percepções e crenças acerca de um determinado assunto.

Podem-se sintetizar as seguintes características associadas aos grupos focais: envolvem indivíduos homogéneos numa situação de interacção social numa série de discussões; o objectivo dos grupos focais é a recolha de opiniões através de uma discussão centrada num ou vários temas, consistindo, basicamente, numa abordagem qualitativa para conseguir informação (Morgan, 1988)[87].

Uma das vantagens apontadas aos grupos focais prende-se com os aspectos interactivos da recolha de dados, ou seja, utiliza-se a interacção do grupo para obter dados e perspectivas que seriam menos acessíveis de outra forma (Morgan, 1988 cit in Flick, 2006). E a interacção estabelecida entre os participantes permite ter acesso às suas formas de ver o mundo, à linguagem que utilizam para o descrever, bem como aos seus valores e crenças. Permite ainda que os participantes

[87] *"Nem sempre é fácil identificar quais os participantes mais adequados para um grupo focal. Se um grupo é muito heterogéneo, quer em termos de género ou de classe, ou em termos de perspectivas de profissionais e de 'leigos', as diferenças entre os participantes podem ter um impacto considerável sobre as suas contribuições. Alternativamente, se um grupo é homogéneo no que diz respeito às características específicas, podem não ser reveladas opiniões e experiências diversas. Os participantes precisam de se sentir confortáveis uns com os outros. A reunião com outras pessoas que eles pensam que podem ter características ou níveis de entendimento semelhantes sobre um determinado tema, será mais atraente do que o encontro com aqueles que são percepcionados como diferentes" (*Morgan, 1988).

coloquem questões entre si, que revejam as suas posições sobre os temas e até por vezes reconsiderem as suas perspectivas sobre os assuntos em discussão (Kitzinger, 1994; 1995).

Um outro aspecto positivo dos grupos focais está relacionado com os participantes, pois permite que se sintam valorizados ao serem ouvidos sobre um determinado assunto ou vejam a sua auto-estima aumentada ao serem reconhecidos como peritos (Morgan, 1988; Powell *et al*, 1996; Kitzinger, 1994; 1995). O facto de os grupos focais permitirem em determinadas circunstâncias que haja alguma troca de experiências, durante a realização dos mesmos ou logo depois, é também visto como uma potencial vantagem para os participantes (Gibbs, 1997).

É necessário referir que esta técnica tem também algumas limitações, por exemplo, o facto de os participantes estarem a falar num contexto específico, transportando uma determinada cultura, o que por vezes impossibilita o investigador de identificar as posições individuais (Gibbs, 1997).

Alguns aspectos logísticos a ter em atenção quando organizamos grupos focais estão relacionados com:

a) Nem sempre é fácil identificar quais são os participantes mais apropriados. Existem particularidades inerentes a um grupo heterogéneo (em aspectos como género, classe social, diferentes grupos profissionais), porque as diferenças entre os participantes pode ter um grande impacto na interacção alcançada, mas também a um grupo homogéneo, porque pode haver impacto em termos de falta de diversidade de opiniões e experiências (Morgan, 1988)

b) Número de participantes. Um grupo focal é composto de indivíduos com algumas características que são pertinentes para o estudo e pode variar entre 6 e 10, mas existem autores que referenciam a realização de grupos focais com 15 participantes e outros ainda com apenas 4 (Macintosh, 1993; Goss e Leinbach 1996 cit in Gibbs, 1997; Kitzinger, 1995).

c) O recrutamento dos participantes é um dos aspectos que apresenta maiores desafios, porque exige tempo e pode até exigir a intervenção de informadores-chave que tenham alguma capacidade de ajudar nos contactos e em convencer os participantes a aderir (nem sempre os temas são imediatamente apelativos para os potenciais participantes). Esta é a razão para que muitas vezes seja considerada a possibilidade de oferecer incentivos à

participação (e.g., dinheiro, pagar as despesas com deslocações, pequenos presentes) (Holbrook e Jackson, 1996 cit in Gibbs, 1997).

d) O número de sessões depende da natureza e complexidade do assunto em estudo, bem como dos objectivos aos quais queremos responder. Na maioria dos estudos, o número de sessões varia de 1 a 10, mas por se tratar de uma técnica qualitativa, ainda que se faça uma previsão inicial, o indicador deve ser a saturação das alternativas de resposta, ou seja, a partir do momento em que as discussões apenas repetem dados já existentes, tornam desnecessária a prossecução das sessões. A duração de cada grupo focal oscila, normalmente, entre 90 e 120 minutos, que pode variar dependendo da complexidade dos temas a debater e do número de participantes. Devido a esta necessidade de dispor de algum tempo por parte de todas as pessoas envolvidas recomenda-se que os contactos com os potenciais participantes ocorram com a antecedência de 10 a 14 dias, para permitir que as pessoas se organizem (Powell e Single, 1996).

e) O local das sessões deve ser considerado neutro pelos participantes para que a discussão seja o mais aberta possível, dando possibilidade a que os membros dos grupos focais expressem perspectivas críticas e pontos de vista negativos, se assim o entenderem (Powell e Single, 1996).

f) Os participantes deverão ser colocados em círculo de forma a favorecer o contacto visual e a interacção que se espera acontecer. Deve ainda ser dada atenção ao equipamento de registo áudio e vídeo (quando aplicável), garantindo que este seja o menos intrusivo possível, para que não seja um factor de inibição para os participantes.

g) Um aspecto muito importante a ter em atenção é o consentimento informado, que deve ser distribuído e assinado por todos os participantes antes do início da discussão. É uma forma de os participantes sentirem segurança relativamente a todo o processo de recolha de dados, nomeadamente nas questões relacionadas com a gravação, confidencialidade e anonimato, e utilização dos resultados obtidos através da realização dos grupos focais.

h) O moderador dos grupos focais deverá ter as competências que lhe permitam conduzir de forma adequada a discussão em grupo, nomeadamente, ser um bom ouvinte e não ter uma postura crítica e preconceituosa. No início da discussão deverá explicitar as regras para

participar na discussão do grupo focal; lembrar aos participantes as razões subjacentes à discussão do grupo focal; relembrar o carácter voluntário da participação bem como a possibilidade de interromper a discussão sempre que queiram; informar os participantes acerca da garantia de confidencialidade quer no tratamento dos dados quer na disseminação dos resultados; comunicar a duração esperada da discussão e reforçar a importância de todos expressarem livremente a sua opinião e de falarem sempre que desejarem; reforçar o facto de todas as opiniões serem boas, e de que não há opiniões correctas ou incorrectas acerca dos tópicos e questões em discussão – essa é uma das razões para que o grupo focal seja necessário; lembrar a importância de respeitar as opiniões individuais, mesmo quando os outros participantes não concordam com a perspectiva apresentada; explicar a importância de cada participante ter a mesma oportunidade de expressar a sua opinião. No final da introdução deverá convidar os participantes a apresentarem-se, um a um, começando pelo próprio. No final da discussão, além de agradecer, deverá dar a oportunidade para que os participantes digam algo que não tenham tido oportunidade, mas que queiram ainda partilhar com o grupo. O objectivo dos grupos focais é que aconteça uma interacção generalizada entre os participantes, sendo que o moderador deve ter uma intervenção reduzida, evitando ser o centro das atenções (Morgan, 1997; Fern, 2001; Morgan e Kreuger, 1993).

Neste estudo, os grupos focais foram utilizados como técnica qualitativa de recolha de dados relativos às representações acerca dos aspectos de fecundidade, maternidade e de motivações e barreiras face à procura e utilização dos cuidados de saúde reprodutiva, a exemplo do que aconteceu em estudos anteriores (Kitzinger, 1994; Milligan, R., *et al*, 2002)

4.2.1.2 Entrevistas Individuais Semi-Estruturadas

A técnica das entrevistas individuais semi-estruturadas permite uma compreensão aprofundada dos fenómenos, ou seja, permite que de alguma forma entremos no mundo do outro, porque de facto não conseguimos observar sentimentos, pensamentos e intenções, o que em grande parte explica a grande popularidade que atingiu. Assim, a técnica tanto pode ser utilizada como único meio de recolha de dados, ou de forma complementar com outras técnicas (Patton, 1990; Albarello, *et al*, 1997).

Existem alguns aspectos a considerar quando o entrevistador aborda o entrevistado, nomeadamente, informar o respondente sobre quem é e quem representa, mostrando se necessário um cartão de identificação; clarificar os objectivos do estudo, funcionando esta informação como estímulo para a resposta; garantir a confidencialidade e anonimato do respondente; explicar a forma como o entrevistado foi seleccionado, enfatizando a importância da sua participação; o entrevistador pode ainda levar consigo resultados de pesquisas anteriores, mostrando aos respondentes a forma como será feita a divulgação dos dados recolhidos; utilizar uma abordagem positiva no primeiro contacto com o entrevistado, transmitindo confiança e captando-o de forma decisiva para a colaboração (Bailey, 1994).

Algumas das características associadas a esta técnica prendem-se com o grau de liberdade que é dado ao respondente, maior do que o permitido num questionário fechado. A semidirectividade é sobretudo recomendada em contextos de verificação, como é o nosso caso.

A questão da representatividade, no sentido estatístico, não se coloca. Os critérios que determinam o valor da amostra estão relacionados com a adequação aos objectivos da pesquisa, sendo que o mais importante é atingir a diversificação das pessoas entrevistadas, das culturas, opiniões e expectativas, assegurando que nenhuma situação importante é esquecida, procurando-se uma pequena dimensão de indivíduos "socialmente significativos" (Albarello, et al, 1997; Guerra, 2006).

Para constituição da amostra total (entrevistas e grupos focais) foi, pois, usado o princípio da saturação, cuja definição se apresenta:

> *"A saturação é menos um critério de constituição da amostra do que um critério de avaliação metodológica desta. Cumpre duas funções essenciais: do ponto de vista operacional, indica em que momento o investigador deve parar a recolha de dados, evitando-lhe o desperdício inútil de provas, de tempo e de dinheiro; do ponto de vista metodológico, permite generalizar os resultados ao universo de trabalho (população) a que o grupo analisado pertence (generalização empírico-analítica)".*
>
> (Pires, 1997: 157 cit in Guerra, 2006: 42).

4.2.2 Amostra

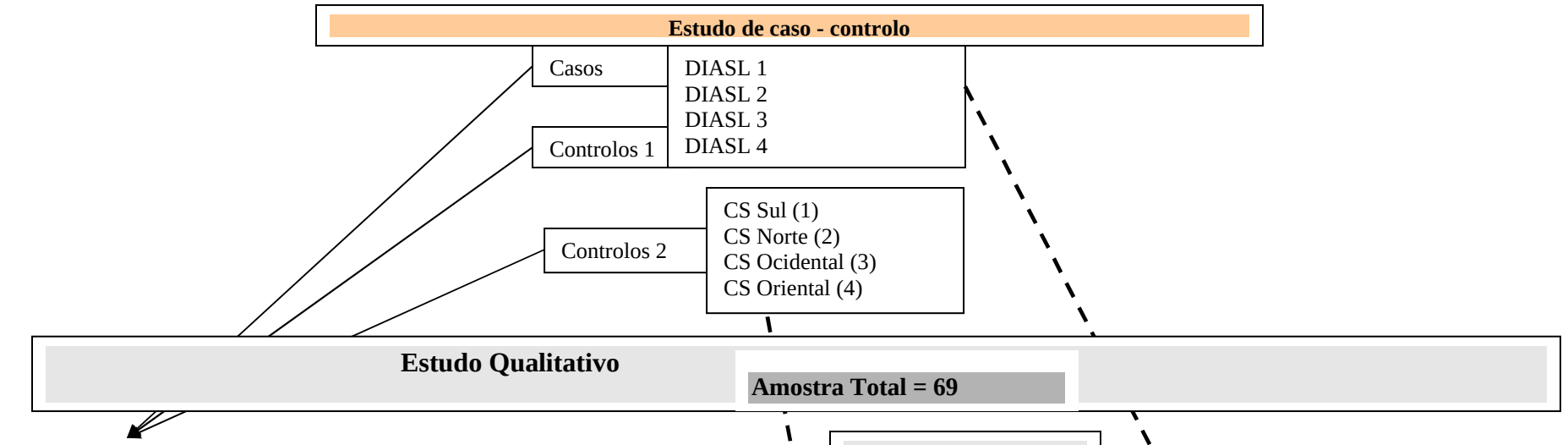
No estudo qualitativo participaram 69 sujeitos, que foram distribuídos por duas amostras.

Uma amostra constituída por 18 mulheres pertencentes aos mesmos três grupos do estudo de caso-controlo: 8 mulheres do grupo de casos, consideradas muito pobres (beneficiárias de RSI); 7 mulheres do grupo de controlos 1, consideradas pobres (utentes da Acção Social da SCML) e 3 mulheres do grupo de controlos 2, consideradas não pobres (utentes de quatro Centros de Saúde do concelho de Lisboa). Esta amostra foi subdividida em duas (pelas razões acima apresentadas) – uma sub-amostra constituída por 8 mulheres nas quais os dados foram recolhidos através de entrevista e outra sub-amostra constituída por 10 mulheres participantes nos 2 grupos focais (cada um com 5 participantes).

Uma amostra constituída por 51 profissionais que trabalham com a população feminina estudada: 15 profissionais de saúde e 36 técnicos de serviço social. Foram realizados 6 grupos focais no total – dois grupos focais realizados em dois Centros de Saúde (dos quatro seleccionados para o estudo de caso-controlo) e quatro grupos focais realizados em quatro DIASL's (as mesmas contempladas no estudo de caso-controlo).

No esquema que se apresenta de seguida (Figura 4. 1) pode-se verificar a distribuição da amostra total do estudo qualitativo: a amostra relativa às mulheres em idade fértil, a respectiva distribuição das participantes segundo os grupos de casos (muito pobres), de controlos 1 (pobres) e de controlos 2 (não pobres) e a amostra relativa aos profissionais de saúde e técnicos de serviço social.

Figura 4. 1. Distribuição da amostra total do Estudo Qualitativo



Mulheres Idade Fértil

Amostra = 18

8 Entrevistas

Sub-Amostra 1

Grupos em estudo	Nº Entrevistas	ID Entrevista
Casos	3	**E1_C; E2_C; E3_C**
Controlos 1	2	**E4_C_1; E5_C_1**
Controlos 2	3	**E6_C_2; E7_C_2; E8_C_2**
TOTAL	**8**	

Profissionais: saúde / serviço social

Amostra = 51

4 Grupos Focais Técnicos Serviço Social

DIASL	Anos de experiência			Total
	Mín	Máx	Média	
GF_T(2)	3	21	11,5	8
GF_T(1)	7	24	14,2	9
GF_T(3)	3	24	12,3	9
GF_T(4)	5	35	16,1	10

2 Grupos Focais

Sub-Amostra 2

Grupos Focais	Nº mulheres /grupo	TOTAL
GF_M (1) Mulheres Ciganas	3 / Casos 2 / Controlos 1	**5**
GF_M (2) Mulheres Negras	2 / Casos 3 / Controlos 1	**5**

2 Grupos Focais Profissionais de saúde

CS	Anos de experiência			Total
	Mín	Máx	Média	
GF_S(2) (Norte)	1	27	14,5	8 (enfermeiros)
GF_S(1) (Sul)	9	30	21,85	7 (6 enfermeiros; 1 médico)

4.2.3 Instrumentos de recolha de dados

Os guiões utilizados têm como característica comum o facto de serem semi-estruturados, isto é, serviram de base à recolha de informação, mas permitiram ter a flexibilidade suficiente para que novos temas pudessem emergir e houvesse lugar ao inesperado relativamente aos temas que foram apresentados.

Os dados foram recolhidos com base em quatro instrumentos de recolha de dados: 1) guião para condução das entrevistas individuais, com uma primeira parte com perguntas efectuadas a mulheres com filhos e mulheres sem filhos e com uma segunda parte com questões apenas realizadas a mulheres com filhos (Quadro 4. 1); 2) guião para moderação dos grupos focais com as mulheres em idade fértil (Quadro 4. 2); 3) guião para condução dos grupos focais com técnicos de serviço social (Quadro 4. 3); 4) guião para moderação de grupos focais com profissionais de saúde (Quadro 4. 4).

O guião apresentado de seguida de forma detalhada constituiu a matriz de exploração das entrevistas individuais.

Quadro 4. 1. Guião entrevista individual /mulheres (com filhos e sem filhos)

INTRODUÇÃO: Breve descrição dos objectivos do estudo	
GUIÃO COMUM (MULHERES COM E SEM FILHOS)	
Controlo de fecundidade; PF	COMPORTAMENTOS DE FECUNDIDADE Informação sobre métodos contraceptivos **Quais as formas / meios de obter informação** Práticas de controlo de fecundidade (nomeadamente, utilização de métodos contraceptivos) são diferentes das mães, irmãs **Como é feita a escolha do método** **A utilização de métodos contraceptivos** **Influências** nas práticas de controlo de fecundidade (escolha do método contraceptivo / utilização) Família Cônjuge / companheiro Média / comunicação social Profissionais de saúde Faz consultas de planeamento família? Porquê? Faz consultas de ginecologia? Porquê? Maiores **dificuldades para ter consultas** de: Planeamento Familiar Ginecologia
Representações / Maternidade	REPRESENTAÇÕES SOBRE A MATERNIDADE Representações que as mulheres têm sobre o papel dos filhos (valorização dos filhos). **Importância de ter filhos / número de filhos** **Razões para ser ou não importante** Custos da fecundidade **O que é mais importante para tomar a decisão de ter filhos**

Políticas / Maternidade	Conhece as políticas públicas de apoio à maternidade?
Acesso / CS Gerais	ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE Considera fácil ir a consultas ao seu Centro de Saúde? Porquê? Considera fácil ir a consultas ao Hospital mais próximo da sua área de residência?
Representações /CSM	REPRESENTAÇÕES SOBRE A UTILIZAÇÃO DOS CSM O que é **mais importante para a saúde da mulher** quando está **grávida?** Quais os cuidados de saúde necessários antes da gravidez? Quais os cuidados de saúde necessários durante a gravidez? Quais os cuidados de saúde necessários depois do parto? Percepção sobre **cuidados de saúde necessários** durante a gravidez e depois do parto
Informação CSR	**Informação** acerca dos cuidados de saúde reprodutiva Como obteve a informação acerca dos cuidados de saúde necessários antes de engravidar (pré-concepcional)? Como obteve a informação acerca dos cuidados de saúde necessários durante a gravidez (pré-natal), Como obteve a informação acerca dos cuidados de saúde necessários durante o parto? Como obteve a informação acerca dos cuidados de saúde necessários depois do parto (puerpério)?
Programas de inserção de RSI	PROGRAMAS DE INSERÇÃO DE **RSI** Quais as expectativas quanto ao programa de inserção do RSI? Foi fácil cumprir os programas de inserção (ou não)? Porquê? Quais as razões para o cumprimento (ou não). Porquê? Quais as reacções dos técnicos a esse cumprimento (ou não) dos programas de inserção Tem conhecimento de outras medidas públicas de apoio social (para além do RSI?)
	GUIÃO MULHERES COM FILHOS
Representações / maternidade	REPRESENTAÇÕES SOBRE A MATERNIDADE / GRAVIDEZ Qual o papel dos filhos (valorização dos filhos) na sua vida? Consegue fazer uma distinção na sua vida antes e depois dos filhos?
Representações / gravidez	Sentiu alguma diferença na sua vida a partir do momento em que ficou grávida? Custos da fecundidade Sentiu alguma diferença na sua vida depois da gravidez (de nascer os filhos) A gravidez teve influência na forma como vive / passou a viver?
Acesso Cuidados de Ssaúde	ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE (gerais e CSR) Sabia se estavam disponíveis consultas de pré-concepcional? Sabia se estavam disponíveis consultas de pré-natal? Sabia se estavam disponíveis consultas de revisão do parto?
Barreiras	Existe alguma razão para não ter conseguido ir às consultas relacionadas com a(s) gravidez? Considera ter sido fácil comprar medicamentos durante a gravidez (se aplicável)? Porquê? Considera ter sido fácil fazer exames durante a gravidez? Porquê? Teve algum incentivo para ir às consultas relacionadas com a(s) gravidez? (por parte dos técnicos de acção social / família / amigos)
Percepção Utilização	UTILIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE SAÚDE MATERNA Considera ter sido fácil ir às consultas antes de engravidar? Porquê? Considera ter sido fácil ir às consultas de seguimento da gravidez? Porquê? Considera ter sido fácil ir às consultas depois do parto? Porquê?

Explicação / padrões de Utilização	Quantas semanas tinha quando soube que estava grávida do último filho? Quando soube que estava grávida foi logo à consulta? Fez todas a consultas de pré-natal do último filho? Porque sim ou não? Considerou importante utilizar essas consultas? Porquê? Quem pensa que mais a incentivou para a utilização das consultas relacionadas com a(s) gravidez? O companheiro acompanhava nas consultas? Porquê? Fez a consulta de revisão de puerpério do último filho? Porquê? Diferenças nesse número de consultas relativamente aos outros filhos (se aplicável)? Porque sim ou não? Consultas dos filhos no primeiro ano de vida
Inter-relação com os profissionais de saúde	REPRESENTAÇÕES SOBRE OS PRESTADORES DE CUIDADOS DE SAÚDE Como se sentiu tratada pelos profissionais de saúde nas consultas relacionadas com a gravidez? Como foi a reacção às exigências terapêuticas (medicalização, exames, dieta, etc.) Como sentiu a medicalização da gravidez? Foi adequada? Foi exigente? Quais as principais recomendações dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) aquando das gravidezes? Foi fácil compreender as recomendações? Porquê? Aceitou essas recomendações? Por exemplo sobre medicação? Sobre exames? Sobre dieta? Porquê? Cumpriu essas recomendações? Porquê?

O guião apresentado no quadro seguinte de forma detalhada constituiu a matriz de exploração dos grupos focais com mulheres em idade fértil.

Quadro 4. 2. Guião para moderação de grupos focais – mulheres idade fértil

INTRODUÇÃO	Breve introdução ao estudo Objectivos da discussão de grupo Regras da discussão de grupo Apresentação dos participantes Introdução ao tema
	Apresentação: Nome Número de filhos
Temas	**Sub-temas**
Comportamentos de fecundidade; PF	Controlo de fecundidade: **Utilização de Métodos contraceptivos;** **Escolha do Método(s)** Informação sobre métodos contraceptivos Práticas de controlo de fecundidade (nomeadamente, utilização de métodos contraceptivos) são diferentes das mães, irmãs Influências nas práticas de controlo de fecundidade o Família o Cônjuge / companheiro o Média / comunicação social o Profissionais de saúde **Consultas de Planeamento Familiar / Obstetrícia**
Representações sobre a situação de gravidez	Representações / Maternidade: **O melhor de ter filhos;** **O pior de ter filhos** **Razões** Percepção que as mulheres têm sobre o papel dos filhos (valorização dos filhos). Custos da fecundidade: Antes e depois dos filhos? Representações da gravidez: **A vida antes e depois dos filhos**

	Mobilidade de estatuto social devido à gravidez – teve influência directa ou indirecta na forma como vivem / passaram a viver) Políticas de maternidade: **Apoios à Maternidade** Relacionamento / conhecimento com as políticas públicas de apoio à maternidade
Utilização dos cuidados de saúde materna	Representações CSR**: Quais os cuidados de saúde que se devem ter durante a gravidez** Motivações para utilizar Importância atribuída à utilização Reprodução de modelos de utilização Influências familiares sobre as formas de utilização Número de consultas Momento em que iniciam as consultas Revisão de puerpério Consultas dos filhos no primeiro ano de vida Informação CSR: **como se obtém a informação sobre os cuidados necessários durante a gravidez** **Informação** acerca dos cuidados de saúde reprodutiva (pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério) Percepção sobre cuidados de saúde necessários durante a gravidez e depois do parto
Acesso aos cuidados de saúde Materna	**O mais fácil quando precisaram de ir às consultas;** **O mais difícil** Percepção sobre ser fácil ou difícil: Ir às consultas; Comprar medicamentos durante a gravidez Fazer exames Existência de barreiras de acesso: Económicas Geográficas Culturais **Incentivos à utilização das CSM** (por parte dos técnicos de acção social / família / amigos) **O companheiro**
Percepção sobre os profissionais de cuidados de saúde	**Compreensão / cumprimento / aceitação das recomendações** Reacções às **exigências terapêuticas** (medicalização, exames, dieta, etc.) Sentiram a medicalização da gravidez (como? Foi adequada?) **Relacionamento com os profissionais de saúde** Forma como se sentiram tratadas pelos profissionais de saúde
Programas de inserção de RSI	Expectativas Cumprimento dos programas de inserção (ou não) Razões para o cumprimento (ou não) Reacções dos técnicos a esse cumprimento (ou não) dos programas de inserção Conhecimento de outras políticas públicas de redução de pobreza

O guião apresentado seguidamente de forma detalhada constituiu a matriz de exploração dos grupos focais com os técnicos de serviço social.

Quadro 4. 3. Guião para moderação de grupos focais – Técnicos de serviço social

INTRODUÇÃO	Breve introdução ao estudo Objectivos da discussão de grupo Regras da discussão de grupo Apresentação dos participantes Introdução ao tema
	Apresentação:

	Nome Anos de Profissão
Temas	**Sub-temas**
Comportamentos de fecundidade; PF	Papel dos filhos (mulheres pobres) Cálculo dos custos da fecundidade? Relacionamento com as políticas públicas de apoio à Maternidade Informação sobre métodos anti-concepcionais Práticas de controlo de fecundidade (nomeadamente, utilização de métodos anticoncepcionais)
Formas de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva	Utilização CS: Forma como as mulheres (pobres / utentes) utilizam os cuidados de saúde reprodutiva (Materna e PF) Adesão ao aconselhamento / prescrição terapêutica Motivações para a utilização dos cuidados de saúde Nível de entendimento sobre a importância dos cuidados de saúde para elas e seus filhos
Programas de inserção de RSI	Expectativas Cumprimento dos programas de inserção (ou não) Razões para o cumprimento (ou não)
Cenário	Imaginem que podem propor 5 medidas de acção social, complementarmente com o Ministério da Saúde, para melhorar o estado de saúde das mulheres que vivem em situação de pobreza. Quais seriam?

O guião apresentado abaixo de forma detalhada constituiu a matriz de exploração dos grupos focais com os profissionais de saúde.

Quadro 4. 4. Guião para moderação de grupos focais – profissionais de saúde

INTRODUÇÃO	Breve introdução ao estudo Objectivos da discussão de grupo Regras da discussão de grupo Apresentação dos participantes Introdução ao tema
	Apresentação: Nome Anos de Profissão
Temas	**Sub-temas**
Comportamentos de fecundidade; PF	Papel dos filhos (mulheres pobres) Cálculo dos custos da fecundidade? Relacionamento com as políticas públicas de apoio à Maternidade Informação sobre métodos anti-concepcionais Práticas de controlo de fecundidade (nomeadamente, utilização de métodos anticoncepcionais)
Formas de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva	Utilização CS: Forma como as mulheres (pobres / utentes) utilizam os cuidados de saúde reprodutiva (materna e PF) Adesão ao aconselhamento / prescrição terapêutica Motivações para a utilização dos cuidados de saúde Nível de entendimento sobre a importância dos cuidados de saúde para elas e seus filhos
Cenário	Imaginem que podem propor 5 medidas de acção social, complementarmente com o Ministério da Saúde, para melhorar o estado de saúde das mulheres que vivem em situação de pobreza. Quais seriam?

4.2.4 Procedimento

As mulheres que participaram nos grupos focais e nas entrevistas individuais foram seleccionadas dos mesmos grupos de inquiridas do estudo de caso-controlo (i.e., de entre as mulheres que responderam ao questionário inicial). Os participantes nos grupos focais realizados com profissionais de saúde e técnicos de serviço social foram recrutados, respectivamente, de entre os trabalhadores dos quatro Centros de Saúde e das quatro DIASL's da SCML incluídos na amostra do inquérito por questionário do estudo de caso-controlo (ver Figura 4.1).

a) Grupos focais

Na composição de ambas as amostras de grupos focais procurou-se seguir a regra de minimizar as diferenças intragrupais (assegurando a homogeneidade, concretamente: no caso das mulheres, efectuando grupos focais só com ciganas e só com negras; no caso dos profissionais de saúde, realizando discussões quase exclusivamente com enfermeiros; no caso dos técnicos de serviço social, as discussões ocorreram entre colegas que trabalham e conhecem uma mesma zona geográfica do concelho) e maximizar as diversidades intergrupais de forma a proporcionar a heterogeneidade de opiniões (ou seja, conseguiu-se maximizar os seguintes aspectos: nas mulheres, as influências culturais e familiares específicas a cada etnia; nos profissionais de saúde realçando as percepções de um grupo profissional, mas conseguindo ainda assim um elemento de eventual "contraste" (a opinião médica); nos técnicos de serviço social, procurou-se garantir que os resultados das discussões pudessem reflectir a diversidade societal e cultural associada às quatro zonas geográficas do conselho de Lisboa.

A selecção dos participantes seguiu um critério de conveniência (Morgan, 1997). Para atingir este objectivo estabeleceram-se critérios de inclusão nos diferentes grupos focais.

Foi critério obrigatório de inclusão dos participantes nos grupos focais (de mulheres, de profissionais de saúde e de técnicos de serviço social) o facto de todos os envolvidos terem manifestado vontade de participar.

Estabeleceram-se como critérios obrigatórios para as mulheres em estudo haver a separação nos grupos de discussão entre mulheres com filhos e mulheres sem filhos, para haver uma

comparabilidade com os dados recolhidos através do questionário. E como critério desejável o facto de as inquiridas terem contacto telefónico, diminuindo as dificuldades envolvidas nos contactos ao domicílio.

Para os grupos focais com profissionais de saúde estabeleceram-se como critérios a antiguidade na carreira, assegurando a participação de profissionais com mais e menos de 10 anos de experiência profissional (médicos e enfermeiros); quanto ao género e à idade, assegurou-se a participação de homens e mulheres com mais e menos de 45 anos.

Para os grupos focais com técnicos de serviço social foram estipulados os seguintes critérios: a antiguidade na carreira, assegurando a participação de profissionais com mais e menos de 10 anos de experiência de trabalho com as populações em estudo; assegurar que em cada DIASL participassem as coordenadoras das duas NASL's; garantir que em cada DIASL houvesse uma distribuição idêntica entre profissionais a trabalhar em cada uma das duas NASL's, de forma a perceber as especificidades geográficas e culturais de cada uma das zonas da cidade; quanto ao género e à idade, assegurou-se a participação de homens e mulheres com mais e menos de 45 anos.

Relativamente às mulheres que participaram nos grupos focais convidaram-se mais duas pessoas do que o previsto para cada grupo focal com o intuito de evitar ter um número inferior ao definido por grupo (4 a 12 participantes). Foi reforçado o carácter confidencial e anónimo do estudo a cada um dos participantes. Sempre que uma participante seleccionada recusou e/ou manifestou não poder participar procedeu-se ao registo do motivo, sendo escolhido outra participante.

De forma a maximizar a taxa de comparência às sessões, as mulheres potenciais participantes foram contactadas pela primeira vez duas semanas antes da data prevista. Foram ainda contactadas novamente por telefone nos dias seguintes e, por último, dois dias antes da mesma. Foi facultado às potenciais participantes um número de telefone para contacto em caso de necessidade e/ou impedimento.

Dada a especificidade das mulheres participantes nos grupos focais, considerou-se fundamental a oferta de um pequeno incentivo monetário (10 euros), que cobrisse as eventuais despesas de deslocação, bem como um pequeno lanche para os participantes como forma de agradecimento pela participação e motivação para futuras acções do género. Esta gratificação foi referida no momento em que o convite foi efectuado.

Quanto aos profissionais de saúde foi feito um contacto com os directores dos quatro Centros de Saúde e Extensões do concelho de Lisboa que participaram no estudo de caso-controlo, explicando os critérios de inclusão nos grupos focais e pedindo a indicação de profissionais potenciais participantes no estudo qualitativo, segundo os nossos critérios. Cada director indicou uma enfermeira como contacto intermédio entre a investigadora e os colegas. Os contactos posteriores foram efectuados directamente por cada um dos intermediários (enfermeiras nos Centros de Saúde), seguindo os critérios definidos pela investigadora.

No que diz respeito aos técnicos de serviço social, o primeiro contacto aconteceu com as chefias das diferentes DIASL's da SCML, que estabeleceram os contactos com os respectivos técnicos segundo os critérios apresentados pela investigadora. A inclusão dos directores de NASL e técnicos nos grupos focais aconteceu com o objectivo de assegurar a diversidade de opiniões, derivadas de experiências diversas, seguindo os critérios definidos pela investigadora.

A amostra final dos profissionais de saúde e técnicos de serviço social foi constituída pelos participantes seleccionados desta forma e que concordaram em participar no estudo.
Foram consideradas condições necessárias para a realização dos grupos focais os seguintes aspectos:

- Obtenção da permissão escrita no início de cada sessão (ver no Anexo 12) o consentimento informado) para a participação nos grupos focais e para a gravação áudio da discussão;
- Informação aos participantes acerca da duração prevista para a discussão (em média, 90 minutos, podendo oscilar entre 1 e 2 horas);
- Preparação antecipada de todo o material necessário (gravador e lanches) e do ambiente adequado (garantir e preparar o local; conseguir a privacidade e o silêncio para que fosse possível a gravação; assegurar um espaço com possibilidade de disposição em círculo de todos os participantes).

As sessões tiveram uma duração de cerca de hora e meia cada, tendo o horário das mesmas sido determinado de acordo com a conveniência dos participantes e o local considerado apropriado para dar segurança para a exposição das opiniões, experiências e sentimentos.

As discussões foram conduzidas de forma semi-estruturada, sendo colocadas aos participantes perguntas abertas, mas obedecendo a um guião previamente definido (mas com abertura para ser seguido de uma forma flexível em cada discussão). O objectivo foi incentivar uma discussão alargada, mas circunscrita aos temas e sub-temas predefinidos, em todo o caso assegurando que quer as mulheres, quer os diferentes profissionais envolvidos se sentissem à vontade com a moderadora, que em nenhum momento ultrapassou quaisquer barreiras psicológicas que os temas apresentados pudessem suscitar.

Foi assegurado a todos os participantes que terão ainda direito a receber um resumo do relatório do estudo, se assim o desejarem.

b) Entrevistas individuais semi-estruturadas

As mulheres foram inicialmente contactadas para participarem nos grupos focais, havendo muitas delas que manifestaram algum tipo de indisponibilidade, não conseguindo reunir as condições para a participação nas discussões em grupo. Confrontada com estes constrangimentos, a opção (devidamente fundamentada no ponto *"Recolha de dados"*, do presente capítulo) foi convidar essas mulheres a participar numa entrevista individual.

As entrevistas foram realizadas a todas as mulheres que aceitaram tendo sido a informação recolhida com base num guião semi-estruturado (previamente apresentado no ponto *"Instrumentos de recolha de dados"*, do presente capítulo).

A duração aproximada das entrevistas foi de uma hora, sendo que todas as mulheres assinaram um consentimento informado (ver Anexo 12). Foi pedida permissão para a gravação em áudio de todas as entrevistas, assegurando a confidencialidade e anonimato de todas as respondentes, bem como a garantia de que os dados seriam utilizados exclusivamente para fins científicos.

4.2.5 Análise de dados

No final de cada grupo focal foram registados todos os aspectos considerados pertinentes sobre a interacção grupal, as dinâmicas estabelecidas e os temas mais sensíveis. Este procedimento repetiu-se a propósito das entrevistas, registando o posicionamento das diferentes mulheres perante os assuntos abordados. Este procedimento ocorreu no sentido de que estas notas de campo pudessem auxiliar a análise dos dados.

Todas as entrevistas e grupos focais foram gravados, seguindo-se a sua transcrição integral. No caso dos grupos focais com as mulheres foi feito o reconhecimento de cada um dos participantes, aspecto necessário para efeitos de análise de dados e eventual cruzamento com resultados do estudo caso-controlo. Os textos resultantes da transcrição (em suporte informático – *Microsoft Word*) foram utilizados para análise.

Na análise dos dados utilizaram-se procedimentos de análise de conteúdo habituais no âmbito de abordagens qualitativas (Bardin, 2008; Vala, 1986).

Foi efectuada uma pré-análise, com uma primeira leitura flutuante do material e a constituição do corpus de análise, sendo definidas as categorias de análise, que derivaram das questões teóricas e dos objectivos do estudo previamente apresentados, bem como das especificidades emergentes nas discussões de grupo e nas entrevistas individuais. O passo seguinte foi efectuar a codificação e organizar o material, reunindo-se as unidades de significado de cada categoria, estabelecendo-se as relações lógicas correspondentes e organizando-se textos descritivos da realidade estudada.

Procedeu-se a uma análise categorial temática, no que diz respeito aos grupos focais de profissionais de saúde e técnicos de serviço social. A análise temática tem como objectivo encontrar os núcleos de sentido que integram uma comunicação, cuja presença ou frequência tenham um significado analítico (Bardin, 2008).

4.3. Resultados

Esta secção está dividida em dois pontos: 1) os resultados relacionados com os dados recolhidos junto das mulheres através das entrevistas individuais e dos grupos focais; 2) os resultados conseguidos através das discussões de grupo realizadas com os profissionais de saúde e técnicos de serviço social.

4.3.1 As representações das Mulheres: fecundidade; saúde reprodutiva e apoios sociais

A estrutura de apresentação dos resultados e respectivas dimensões de análise derivam da revisão da literatura (Furnham, 1985; Herzlich, 1973; Stacey, 1988; Blaxter, 1990; Calnan, 1987; Kendall *et al*, 2005) bem como dos temas discutidos no âmbito dos grupos focais e das entrevistas individuais. A apresentação dos resultados relativos aos grupos focais e às entrevistas é feita de forma conjunta, fazendo sempre que necessário emergir as especificidades resultantes do facto de terem sido utilizadas ambas as técnicas de recolha de dados, já devidamente justificada no início do presente capítulo.

Em cada dimensão poder-se-ão encontrar citações seleccionadas devido ao facto de serem ilustrativas das percepções e significados atribuídos pelas mulheres sobre os assuntos abordados e no início de cada citação é introduzida a seguinte identificação:

1) Grupos focais (GF), com a letra M e o número respectivo ao qual pertencem - M1 para Mulheres Ciganas e M2 para Mulheres Negras (também já utilizado na caracterização da amostra);

2) Entrevistas individuais (E), com a identificação do grupo de estudo ao qual pertencem: C para as mulheres do grupo caso, C1 para as mulheres do grupo de controlo 1 e C2 para as mulheres do grupo de controlo 2, bem como o número da entrevista (também já utilizado na caracterização da amostra).

Quadro 4. 5. Caracterização das mulheres participantes nos grupos focais e nas entrevistas individuais.

Grupo focal	Grupo em estudo		Nº filhos
	Casos	Controlos 1	
GF_M1 (Ciganas)	x		0
	x		5
	x		2
		x	4
		x	3
GF_M2 (Negras)		x	3
		x	2
		x	4
	x		2
	x		2

Entrevista	Grupo em estudo			Nº filhos	Observações
	Casos	Controlos 1	Controlos 2		
1	x			0	Caucasiana
2	x			2	Caucasiana
3	x			1	Caucasiana
4		x		0*	Caucasiana*
5		x		4	Caucasiana**
6			x	2	Caucasiana
7			x	3	Caucasiana
8			x	3	Negra

* Estava grávida de 7 meses no momento da entrevista / pai cigano e mãe caucasiana

** Dois filhos de pai cigano

4.3.1.1 Comportamentos de fecundidade e planeamento familiar

Na tabela seguinte apresentam-se as áreas discutidas no âmbito do tema "comportamentos de fecundidade; planeamento familiar", bem como as respectivas categorias de análise que daí resultaram. Esta mesma estrutura é depois seguida no restante texto, facilitando a apresentação dos resultados.

Tabela 4. 2. Lista das áreas de discussão e categorias de análise, resultantes do tema Comportamentos de Fecundidade; PF - Mulheres

Fecundidade: os filhos	As políticas de apoio à maternidade	Planeamento Familiar
1. O papel dos filhos	4. Conhecimento e apoios recebidos	6. Informação sobre controlo de fecundidade
2. Vida antes e depois dos filhos		7. Práticas de controlo de fecundidade
3. Cálculo dos custos	5. Apoios necessários	8. Planeamento das gravidezes

Fecundidade: os filhos

1. O papel dos filhos

Ao abordar o tema dos filhos procuraram-se as percepções das mulheres, participantes nos grupos focais e/ou nas entrevistas, sobre o papel que os filhos assumem nas suas vidas, perguntando sobre o "melhor" e o "pior" da parentalidade.

Através da análise percebe-se que, para todas as mulheres, o melhor e o pior dos filhos envolve três níveis: 1) sentimentos (idealizações, medos); 2) funções (tarefas) e 3) privações (limitações).

1) O nível dos sentimentos é claramente dicotomizado, quer nos grupos focais quer nas entrevistas, entre a forma idealizada como as mulheres se posicionam (filhos permitem alcançar o "ser mãe" e a "felicidade"; garantem a "força para viver" ou permanecem "pequeninos", "quietinhos" e "saudáveis") e os medos e as preocupações inerentes ao "ser mãe" (medos de "ameaças externas" depois dos filhos nascerem, mas também das incertezas antes de nascerem e preocupações relacionadas com as doenças).

2) O nível das funções parentais, com a totalidade das mulheres a frisarem as obrigações reflectidas em tarefas domésticas diárias como "fazer comer" ou "dar banho", e algumas entrevistadas a realçarem a responsabilidade associada.

E7_C2: *"(…) é aquela responsabilidade (…) fazer comer, se eu fosse sozinha muitas vezes eu não fazia comer para mim, porque passava. Aquelas responsabilidades tipo dar jantar a elas, ter que as lavar, preparar a roupa.*

Às vezes penso assim "ai se eu não tivesse agora filhos não fazia comer", quando a gente está cansadas, não é, se eu não tivesse filhos não fazia comer, não fazia nada. Queria era descansar. Mas não, tenho aquela responsabilidade de ter que fazer o jantarinho para dar a elas. As responsabilidades são diferentes."

A gestão de conflitos é ainda referida por algumas mulheres, relatando as dificuldades sentidas em lidar com os "gritos" e a conflitualidade entre os filhos, bem como os problemas relacionados com "dizer não".

3) O nível das privações inclui uma variedade de aspectos limitativos: continuar os estudos, conseguir descansar, ter diversões e passeios apenas apropriados para crianças, não comprar "roupas" para a própria e não poder trabalhar tantas horas e/ou em todos os horários.

E7_C2: *"(…) por exemplo, eu desde que elas nasceram nunca mais fui amiga de comprar roupa para mim, é tudo para elas. É, é uma responsabilidade que eu acho que pronto, é tudo para elas, para elas. É (…) totalmente diferente."*

GF_M2: *"(…) não poder estudar, de não poder (…) antes dos meus filhos eu trabalhava de dia e trabalhava à noite, fim-de-semana e depois … tinha que deixar tudo. Cheguei a ficar mesmo desempregada por causa deles"*

E7_C: *"Por exemplo, eu trabalhava de dia e estudava à noite. Tive de trabalhar de noite para conseguir conciliar com o meu marido, levá-las à escola, à creche. Se não, não dava."*

De salientar a posição discordante que se verificou no grupo focal das mulheres negras, com algumas participantes a afirmarem não se sentirem "prejudicadas em nada".

Numa das entrevistas, das mulheres pobres (controlo1), surgiu uma certa contradição relativamente às privações, nomeadamente com a questão de não poder trabalhar tantas horas depois de os filhos nascerem. Primeiro a entrevistada afirma não ter sentido diferenças na sua vida, para admitir logo de seguida o contrário.

E5_C1: *"(…) a mim não. Nunca me fez empecilho. Por exemplo, neste sentido: eu agora posso trabalhar às seis da manhã, que antigament*e [quando os filhos eram pequenos*] não trabalhava*"

No esquema apresentado no final deste ponto estão ainda assinaladas algumas especificidades sobre a etnia cigana e que surgiram devido às técnicas de recolha de dados utilizadas. Por um lado, o exemplo de uma entrevistada que tem "filhos ciganos e filhos senhores" e que relata essa experiência, fornecendo detalhes apenas possíveis através desta técnica.

E5_C1: *"Mas eu sempre disse ao meu filho XXX, que foi criado comigo, conforme disse ao XXXX, disse ao outro: misturas, não. Eu sou senhora, tenho os filhos senhores. Não se pode misturar ciganos com senhores."*

E5_C1: *"Etnia cigana, é etnia cigana. (…) É muito difícil ter dois filhos de etnia cigana"*

Por outro, o grupo focal das mulheres ciganas permitiu compreender alguns aspectos essenciais apresentados de seguida:

a) A importância atribuída aos filhos e a centralidade do papel de "mãe".

GF_M1: *"(…) é os filhos é que nos fazem viver, se não fosse pelos filhos a gente não era nada no mundo, os nossos filhos são muito importantes para a gente, mas muito importantes"*.

GF_M1: *"Não, não, nunca pensei isso [nas despesas] eu só pedia a Deus que mos desse e que me desse força para poder criá-los. Pelo contrário, a gente tira, passo fome, passei fome muitas vezes para dar de comer aos meus filhos, cheguei a comer "fome de burro" para não pôr o tacho ao lume para comprar leite para os meus filhos, não estou a mentir."*

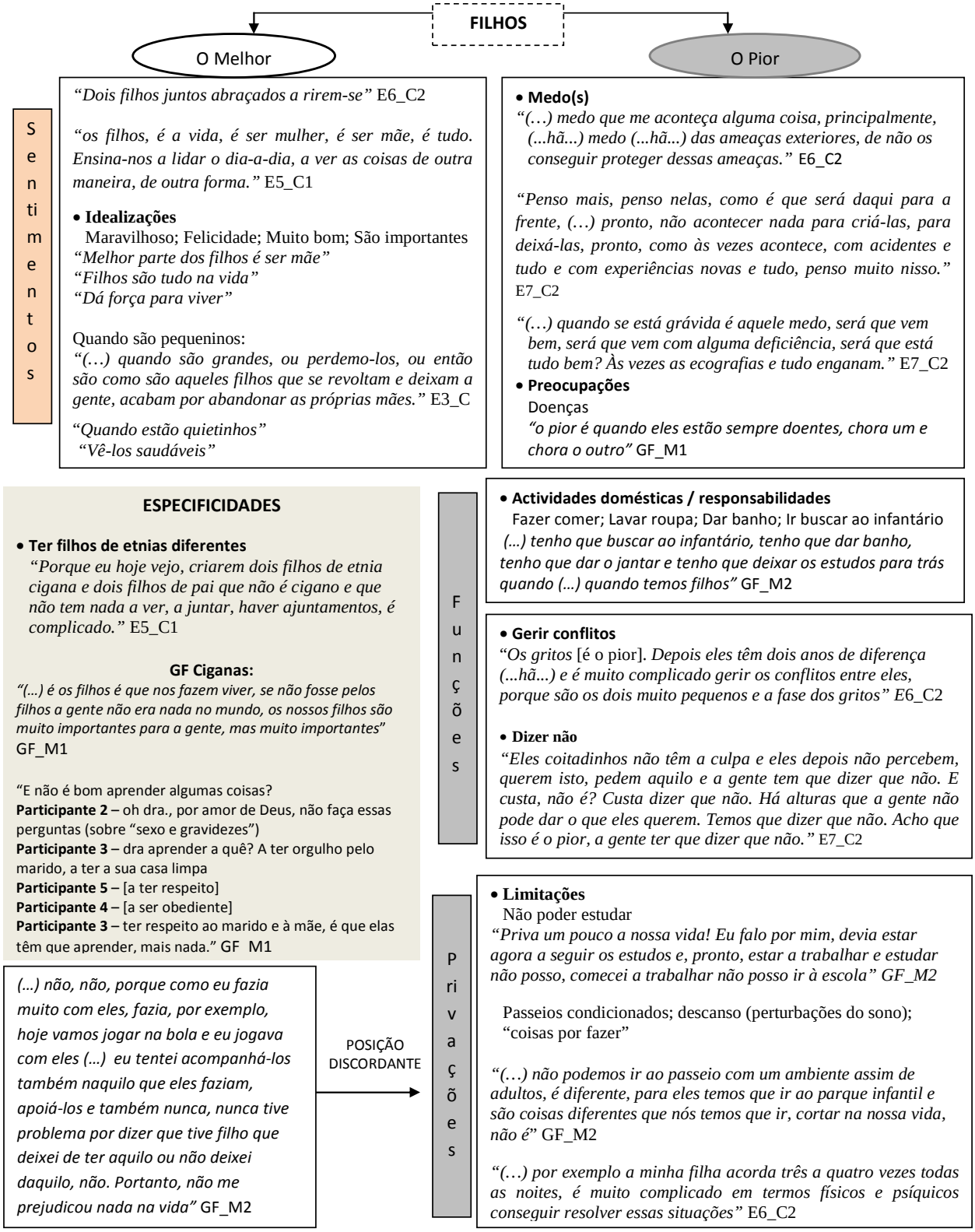
b) O tabu associado a assuntos de cariz sexual, nomeadamente quando a discussão dos temas acontece entre mulheres de idades diferentes, o que só foi possível devido à interacção grupal atingida e à discussão que a técnica permite. (Morgan, 1997; Kitzinger, 1995).

GF_M1: ***"Participante 3** – Não. Era coisas que a gente não falava em casa*
M - Não se fala de sexo, gravidezes? (grande agitação)
***Participante 3** – não! [não]*
***Participante 2** – tchi! O quê? Não, Deus me livrasse*
***Participante 4–** não, não se fala, a gente não se põe com essas conversas na nossa casa, tenho muito respeito por essas conversas na nossa casa*
***Participante 2** – esta senhora que é mais velha que eu, e nós temos respeito e não se convém estar a falar muito*
M - Não se fala, nem com as filhas?
***Participante 3** – não, não*
***Todas** – [não, não]*
M - Nem com o marido?
***Participante 4** – Deus me livrasse"*

c) A importância da "lei cigana", assumindo a primazia que ela pode assumir comparativamente às restantes regras sociais existentes.

GF_M1: *"a dra não vale a pena fazer essas perguntas, se a dra. me fizer essas perguntas sozinha eu talvez lhe explique-lhe mas como estou ao pé de uma senhora que tem idade de ser minha mãe eu sinto-me envergonhada e há um respeito na nossa lei, eu não vou responder"*
***"Participante 2** – porque é assim, eu sou nova e estou casada, estou junta vá, mas se tiver uma rapariga da minha idade a gente brincamos umas com as outras, mas se estivesse esta sra há um respeito da nossa lei, é uma mulher de idade temos que a respeitar, se ela estiver e se ela bater com a mão na mesa e "caluda, daqui ninguém sai e daqui ninguém fala", nós temos que a respeitar, porque as nossas leis são assim."*

Figura 4. 2. Percepção das mulheres sobre o melhor e o pior dos filhos



2. Vida antes e depois dos filhos

Ao analisar as respostas dadas à questão sobre a vida antes e depois dos filhos percebe-se que existe um paralelo com as posições que as mulheres revelaram quando falaram do melhor e do pior dos filhos. Ou seja, a vida depois dos filhos comporta os aspectos referidos como a parte "pior" dos filhos, sendo muito menos realçados os aspectos relativos ao "melhor" dos filhos.

No que diz respeito aos aspectos relativos à vida antes dos filhos, as mulheres entrevistadas pertencentes aos grupos caso, controlos 1, controlos 2 e ao grupo focal negras enfatizaram aquilo que designo por centralidade na mulher, isto é, o tempo e as prioridades eram definidas em função delas próprias – mais tempo para se divertirem e ênfase nos objectivos individuais.

E8_C2: *"Depois de ter filhos nunca mais fui a uma discoteca para conviver. Quer dizer, depois de ter filhos, tive filhos com 22 anos, dali nunca mais fui a uma discoteca. Se não vou deixar os meus filhos, era divertido, eu lá a me divertir, acontece qualquer coisa. A partir dali parou-se a discoteca. Não é que eu não goste de festas, mas festas é só em convívios com os familiares. Depois dali, parou-se tudo"*

Contudo, é de realçar o facto de as representações de gravidez veiculadas pela generalidade destas entrevistadas estar de acordo com o assumir do "privilégio" de conseguir engravidar por oposição às mulheres que não alcançam esse desígnio, bem como uma manifestação de desejo de estar grávida "quando via as outras mulheres grávidas".

E7_C2: *"mesmo quando solteira, olhava para as grávidas e pensava quando chegará o meu dia"*

E7_C2: *"ah, eu acho que é bom [a gravidez], é. Acho que a mulher é vaidosa"*

E2_C: *"(…) para mim é … acho que é uma coisa que se tem, que nunca se sabe se volta a ter ou não, às vezes é complicado, há pessoas que infelizmente não conseguem e há outras que têm demais (risos) acho que para mim … acho que se deve aproveitar ao máximo porque nunca se sabe se poderá ter uma próxima, se não pode, eu acho que deve-se aproveitar ao máximo, mesmo!"*

As participantes no grupo focal das mulheres ciganas, pelo contrário, colocaram o desejo de ser mãe como o aspecto essencial da vida mesmo antes dos filhos.

GF_M1: *"nunca pensava nas dificuldades que um dia mais tarde eu ia ter, não, não pensava, eu queria era os meus filhos, mais nada, isso não me punha obstáculo, porque era assim, onde comia um comiam os outros."*

GF_M1: *"(…) eu nunca pensei nisso … a minha vida sem filhos não era nada"*.

Quanto à vida depois dos filhos, na opinião geral existe um desvio da centralidade da mulher para os filhos, que se traduz em expressões como “esquecemos de nós”; “não ter tempo para nós”; “temos que dedicar mais aos filhos, já não me dedico tanto a mim”; “já não posso sair tantas vezes”. É, pois, assumido que os filhos provocam diferenças na vida das mulheres, que se traduzem em aspectos como: ter menos disponibilidade para trabalhar em todos os horários e/ou não poder trabalhar tantas horas, ter menos tempo para diversão, implicar mudanças na dinâmica familiar, relacionado com alterações nas rotinas relativas aos cuidados com as crianças. Mas existe também a vertente das mulheres que se conseguem preparar para as mudanças que os filhos implicam, denotando uma visão pragmática das obrigações relativas aos filhos e uma relação com a existência de planeamento dos mesmos.

E8_C2 *“Há quem diga que faz, como é que é, que faz reju… rejuvenescer, mas eu acho que envelhece. Porque depois aparece muitas preocupações, há filhos que adoecem muito, por exemplo, as mais velhotas adoeceram muito na altura. A pessoa tem que estar sempre no hospital. A pessoa perde mesmo tudo, eu até estudar, deixei de estudar*

(M) tudo por causa das gravidezes

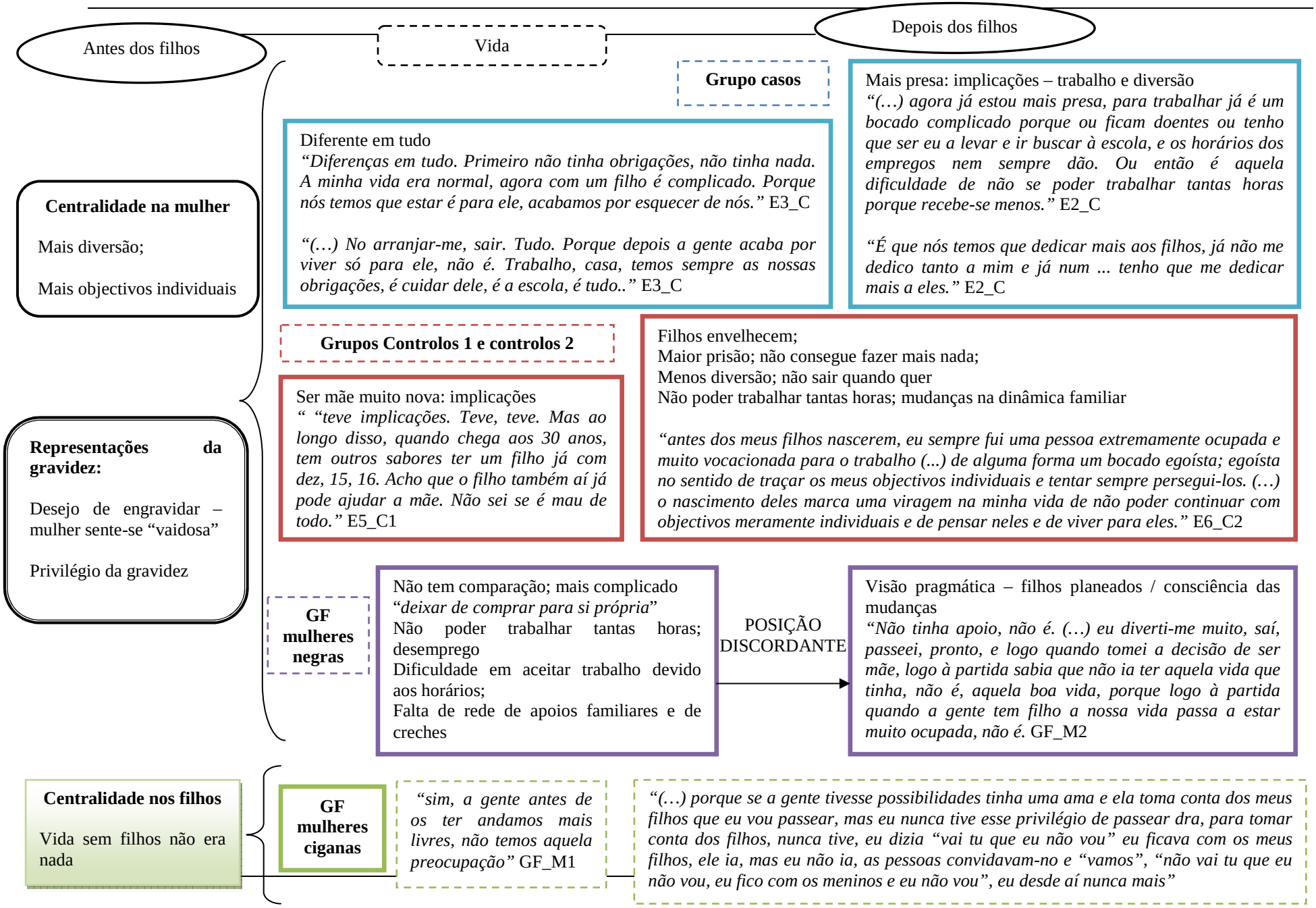
Não, por causa dos filhos. Eu não conseguia fazer mais nada. É cuidar delas. Hoje estou no hospital, amanhã estou no Centro de Saúde, era só assim.”

E3_C: *“Lá está, acaba por nos cortar as pernas e a gente só pensar neles, não pensar em nós.*”

E mesmo no grupo focal das mulheres ciganas estas assumem as diferenças que os filhos implicaram nas suas vidas e o aumento das preocupações associadas.

De seguida encontra-se uma figura, na qual procurei resumir o que acabou de ser descrito, colocando em evidência as diferenças e as semelhanças entre as posições dos diferentes grupos de entrevistadas, sendo de realçar mais uma vez as especificidades inerentes aos posicionamentos das mulheres de etnia cigana.

Figura 4. 3. Percepção das mulheres sobre a vida antes e depois dos filhos



3. Cálculo dos custos

Quando foi perguntado às mulheres se tinham considerado o custo dos filhos e as despesas envolvidas quando decidiram ter filhos e/ou pensam em ter mais elas consideraram unanimente que sim. É mesmo afirmado por todas as participantes, independentemente da estratificação social, que poderiam ter mais filhos se conseguissem comportar as respectivas despesas.

E7_C1: *"Porque a vida não dá para ter muitos filhos."*

E6_C2: "(…) [questão económica] *muito pesada porque assumi quase a totalidade das despesas sozinha"*

E3_C: *"não é com ar que a gente enche a barriga aos filhos. A gente, pronto, de boca é que diz, quem dá sopa a um, dá sopa a todos, claro que a gente, a gente faz por isso, mas acaba por não encher bem a barriga à criança."*

GF_M1: *"para os criar a gente que ter dinheiro, tem que os vestir, tem que os calçar, comprar fraldas, comprar ... (…) e então a gente tem que ter dinheiro para os criar."*

Decorrente do facto de calcularem os custos e as despesas associadas com os filhos, a maioria das mulheres, quer pobres quer não pobres, acaba por assumir que gostaria de ter mais filhos e não tem, principalmente por dificuldades económicas.

E6_C2: *"não tenho orçamento para ter um terceiro filho neste momento (...hã...) não (…) eu posso dizer que tenho um T2, quero mudar para um T3 e não consigo porque não tenho dinheiro para o pagar. (...hã...) quero mudar os meus filhos para um colégio privado e não tenho dinheiro para pagar, de maneira que, como não estou disposta a viver da Segurança Social, porque até morria à fome e não estou disposta a sair, para já, de Lisboa, não é, que era a única forma que eu poderia ter de assegurar (...hã...) as condições físicas (físicas no sentido de ter uma casa maior, ter colégios mais baratos) neste momento é (…) se calhar a segunda principal razão para não ter."*

E8_C2: *"sim, queria ter quatro filhos, mas com estas dificuldades económicas já não posso."*

E3_C: *"claro que eu também adorava ter muitos e muitos filhos, mas é assim, a vida também não nos dá oportunidade de ter esses filhos todos, não é. Mas no mínimo, no mínimo o que eu gostava de ter era três. E porquê? Porque pronto, dá para a gente equilibrar, agora muitos, não dá. A gente não ganha para isso. Cada vez então está pior."*

No decorrer das entrevistas e dos grupos focais surgiu também o tema das **ajudas** e de como elas são necessárias, nomeadamente para auxiliar a contornar os problemas com as elevadas despesas associadas aos filhos.

Penso ser importante realçar a importância das redes familiares, bem demonstrado pela posição de uma mulher do grupo muito pobre, bem como o impacto que é relatado quando estas desaparecem.

E2_C: *"Com a primeira* [filha] *eu morava com os meus pais e era diferente porque eu ajudava eles, que eles tinham um negociozito de mercearia e eu ajuda eles e eles ajudavam a mim, era diferente, eu não tinha tanta, não, num … Sim, mas depois (suspirou) de vir para a minha casa e depois da XXXX nascer já ficou um bocado assim, passados uns tempos ficou um bocadinho mais difícil"*.

A necessidade de reforço de apoios por parte do Estado foi referida também pelas mulheres muito pobres, mas não são expressas apenas necessidades pecuniárias, sendo antes destacada a importância de apoio e suporte em termos de creches para os filhos.

E3_C: *"lá está. Eu acho que se o Estado tivesse um bocadinho de consciência, porque com os 35 euros que eles dão de abono, dá para quê? O que é que você faz com 35 euros?"*

E3_C: *"eu acho que o Estado português podia ajudar, não é a gente estar a pedir ajuda a assistente sociais, a pedir isto e a pedir aquilo. Porque o Estado basta que tivesse, ou pensasse um pouco em termos das crianças, elas precisam de uma escola, precisam de uma creche, precisam disto, precisam de um apoio porque os pais têm que trabalhar para viver para eles. A gente não precisa que me ajudem, que dêem dinheiro, que dêem de comer, a gente precisa é ajudem com um espaço onde a criança pode estar como deve ser, onde tenha o tempo ocupado, com a refeição, porque está na escola, tem o dia inteiro, os pais estão a trabalhar para depois os ir buscar. Eu pagava quase 30 contos de creche. O que é que eu vou fazer à minha vida?"*

A forma como uma das entrevistadas do grupo de controlo 2 (mulheres não pobres) se posiciona perante as despesas com os filhos é elucidativa da sua opinião quanto às ajudas do Estado e ao facto de não considerar a hipótese de "depender" desses apoios estatais.

E6_C2: *"(…) reduzir outro tipo de gastos mais supérfluos, (...hã...) diminuir o nível de vida para conseguir suportar essas despesas. Nunca me passou pela cabeça recorrer ao Estado."*

No grupo focal das mulheres negras destaca-se a forma como a discussão evoluiu para o que designo de uma ideia de procura de equilíbrio: nem haver muitos filhos sem possibilidade de "os criar", nem ter uma existência sem filhos, porque assim a vida "não estaria completa".

GF_M2: ***"Participante 2*** *– "Eu diria que filho faz parte também da nossa vida porque eu não imagino eu ter uma boa vida, ter uma boa casa, ter emprego, ter dinheiro e estar sozinha e sem os meus filhos, não. Não imagino isso! Prefiro ter menos e ter os meus filhos*

Participante 3 *– sim, é verdade, mas também não imagino ter muitos filhos e sem poder sustentar, ter possibilidades"*.

Mais uma vez surge nesta discussão a necessidade de "cortar em despesas" para si próprias em detrimento dos filhos. No entanto, esta posição é contrabalançada por uma outra participante que defende o "equilíbrio" entre filhos e dinheiro, abdicando de mais filhos se necessário, mas mantendo a possibilidade de ter despesas consigo própria.

"Participante 2 – *nós mulheres temos sempre uma capacidade de encarar as coisas de uma maneira diferente, temos que lutar, não podemos estar aqui a pensar nisso, temos que ir à luta, ter um filho e ver o que é que se pode fazer e tentar ter assim ao mesmo tempo um trabalho e os filhos e também cortar em certas despesas que as mulheres têm para a sua beleza e tentamos cortar nisso e já conseguimos dar um pouco aos nossos filhos."* GF_M2

POSIÇÃO DISCORDANTE →

Participante 3 – *"(…) pois, podemos sempre cortar nessas coisas, mas isso também é importante para nós … se podermos equilibrar e … se calhar não ter tantos filhos … pensar que eles também dão despesa"* GF_M2

As políticas de apoio à Maternidade

4. Conhecimento (políticas de apoio à maternidade) e apoios recebidos

De uma forma geral as mulheres conhecem os apoios existentes, revelando estar bem informadas sobre o assunto.

Foram referidos os seguintes apoios recebidos: o abono de família, o abono pré-natal, o apoio de leite e fraldas durante o primeiro ano de vida dos filhos que foi dado pelo CS.

Merece destaque a posição de uma das entrevistadas do grupo de controlos 2 (não pobre) quando referiu que mais do que os apoios que existem conhece a "conversa política", que tende a penalizar sobretudo a "classe média".

E6_C2: *"Conheço é muita conversa de política para fomentar à maternidade, mas depois em termos práticos, não vejo nada e a mim, que me tendem a considerar uma pessoa rica não tenho acesso a nada. Sou da classe média … sou daquelas que nunca tem aumentos, porque acham que são ricas e nunca tem direito a usufruir de nenhum tipo de compensação."*

E3_C: *"Eu acho que se o Estado tivesse um bocadinho de consciência, porque com os 35 euros que eles dão de abono, dá para quê? O que é que você faz com 35 euros?"*

GF_M2: " [abono pré-natal] *acho que incentiva de algum modo, mas não influencia! Não (risos) não acredito muito … ah, assim cuidar de uma criança não passa só por aqueles valorezinhos que se vai lá buscar mensalmente, é muito mais! É muito mais."*

E realço ainda a opinião de uma outra entrevistada do grupo de controlos 2 (não pobre), que se manifestou contra o abono pré-natal, argumentando conhecer mulheres que estão a ter filhos só por causa do dinheiro e a consequência acaba por ser "*crianças vêm ao mundo só para sofrer*".

E7_C2: *"Acho que não é bem, acho que não é bem dado porque acho que vêm mais crianças ao mundo (…) que as mães vêm através do dinheiro e trazem mais crianças ao mundo, eu acho que é para sofrer. Eu conheço pessoas que estão grávidas só por isso (…) depois as crianças vêm ao mundo só para sofrer, para a miséria, depois eles não têm posses para tê-los e depois é só para a miséria. (…) Acho que, acho que não sei. Não porque elas vão atrás desse, desse subsídio e mandam crianças ao mundo para depois sofrer. Para a miséria."*

5. Apoios necessários

As participantes foram ainda questionadas sobre quais os apoios necessários e verificou-se que, mais do que apoios monetários, as mulheres adiantam a necessidade de suporte com creches e escolas:

- "Bons colégios";

E6_C2: *"para mim, o mais fundamental de tudo era conseguir ter colégios (…) bons colégios para os meus filhos que me permitissem vir trabalhar descansada, e que eu os pudesse pagar, obviamente. Porque os bons colégios que eu conheço custam 600€ e não tenho dinheiro para os pagar."*

- Haver uma rede de creches;

E3_C: *"ajuda em tudo, em termos de creche. Porque é assim, nós agora para termos filhos, para por numa creche, a gente paga um balúrdio! Devia haver mais acompanhamentos, ajudas, olhe, não paga tanto, o Estado mesmo ajudar mais as mães que têm filhos e que querem ter mais filhos e não conseguem porque é derivado a tantas despesas, porque é fraldas, é o leite, é farinhas, é iogurtes, é legumes, é peixe, é tudo. Acaba por ser complicado (…) Porque é assim, pagar a creche, pagar isto e pagar aquilo, acaba por não dar e acabam as mães por abdicar de ter mais filhos derivado a isso. Só que o Estado também não ajuda nada."*

- Creches abertas durante o mês de Agosto;

GF_M2: **"***eu estou de acordo também, porque é assim, este subsídio de qualquer maneira é um incentivo que o Estado quer que nasça mais crianças e tudo o mais, mas antes disso tem que, como eu costumo sempre a dizer, tem que ver se conseguimos que principalmente durante o mês de Agosto temos as creches abertas. Eu já estou a tocar no meu ponto, porque, pronto as minhas colegas também têm filhos e o mês de Agosto é uma coisa horrível*

[pois é.]

tendo dinheiro ou não, mas se temos as creches fechadas durante o mês de Agosto não temos onde deixar os nossos filhos"

GF_M2: *"Se as mães também tirassem férias no mês de Agosto?"*

- Poder trabalhar em *part-time*, permitindo estar mais tempo com os filhos (opinião veiculado por uma das entrevistadas do grupo de controlos 2 – não pobres).

Planeamento Familiar

6. Informação sobre controlo de fecundidade

Todas as mulheres afirmam não ter recebido informação sobre as formas de controlo de fecundidade e contracepção por parte das suas mães. Mas uma das entrevistadas realça o facto de neste momento procurar ter uma postura diferente com a sua própria filha, fornecendo informação sempre que ela a solicita. A maioria assume que foi através de amigos, dos media ou de vizinhos que obteve as primeiras informações sobre os métodos contraceptivos.

<table>
<tr><th>Mulheres com filhos</th><th>Mulheres sem filhos</th></tr>
<tr><td>• Assunto tabu em família

"(…) era, era muito tabu, não se falava. Antigamente as coisas eram muito (…) não quer dizer que não tivesse o seu respeito. Se calhar era melhor até, do que agora. Agora há muita liberdade, muita expressão de falar, não é, mas no fundo, no fundo não sei quem é que tem razão: se é os antigos, se é agora. Há muita liberdade, há muita expressão de falar, os miúdos aprendem muita coisa muito cedo, que é coisa que deviam aprender consoante crescem." E5_C1</td><td>• Nunca teve relações sexuais

"(…) nunca teve muita informação sobre estes temas" E1_C</td></tr>
<tr><td>• Mães não falaram sobre o assunto

"(…) não, não. Tinha vergonha. Era uma pessoa que eu não falava com ela [mãe] sobre esses assuntos (…) sim, acho que é vergonhoso (risos)". E7_C2</td><td rowspan="4">• Mãe não sabia que tinha iniciado vida sexual (entrevistada tem 17 anos e está grávida – 2 abortos anteriores)

"(M) – e a sua mãe alguma vez a aconselhou sobre os cuidados que devia ter?
(A) – (risos) a minha mãe? Agora quando fiquei grávida ela disse-me logo "tu vais logo por um aparelhou ou alguma coisa qualquer, não quero é mais filhos", a minha mãe disse logo" E4_C1</td></tr>
<tr><td>• Informação conseguida através de amigos

"(…) através de amigas. (…) pessoas externas à família, porque em casa sempre foi assunto tabu." E6_C2</td></tr>
<tr><td>• Informação transmitida por profissionais de saúde

"não, não foi a minha mãe. Foi mesmo as enfermeiras porque acharam que eu tinha muito pouca idade para ter muitos filhos." E8_C2</td></tr>
<tr><td>• Informação conseguida pelos media
"não, já ouvíamos assim … lembro-me dos meus 13, 14 anos e já falávamos entre nós, entre colegas, na escola e na televisão falavam … aha … deixa ver se eu me lembro mais, em casa nem pensar! [risos das restantes] eu sou de</td></tr>
</table>

uma família assim muito religiosa e assim daquela educação muito rígida, mesmo … então, podia-se falar de tudo, mas sexo em casa e essas coisas todas, nem pensar!" GF_M2	

7. Práticas de controlo de fecundidade

O planeamento familiar é referido por muitas das mulheres ter acontecido apenas no seguimento das primeiras gravidezes, ou seja, não aconteceu de forma "preventiva" e organizada no sentido de que os filhos acontecessem de forma planeada.

1- Grupo casos (muito pobres): a mulher sem filhos nunca teve relações sexuais. Ambas as mulheres com filhos passaram a fazer consultas de planeamento familiar após as primeiras gravidezes. Nunca usaram preservativo porque os respectivos companheiros "não aceitam", existe até um discurso desculpabilizante por parte de uma das mulheres alegando que apenas precisa de preservativo "quem muda de homem frequentemente". Num dos casos sempre usou apenas a pílula e num outro também "outros cuidados" (coito interrompido).

E2_C: *"Preservativo, ele nunca usou, comigo pelo menos.*
(M) Ele não queria?
Não."
E3_C: *"mas nunca usei (…) porque nunca tive outro homem, foi sempre o mesmo. Eu acho que pronto, quem usa camisa é pronto, é quem muda de homem frequentemente. (…)*
(M) Mas ele também é receptivo a usar o preservativo?
isso não".

2- Grupo controlos 1 (pobres): a mulher com filhos sempre usou apenas a pílula, sempre por aconselhamento médico, mas só depois de ter tido os filhos mais velhos e nunca usou preservativo. A partir desse momento passou a fazer planeamento familiar. Refere que a decisão sobre a contracepção é apenas sua, o companheiro "não comentou nada, o corpo é meu". A mulher sem filhos (grávida de 7 meses) e com historial de 2 abortos anteriores (primeiro, IVG com 16 anos e segundo, "deitou abaixo" por se tratar de uma gravidez de risco) usou preservativo "apenas no início" porque "não se dava bem com a pílula" e "tinha confiança" no companheiro. Refere ter feito uma consulta de planeamento familiar antes de engravidar a primeira vez por causa de uma infecção, teve aconselhamento médico, mas "não ligou muito". Quando tiver o bebé tem intenção de voltar a fazer planeamento familiar:

E4_C1: *"eu para já quando tiver esta menina ou vou por ou um aparelho (DIU) ou uma coisa qualquer"*

3- Grupo controlos 2 (não pobres): uma entrevistada começou por tomar a pílula "sem aconselhamento médico, foi uma amiga", depois acrescentou o preservativo e o coito interrompido. Faz planeamento familiar. As decisões relativamente à contracepção foram sempre da sua responsabilidade:

E6_C2: *"Eu nunca deixei muito bem essas questões a cargo da outra pessoa, de maneira que eu definia bem as coisas que queria e ou a pessoa aceitava, ou se não aceitava, nada feito. De maneira que nunca senti essa vulnerabilidade (...hã...) mas lembro-me da minha primeira experiência sexual (que tinha 17 anos) e que na altura foi com preservativo e eu já tomava a pílula."*

Outra entrevistada nunca utilizou qualquer contracepção devido a "problemas de saúde", por opção dela e do companheiro - "o marido tem cuidado" (utilizam o coito interrompido) e quanto ao preservativo ela assume não gostar.

E7_C2: "(M) e outro tipo de (…) preservativo
ah, não, não gosto [risos da entrevistada]
(M) a senhora que não gosta ou o companheiro
não, eu. Ele até gosta, eu é que não. Não me sinto bem."

A terceira entrevistada começou a fazer planeamento familiar depois de aconselhamento por profissionais de saúde depois de ter tido as duas filhas mais velhas "muito seguidas". Antes de engravidar da primeira filha não tinha qualquer conhecimento sobre contracepção e o companheiro de então (pai das duas filhas mais velhas) não queria que fizesse contracepção "por ignorância".

E8_C2: *"(…) é, as pessoas são ignorantes, nós todos somos ignorantes, cada um tem a sua parte, não é. E mesmo na altura, quando ele não quis, eu comecei a ir, eu disse "não vou fazer filhos um atrás do outro porque, fazer muitos filhos também envelhece", não é."*

A partir de então fez sempre planeamento familiar, tomou pílula, utilizou o método do calendário e usou o preservativo, ocasionalmente. E as decisões sobre a contracepção passaram a ser sempre suas, tomava mesmo a pílula "escondido" do segundo companheiro, e só engravidou quando assim entendeu.

E8_C2: "(M) tomou a pílula sem ele saber

sem ele saber [risos de ambas as intervenientes]. Porque eu ia ao Centro de Saúde, ele está no trabalho, eu trabalhava à noite, de manhã tenho tempo para tudo e (…) ia ao Centro de Saúde, tomava as minhas pílulas sem o consultar, porque eu também não sei a que ignorante também vou encontrar

(M) por parte dele

(E) por parte dele. Então vou fazendo as minhas coisas sem dar satisfação a ele

(M) ou seja, engravidou quando também decidiu que queria.

é isso [risos].”

4- Grupo focal Mulheres Ciganas: uma das participantes neste grupo de discussão, devido a problemas de saúde necessitou de ter um acompanhamento médico muito específico, atribuindo mesmo a existência dos seus dois filhos aos médicos.

As restantes participantes afirmam que não utilizaram ou utilizam consultas de planeamento familiar, havendo “conselhos” por parte das vizinhas. E assumem ainda que a contracepção é um assunto que fica a seu cargo e quanto aos companheiros, tem que ser “sem eles saberem”.

GF_M1: *“(…) quer dizer, eu nunca …(imperceptível), o meu marido não queria que eu tomasse nada para não ter filhos, e então eu todos os meses tomava uma injecção*

M - Mas o seu marido não sabia?

Não sabia, eu tinha uma vizinha ao pé de mim que ma dava”

GF_M1: *“Eu tomava assim, sempre, era bom aquilo, era seguro, era uma injecção, que eu tomava sem ele saber, todos os meses, ele nunca foi senhor de saber e depois quando tinha o meu filho maior deixava de tomar para engravidar”*.

5- Grupo focal Mulheres Negras: apenas uma das participantes afirmou que não fez planeamento familiar antes do primeiro filho, que aconteceu sem ser planeado. A utilização do preservativo não foi aceite por parte do companheiro.

GF_M2: *“era horrível, usar a camisinha para ele … prrr … era dor de cabeça! Muitas vezes nós chegávamos a brigar por causa da camisinha*

(…) porque ele acha que o prazer não é igual. Ele diz que não está a ver bem aquele contacto de borracha e … minha mulher, onde é que já se viu. E entretanto ele é uma pessoa bem esclarecida e … mas ele diz que …, bem usava mas contra a vontade.”

As outras participantes referem que os filhos foram planeados e que fizeram planeamento familiar e assumem que a responsabilidade do planeamento familiar é “mais da mulher”. Em relação ao uso do preservativo há uma das participantes que afirma mesmo que é o companheiro que manda comprar.

GF_M2: *“(…) eu falo no meu caso, tem tido … o meu companheiro também não pensa ter mais filhos, portanto, já aí quando eu digo não tenho dinheiro e não tenho comprimido, ele diz logo “toma aí dinheiro e vai já comprar!”* [risos de todas]”

8. Planeamento das gravidezes

Os dados relativos ao planeamento das gravidezes estão muito relacionados com o que foi descrito previamente sobre o controlo de fecundidade, sendo que para muitas das mulheres participantes no estudo os primeiros filhos aconteceram de forma não planeada.

<table>
<tr><th colspan="2">Planeamento das gravidezes</th></tr>
<tr><td>Grupo casos</td><td>Grupo de controlos 1</td></tr>
<tr><td>• E3: engravidou porque tomou antibiótico que “cortou o efeito da pílula”

• E2: teve a primeira gravidez fruto de uma primeira relação sem contracepção e sem informação

“Mas quer dizer que engravidou logo?

Foi logo, porque eu era virgem não sabia como é que era e como é que não era.” E2_C</td><td>• E5: primeira gravidez foi “uma fuga de casa dos pais”; a segunda continuou a não ser planeada “porque o companheiro cigano não queria que abortasse”; gravidezes seguintes foram planeadas

“(…) eu queria era fugir. Queria era dinheiro, naquela altura não tinha. Eu queria uns sapatos não tinha, e achei que namorava com ele, por ser cigano, aí está, que arranjava dinheiro mais fácil. Olhe, ele comprou-me uns sapatos e eu, olha, que maravilha.” E5_C1

• E4: gravidez não planeada</td></tr>
<tr><td>Grupo controlos 2</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">• E6: primeira gravidez planeada; segunda gravidez não planeada e “lidou muito mal com o assunto”

• E7: primeiras duas gravidezes planeadas; terceira “pensava que ia ter um menino”, mas não foi planeada

E8: primeiras duas gravidezes não planaeadas; terceira gravidez planeada</td></tr>
<tr><td>Grupo focal _ ciganas</td><td>Grupo focal _negras</td></tr>
<tr><td>• As mulheres referem muito claramente que existe um planeamento das suas gravidezes. Sendo que as mulheres assumem essa responsabilidade, uma vez que “os homens querem sempre “ mais filhos.

“(…) pela vontade dele eu tinha mais filhos, só que eu pronto, os outros eram pequeninos e eu tinha que os deixar criar e depois de estar aqueles criados eu já tinha outro e assim, porque ele pela vontade dele tinha uns 6 ou 7 filhos juntos, mas eu não. Eu até tomava uma injecção para não ter, para deixá-los criar” GF_M1</td><td>• Apenas uma das participantes referiu o facto do seu primeiro filho não ter sido planeado;

• As restantes participantes planearam as suas gravidezes</td></tr>
</table>

4.3.1.2 Utilização dos cuidados de saúde materna

Na tabela seguinte encontram-se as categorias de análise que resultaram da discussão a propósito do tema "utilização de cuidados de saúde materna". Esta mesma estrutura é depois seguida no restante texto, facilitando a apresentação dos resultados.

Tabela 4. 3. Lista das áreas de discussão e categorias de análise, resultantes do tema utilização de cuidados de saúde materna - Mulheres

Utilização de cuidados de saúde	
1. Percepção sobre sobre CSM necessários a) Antes de engravidar b) Durante a gravidez c) Depois do parto	3. Barreiras à utilização de CSM 4. Inter-relação com os profissionais de saúde
2. Motivações para a utilização de CSM	

1. Percepção sobre a necessidade de cuidados de saúde materna

Com o intuito de perceber quais os conhecimentos que as mulheres têm sobre os cuidados de saúde necessários aquando de uma gravidez colocou-se a questão de forma tripartida: a) cuidados necessários antes de engravidar; b) cuidados necessários durante a gravidez; c) cuidados necessários depois do parto.

Em nenhum dos grupos focais foi transmitida a opinião sobre a necessidade de cuidados de saúde antes de engravidar.

Na opinião das participantes de ambos os grupos focais – ciganas e negras – a gravidez é vista como algo "normal", logo os cuidados a ter estão condicionados por essa percepção. É necessário ressaltar, no entanto, as especificidades emergentes em cada grupo. Por exemplo, no grupo focal das mulheres ciganas uma das participantes devido a problemas de saúde demonstra um conhecimento, uma preocupação e práticas de utilização bastante diferentes das restantes.

GF_M1*: **"**… a mulher numa gravidez não está doente.*

*(…) eu penso que também a gente deve ter alguns cuidados … não estamos doentes, mas se eles mandarem a gente deve fazer.***"**

GF_M2: *"para mim não, para mim a gravidez foi uma coisa normal, porque eu graças a Deus nunca tive problemas na gravidez, sempre trabalhei e sempre fiz tudo até à hora do parto, num …"*

No que diz respeito aos cuidados de saúde durante a gravidez existe uma diferença entre as mulheres negras e as ciganas. As primeiras manifestaram a perspectiva de que "todo o cuidado é pouco", tendo sido referidos os seguintes cuidados: alimentação, não beber álcool, não carregar pesos, não fazer limpezas com "produtos agressivos". As segundas posicionaram-se de forma bastante diferente, afirmando não ser necessária a vigilância durante a gravidez nem a existência de cuidados específicos. Esta mesma diferença mantém-se relativamente aos cuidados de saúde depois do parto.

Quanto às mulheres entrevistadas, não se registam diferenças no posicionamento relativamente aos cuidados de saúde a ter antes de engravidar, ou seja, de uma forma geral não tiveram esses cuidados nos primeiros filhos e apenas as mulheres que são seguidas em termos de planeamento familiar revelam ter preparado as últimas gravidezes. Um dos aspectos realçados por estas mulheres diz respeito à toma de medicação (ácido fólico e vitaminas).

Relativamente à vigilância pré-natal todas as mulheres afirmaram ter conhecimento da sua existência, destacando a importância da utilização. Foram ainda referidos os cuidados que deverão ser seguidos durante as gravidezes: alimentação, não mexer em detergentes, não comer marisco, fazer as análises e "tudo o que os médicos mandam".

Segundo as entrevistadas a informação sobre os cuidados de saúde encessários durante a gravidez chegou-lhes sobretudo através dos serviços de saúde, aquando das consultas de planeamento familiar. Mas foi também referido por uma entrevistada a importância das influências familiares, já tinha conhecimento devido "aos sobrinhos".

E3_C: *"(…) eu soube tudo, porque é assim, primeiro eu tenho sobrinhos e não são poucos. Ajudei a criá-los, sempre soube da gravidez, da alimentação que nós temos que ter, tudo. E então a médica depois explicou-me o básico, não é. Porque há coisas que a gente acaba por não apanhar, não é."*

No que concerne aos cuidados de saúde após o parto a situação é um pouco diferente, nem todas as mulheres fizeram as consultas de revisão do parto. Todas afirmaram ter conhecimento da sua existência, destacando a importância de efectuar a consulta e o papel de aconselhamento e veículo de informação das enfermeiras no Centro de Saúde.

E8_C2: *"(…) porque nessa fase do pós-parto também se apanha muita doença. Apanha-se muita doença. Fazer consultas outra vez, ver se está tudo bem com a médica, ou não, e depois seguir em frente"*

E6_C2: *"(…) e o corpo de enfermagem aí é muito importante. Porque eu lembro-me, principalmente na Estefânia, as enfermeiras iam-me dando conselhos tipo daquilo que eu deveria fazer no pós-parto, tipo "use a cinta assim, não use a cinta assado", "faça este exercício…", porque essa parte da recuperação física também é fundamental (não vale a pena dizer-se que não) e elas iam me indicando, dando esses conselhos e isso também era muito importante. As consultas foram fundamentais para eu saber qual era o meu estado depois daquilo tudo e como é que o organismo reagiu."*

Apesar de serem detentoras da informação, nem todas fizeram as consultas, algumas das razões apontadas foram as seguintes:

- Por vergonha

E7_C2: *"(…) tenho vergonha mesmo de estar ali, com a médica a mexer-me, não me sinto bem"*

- Revisão do parto não é necessária quando se trata de "parto normal"

E3_C: "*eu acho que não, porque é assim, a gente quando faz um parto, depende do parto que seja. Lá está, eu fiz um parto normal. Se não tive problemas nenhuns logo ao início, eu segui o que elas disseram e vi que correu como elas disseram, entre o período e depois sai tudo e tudo isso, como saiu correctamente não tive dores, não tive nada, eu acho que não era necessário. Pronto, é necessário quando as pessoas têm algum problema. Quando é, pronto, quando é cesariana, quando são abertas, não é. Aí vão mexer com coisas lá dentro, agora a mim ninguém mexeu cá nada dentro, não meteu nada cá dentro, o menino nasceu sozinho. Com ajuda, mas saiu."*

2. Motivações para a utilização de CSM

   Segundo a opinião de uma das entrevistadas do grupo de controlos 2 – não pobres a gravidez deve ser seguida por um médico especialista e não por um clínico geral, pelo que a sua opção foi por ser seguida na medicina privada durante as suas gravidezes.

E6_C2: *"(…) porque é assim, a minha médica, eu acho que se há coisa que não se deve brincar é com a gravidez e como tal a minha opção era sempre para uma médica obstetra, ginecologista e obstetra e nunca para uma médica de medicina geral. De maneira que foi uma opção, sim."*

3. Barreiras à utilização CSM

A grande maioria das entrevistadas mencionou não ter tido dificuldades associadas às gravidezes, na compra de medicamentos e/ou nos exames. Tal facto está relacionado com a não existência de despesas associadas com a vigilância pré-natal no serviço público.

E7_C2: *"sim. Sim, as grávidas nem pagam nada (…) as ecografias e tudo, não se paga nada."*

Apenas uma delas, do grupo de controlos 2 – não pobre, referiu as dificuldades que teve associadas a uma gravidez de risco, com implicações para a compra de medicamentos e consultas. Mas esta sobrecarga económica, representada pela gravidez de risco, resulta da opção pela utilização de consultas na Medicina Privada, com custos elevados (esta mesma entrevistada revelou que considerava o atendimento melhor no sector privado).

E6_C2: *"(...) teve imenso peso, consultas frequentes, (...hã...) não sei, duas vezes por mês, a 70 euros cada consulta, mais a medicação, foi brutal, foi (...hã...) ainda hoje acho que estou a pagar por isso. Foi, em termos financeiros foi muito, muito complicado, sim."*

Uma outra entrevistada mencionou o "medo" como factor decisivo para ter faltado à amniocentese, revelando-se ainda a falta de informação como uma barreira à realização de um exame.

E8_C2: *"(...hã...) faltei porquê? Porque tinha medo (…) é, e então eu disse "olha, o médico que me desculpe, mas não vou furar nada", se falha a agulha, quer dizer, é ignorância minha, eu disse "se falha a agulha e furar alguma coisa do meu filho que está lá na barriga" [risos da entrevistada]. Pronto, cada um pensa como quer, não é e não fui a esse exame."*

Questionadas sobre a presença ou não dos companheiros nas consultas durante as gravidezes percebe-se que no grupo focal das mulheres ciganas foi referido claramente que "os maridos não vão"; as restantes entrevistadas são unânimes na referência à presença e ao interesse dos companheiros nas ecografias, mas não nas consultas restantes. Não tendo sido avançada nenhuma explicação para este facto, pode-se interpretar como sendo um momento em que a gravidez se torna mais "real" para o homem, porque lhe é permitido "sentir" e ver o bebé, possibilidade que lhe está vedada nos momentos restantes dos nove meses da gravidez?

4. Inter-relação com os profissionais de saúde

Relacionamento com os profissionais de saúde

Todas as mulheres se referiram positivamente quanto à forma como se sentiram tratadas pelos médicos e outros profissionais de saúde no decorrer das suas gravidezes e nos diferentes contactos que precisaram estabelecer em termos de cuidados de saúde.

Houve dois aspectos que emergiram: por um lado, algumas entrevistadas referiram o facto de não se sentirem confortáveis por ser vistas por homens médicos.

E7_C2: *"(…) não hora do parto não. Na hora do parto uma pessoa está à vontade quer é se despachar. Mas nas consultas eu tinha muita vergonha. (…)*

(…) sempre fui bem tratada, não. Isso não tenho razão de queixa. Eu tinha era muita vergonha, chegar ali, abrir as pernas e depois o médico estar ali a ver e a tocar. Ficava muito envergonhada mesmo. Ficava nervosa, mas na hora do parto não."

Por outro, uma entrevistada que focou o incómodo causado por não lhe serem transmitidas informações pelos médicos quando estes discutiam a situação clínica e uma outra participante no grupo focal das mulheres negras que manifestou desagrado por ter sido indicada para cesariana sem que lhe tenha sido explicada a razão.

E2_C: *"(…) e eu ouvia os médicos … chegaram a estar cinco médicos na sala de ecografia e eu perguntava se se passava alguma coisa e "ah mãe, não, não se preocupe que não é nada" e eu "mas os senhores estão a falar qualquer coisa"*

(M) E isso incomodava-a, o facto de eles estarem a falar entre si e não lhe explicarem?

Sim, mas depois eu perguntava e insistia e eles diziam e depois disseram para não me preocupar porque estavam com uma dúvida"

Reacção às exigências terapêuticas

Existe a opinião unânime de boa receptividade e apoio relativamente às exigências terapêuticas que rodeiam as gravidezes. Parece-me que a citação seguinte é ilustrativa desta mesma situação.

E6_C2: *"(…) fiz muitas ecografias, mas nunca achei que eram demais. Talvez por na altura não conhecer bem que poderia haver riscos em termos de (...hã...) penso que de radiações, talvez por não estar muito familiarizada com isso achei que nunca seriam de mais, até porque era mais uma oportunidade de ver o meu bebé e eu hoje seria daquelas que faria muito mais ecografias que era para ter a certeza que estava tudo bem, de maneira que nunca achei que fossem de mais, não."*

Compreensão vs Aceitação das recomendações dos profissionais de saúde

Através da análise percebe-se que existe uma diferença nítida entre compreender e aceitar as recomendações dos profissionais de saúde no decorrer da utilização dos cuidados de saúde, nomeadamente da vigilância pré-natal e revisão do parto. Ou seja, todas as mulheres referem taxativamente terem compreendido todas as indicações terapêuticas e/ou recomendações diversas dos profissionais de saúde, mas muitas delas assumem também que não as seguiram: "*não fazemos tudo o que as médicas mandam*". Os exemplos são diversos:

- não tomar um determinado medicamento;
- não fazer a consulta de revisão do parto;
- não fazer a aminiocentese;
- não seguir as indicações sobre restrições alimentares;

GF_M2: *"pois, assim a parte que começaram a dizer que eu tinha de comer tudo magro, e beber leite magro … eu, não gosto e isso não. Eu comecei a engordar de mais e cortaram-me isso e foi a única coisa que eu … de resto aceitei tudo muito bem. Agora que acho que eles fazem isso para o nosso bem, da nossa saúde e saúde dos bebés, só isso que não cumpri (risos)"*

- não cumprir a recomendação médica sobre o plano alimentar da criança e seguir o exemplo das irmãs (introduziu a sopa aos 3 meses).

4.3.1.3 Rendimento Social de Inserção

Na tabela seguinte encontram-se as categorias de análise que resultaram da discussão a propósito do tema "rendimento social de inserção". Esta mesma estrutura é depois seguida no restante texto, facilitando a apresentação dos resultados.

Tabela 4. 4. Lista das áreas de discussão e categorias de análise, resultantes do tema rendimento social de inserção – Mulheres

Rendimento social de inserção	
1. Expectativas na assinaturados acordos de inserção;	3. Relacionamento com os Técnicos de Serviço Social
2. Facilidade / dificuldade no cumprimento dos programas de inserção	4. Conhecimento sobre outros apoios sociais

Todas as mulheres beneficiárias de RSI foram unânimes em reconhecer a importância da medida, porém as diferenças acontecem na forma como se posicionam perante este apoio social.

Por um lado, as mulheres que a entendem como uma ajuda pontual, como as participantes do grupo focal das mulheres negras.

GF_M2: *"(…) não é aquilo de se esperar que seja uma coisa permanente, porque … para já … aha … são ajudas que … nunca cobrem todas as necessidades, não é. Então … eu penso que é mais para apoiar no momento em que a pessoa não pode trabalhar"*.

Por outro, as mulheres que percepcionam o apoio de forma mais duradoura, como é o exemplo das mulheres ciganas.

GF_M1: *"oh dra, a minha "valência" é o que eu recebo do Rendimento, o que eu gasto de água, gasto luz, é para a renda da casa, olhe o mês passado ainda nem paguei a renda". GF_M1*

"(…) foi importante, porque se eu não tivesse apoio do rendimento mínimo já nem sequer cá estava, é pagar a água, a luz, para gás, para a comida do bebé, que não é a nossa comida, é para fraldas é para leite e eu roubo da boca, roubo da boca (…)".

1. Expectativas aquando da assinatura dos acordos de inserção

Tanto as participantes no grupo focal das mulheres ciganas, como as mulheres que foram entrevistadas beneficiárias de RSI têm a percepção de que o trabalho é o principal objectivo a alcançar através dos acordos de inserção.

GF_M1: *"(…) o que a gente tem de fazer, a dra diz que a gente tem que trabalhar, certo?"*

E2_C: *"(…) e quando a gente foi assinar ele não estava a trabalhar, ele estava desempregado e disseram … falaram connosco por causa de emprego e disseram que "o senhor estava cá era para trabalhar"* (…)"

As participantes no grupo focal das mulheres negras revelam uma posição diferente, sendo que as posições deixam antever que o objectivo não é permanecer na medida, até porque são ajudas que "não cobrem todas as necessidades" e que o principal é "conseguir trabalho".

2. Facilidade / dificuldade no cumprimento dos programas de inserção

Os problemas referidos para conseguirem cumprir os programas de inserção estão muito relacionados, por um lado, com as dificuldades de conseguir trabalho e/ou conseguir trabalhar horas suficientes para "compensar", por outro, com as debilidades em termos de redes de apoio

(sociais e/ou de creches) para as crianças. Na opinião das mulheres este é um factor crucial para os não cumprimentos em termos de trabalho.

GF_M1: *"É assim dra elas estão a dar este papel, faz de conta, mas elas não olham à situação que a gente tem de crianças, de doenças, não dão esse papel e dizem "tens de ir trabalhar, tens que ir aqui e tens que ir aqui e tens que ir a outro", mas diga-me como, eu precisava de saber como, à uma não tenho a creche para o XXX e ainda tem que ser um trabalho que eu possa"*.

E3_C: *"(…) lá está, se eu não tinha quem ficasse com o meu filho, como é que eu podia trabalhar?"*.

E2_C: *"(…) porque eu já estive a trabalhar e eu também recebia pouco nas limpezas … eu recebia 1, 45€ por hora … o que não é quase nada, eu recebia pouco, fazia 7 ou 8 horas … por exemplo, entrava à 1 hora e saía às 10 da noite e só recebia 300 e poucos euros por mês, nem 400 chegava e ele estava desempregado e do fundo de desemprego também não é quase nada … para tudo … depois eu tive que deixar porque eu também estive a fazer baixa e férias de senhoras e tive que deixar e eu disse vou falar para continuar a trabalhar, mas vou para um Banco ou assim, só fazer 2 ou 3 horas, isso não dá nada … só que a deslocação … não dava, porque eu ia receber nem chegava a 20 contos, comprar o passe, não dava, não compensava"*.

Mais uma vez no grupo focal das mulheres negras se denota uma situação diferente, com o exemplo de uma das mulheres que tendo conseguido trabalho, foi abdicar do RSI.

GF_M2: *"(…) no meu caso era, porque eu estava doente, não é … eu ia precisar, embora, pronto, ia precisar e precisei realmente, mas fiquei boa e fui logo dizer que não precisava mais … agora não preciso, eu já trabalho"*.

3. Relacionamento com os técnicos de serviço social

As participantes no grupo focal das mulheres ciganas transmitem uma opinião de vitimização relativamente ao acompanhamento que os técnicos de serviço social fazem em termos da medida de apoio social, assumindo um discurso de "*elas* [assistentes sociais] *pensam que a gente mente"*.

GF_M1: *"elas [*assistentes sociais*] pensam que a gente está a mentir com certeza, na ideia delas (…) mas "vaiam" à minha casa, não vêem lixo, não tenho lixo no chão, está lavado, mas "vaiam" ver, "vaiam" aos armários ver, "vaiam" às nossas casas e "vaiam" bisbilhotar tudo, elas entram e vão bisbilhotar tudo."*

É ainda relatada uma situação de conflito aberto com uma assistente social, segundo a entrevistada porque "ela não entende" que esta mulher não pode cumprir o programa de inserção relativamente ao trabalho devido aos encargos com o filho.

E3_C: *"Porque ela de mim não tem razão de queixa nem do meu filho. Tenho consultas, tenho tudo em dia. Ela não pode ter problemas nenhuns. O único problema que eu estava ali a ter era o de não conseguir ter trabalho."*

E3_C: *"é porque ela é má. É assim, se a gente vai pedir ajuda é porque precisa, o que já passou na nossa vida, não tem nada a ver uma coisa com a outra. Porque se você for a minha casa eu não tenho mobílias, não tenho grandes coisas, mas tenho uma casa mais ou menos. Mas o que se passou há uns anos atrás não quer dizer que se esteja a passar agora. Porque se eu estou a pedir ajuda, é agora que é preciso, não o tempo que está para atrás."*

Duas outras entrevistadas realçam o facto de não haver um acompanhamento próximo por parte dos técnicos de serviço social.

E2_C: *"Só me chamaram para saber como é que estava a situação, da casa, com a família … pronto, como era a situação e nunca mais tive contactos com mais ninguém só depois chamaram-me para ir lá assinar e assim e depois nunca mais ninguém … nunca vieram à minha casa, nada."*

E1_C: *"(…) é assim, de vez em quando, chamam-me lá. Mas não é assim uma coisa que diga que seja sempre."*

Uma das entrevistadas realçou ainda um aspecto que não a satisfaz, isto é, não existir continuidade no atendimento, provocando desagrado devido às mudanças de técnico de serviço social.

E1_C: *"(…) Para já as assistentes sociais ali também já mudaram não sei quantas vezes. (…) porque depois a pessoa não está habituada com quem está a lidar. Não há ali uma … uma continuidade. Quer dizer, hoje vejo uma, amanhã vejo outra, ela está ali e "quem é esta" e eu digo "quem é esta". (…) não, não é muito positivo."*

4. Conhecimento sobre outros apoios sociais

Relativamente a outros apoios que pudessem conhecer e/ou beneficiar, o Banco Alimentar foi o mais referido. Foi ainda mencionado o Abono de Família.

O cartão de saúde da SCML foi também abordado, sendo realçados os seus benefícios e os cuidados aos quais permite aceder, nomeadamente as especialidades médicas (e.g. dentista, oftalmologia) e a mais valia que tal representa.

4.3.1.4 Domínios Prioritários de Intervenção: medidas de apoio social necessárias

Nas discussões de grupo foi apresentado o tema "se pudessem falar com o ministro que decide sobre os apoios sociais o que lhe diriam que é mais importante", e os resultados são apresentados de seguida de forma resumida, numa tabela, para facilitar a sua leitura.

Tabela 4. 5. Perspectivas das mulheres sobre os domínios prioritários de intervenção

Medidas necessárias de apoio social	
Grupo focal_mulheres ciganas	Grupo focal_mulheres negras
• Apoios existentes são importantes • Mas é necessário haver mais ajudas; *"dra as ajudas são sempre importantes … a gente recebe pouco (…)* **Aumentos pecuniários** • Mais dinheiro; *"Não é que ele [o ministro] me desse assim uma caixa cheia de dinheiro, não, mas pelo menos aumentasse mais um bocadinho o dinheiro que a gente recebe porque eu recebo uma miséria e dessa miséria"* **Alimentação** • Alimentos "para os filhos"; *"há tanta gente a passar fome … eles que vão ver e que ajudem com as comidas"* **Intervenções directas** • Por exemplo, máquina de costura em casa para poder trabalhar	• Apoios existentes são poucos, mas ajudam e "no podemos exigir muito mais em tempos de crise" vs. • "Apoios bem-vindos, mas não suficientes" **Alimentação** • Alimentos, porque "são muito caros"; **Saúde** • Mais cuidados de saúde; • Mais médicos **Trabalho** • Apostar no mercado de trabalho, "principalmente os jovens" – se houver trabalho já não precisam de ajudar e o "dinheiro pode ser libertado para outras coisas"; **Educação** • Apostar no ensino

Analisando a tabela percebe-se que há prioridades semelhante entre os grupos: a alimentação e reivindicação de mais apoios. E também que há diferenças que emergem quanto às áreas prioritárias de intervenção: as mulheres ciganas destacando os aumentos em dinheiro, mas também "apoios directos" promotores de trabalho; as mulheres negras priorizam mais cuidados de saúde, a aposta do trabalho e na educação.

4.3.2 As representações dos Técnicos (sociais e de saúde): fecundidade, saúde e apoio social

A estrutura de apresentação dos resultados e respectivas dimensões de análise derivam da revisão da literatura (Baptista *et al*, 1995; King *et al*, 2008) bem como dos temas discutidos no âmbito dos grupos focais.

Em cada dimensão poder-se-ão encontrar citações dos grupos focais seleccionadas devido ao facto de serem ilustrativas das percepções e significados atribuídos pelos profissionais sobre as temáticas abordadas. No início de cada citação é introduzida a identificação do grupo focal (GF) à qual pertence, com a letra S para os profissionais de Saúde e com a letra T para os Técnicos de serviço social e o número do grupo focal, referente a uma zona geográfica (também já utilizado na caracterização da amostra).

4.3.2.1 O que pensam os Profissionais de Saúde

Em primeiro lugar, apresenta-se a caracterização dos profissionais de saúde participantes, incluindo os anos de experiência profissional de cada elemento, bem como um pequeno resumo sobre as respectivas áreas de trabalho.

Tabela 4. 6. Caracterização dos profissionais de saúde participantes nos grupos focais

Grupos Focais com Profissionais de Saúde	Anos de Experiência	Observações
GF_S1 (Sul)	30	Há 7 anos neste CS; restante carreira na área hospitalar
	20	Há 12 anos neste CS – área de saúde infantil; antes esteve no hospital
	9	Neste CS na área de saúde infantil; Algum tempo no Hospital
	30	Sempre em CS
	19	Há 2 anos neste CS na área materna e saúde infantil
	26	Há 8 anos neste CS – saúde da mulher e planeamento; experiência na área hospitalar
	19	Há 13 anos neste CS – sala de tratamentos e vacinação; restante tempo na área hospitalar
GF_S2 (Norte)	26	Há 7 anos neste CS – especialidade saúde infantil e experiência na saúde comunitária; restante experiência hospitalar
	17	Há 3 anos neste CS – saúde materna; experiência de 5 anos na oncologia e restante na saúde mater e obstetrícia
	17	Há 8 anos neste CS – área saúde materna e obstetrícia
	4	Há 2 anos neste CS – saúde materna; experiência anterior em hospital
	27	Há 1 ano neste CS – trabalho comunitário; experiência anterior em área hospitalar
	12	Há 3 anos neste CS – saúde materna e planeamento; experiência hospitalar em pediatria
	1,5	Há 5 meses neste CS – saúde infantil; experiência anterior no hospital
	12	Há 5 anos neste CS – saúde materna

Comportamentos de fecundidade e planeamento familiar das mulheres

Na tabela seguinte encontram-se as áreas discutidas no âmbito do tema "comportamentos de fecundidade e planeamento familiar", bem como as respectivas categorias de análise que daí resultaram. Esta mesma estrutura é depois seguida no restante texto, facilitando a apresentação dos resultados.

Tabela 4. 7. Lista das áreas de discussão e categorias de análise, resultantes do tema Comportamentos de Fecundidade; PF – Profissionais de Saúde

Fecundidade: os filhos	As políticas de apoio à maternidade	Planeamento familiar
1. O papel dos filhos 2. Cálculo dos custos	3. Conhecimento	4. Informação sobre métodos anticoncepcionais 5. Práticas de controlo da fecundidade

Fecundidade: os filhos

1. Percepção sobre o papel que os filhos assumem para as mulheres (pobres e não pobres)

Percebe-se uma evolução discursiva semelhante em ambos os grupos focais, verificando-se uma tensão entre a opinião de "não diferença" entre as mulheres pobres e as "outras" relativamente ao papel dos filhos, para o assumir das diferenças devido a "vivências", "cultura" e "valores" (ver resumo esquemático apresentado no final deste ponto). Mas os participantes realçaram o facto de haver traços idênticos de "filhos que se auto-constroem" indiferentemente em "pobres e ricos" (ressalvando a ideia de que os extremos se tocam, num lado a indiferença e no outro a falta de tempo).

Através da análise é possível constatar o grande realce que as questões da educação mereceram, reconhecendo-se que acabam por ter impacto a vários níveis: por um lado, o nível de formação das mulheres acaba por condicionar a forma como os filhos são tratados, as vivências parentais e os cuidados que são prestados.

GF_S2*: "(…) cada mãe é a melhor mãe que é capaz de ser … acho que não há más mães, há mães menos competentes do que outras e muitas vezes aliado à pobreza há também a iliteracia"*

Mas, por outro, os baixos níveis de escolaridade condicionam também o papel que as mulheres se auto-atribuem.

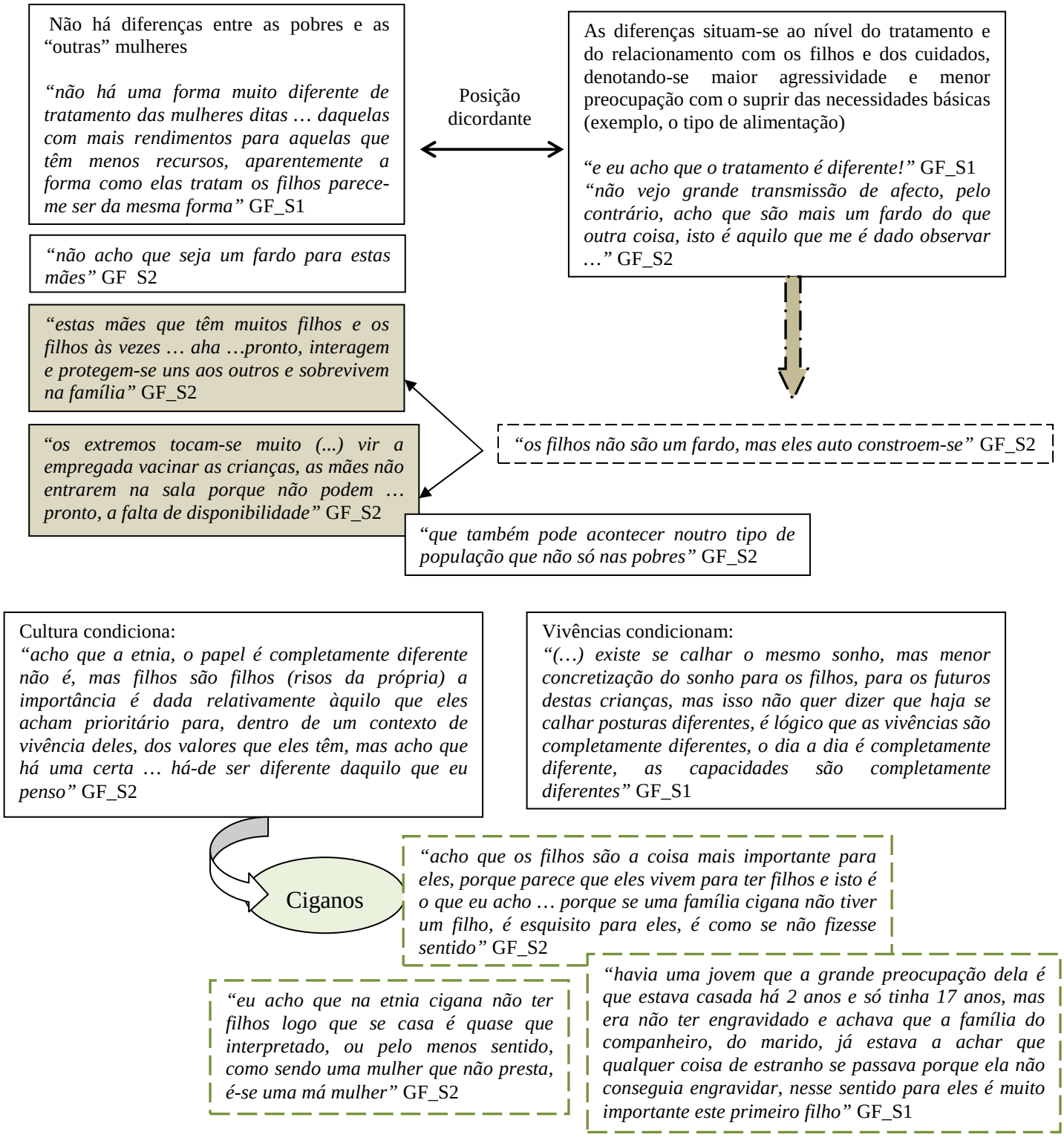
GF_S1: *"(…) é uma moça normalíssima que nunca estudou, mas o papel dela também é ter filhos"*

Nesta perspectiva é ainda referida, a título de exemplo, a questão da gravidez na adolescência e a forma como as jovens encaram esse papel dos filhos nas suas vidas, como meio de se afirmarem e emanciparem, percepção muito de acordo com a literatura (cfr. Kendall *et al*, 2005).

GF_S2: *"(…) a gravidez na adolescência para nós profissionais de saúde é um problema, é um drama, para eles não o é porque, no fundo, nas pessoas com um nível de rendimento mais baixo é a única coisa que elas têm e que podem chamar que é delas, a gravidez é sentida como algo que eu tenho meu e só meu"*.

Na figura 4.4 é apresentado um resumo esquemático sobre a percepção que os profissionais de saúde participantes nos grupos de discussão têm acerca do papel que os filhos assumem para as mulheres.

Figura 4. 4. Percepção dos profissionais de saúde acerca do papel dos filhos para as mulheres (pobres e não pobres)



2. Cálculo dos custos com os filhos

Quando questionados sobre a existência, por parte destas mulheres, de um cálculo sobre os custos associados aos filhos os participantes consideram unanimente que não existe.

GF_S1: *"(…) eu tenho ideia de que não há um casal mais pobre e que faça uma opção pessoal de dizer "eu não tenho dinheiro, não vou ter filhos" … não senhora "eu tenho esse direito de ter filhos e de ter quantos eu quiser e alguém me há-de ajudar"*.

Os participantes referiram também de forma unânime a existência de "aproveitamento" instrumental dos filhos. Não havendo lugar a um cálculo do custo existe, no entanto, espaço para o cálculo dos benefícios.

GF_S1: *"portanto… e depois há aquele circuito natural e normal do tem filho para ter o rendimento …"*.

GF_S2: *"(…) estou grávida e venho tratar dos papéis para o rendimento (social) [sim, isso acontece] … o estar grávida corresponde a ter mais uma assoalhada"*.

São referidas ainda especificidades dos estrangeiros, que se prendem com a utilização dos filhos como meio de legalização, facto entendido como estando inserido numa "estratégia de sobrevivência".

GF_S2 *"… mas se a mulher tiver um filho! [legaliza-se] tem autorização de residência … eu aprendi isto [é uma das estratégias de sobrevivência] … isto foram eles que me disseram, eu desconhecia essas coisas"*.

As políticas de apoio à maternidade

3. Conhecimento (das políticas de apoio à maternidade)

Existe a percepção por parte dos profissionais de saúde de que as populações estão bem informadas relativamente às actuais alterações em termos de políticas de apoio à maternidade, nomeadamente sobre o abono pré-natal. Sendo ainda referido que houve um efeito da medida em termos de aumento do número de gravidezes seguidas nos serviços de saúde.

GF_S1: *"…de repente acho que houve um boom, quando foi o subsídio de maternidade sentimos imenso [exactamente]*

***M** – mas de gravidezes ou em termos de terem a informação?*

***Participante 3** – não, não, de pessoas que engravidaram propositadamente … eu sei porque na altura estava na saúde materna e lembro-me que houve um grande aumento e comentava-se e foi mais um aumento ao rendimento*

Participante 6 *– e tem havido, há famílias com um quadro de 3 ou 4 filhos e neste momento aumentaram para 5 filhos e mais [e isso para aumentar o rendimento!]".*

Planeamento familiar

4. Informação sobre métodos anticoncepcionais

Mais uma vez os participantes relacionam a informação sobre os métodos anticoncepcionais com a situação mais geral em termos de educação e formação da nossa sociedade, sendo acentuada a "necessidade geral de educação", aqui relacionando os baixos níveis de literacia às dificuldades de compreensão da informação que é transmitida pelos próprios profissionais de saúde.

GF_S1: *"(…) mas para a pessoa assimilar a informação é preciso a pessoa ter uma certa literacia …[há pessoas que começam por iniciativa própria] … [muitas vezes vão à farmácia e compram uma pílula] … e o nível de iliteracia é bastante grande"*.

GF_S1: *"o facto de nós darmos a informação não quer dizer que a informação seja assimilada [é a descodificação da informação] …"*.

GF_S2: *"e muitas vezes aliado à pobreza há também a ileteracia, portanto, muitas vezes elas não sabem ler e para nós é muito complicado, sinto muita, sentia no inicio e continuo a sentir, alguma incapacidade de lhes fazer chegar algumas mensagens de saúde porque está muito enraizado nelas determinada conduta, porque passou dos avós, dos tios, que determinadas coisas são de determinada forma"*.

Um outro aspecto realçado diz respeito à utilização de métodos anticoncepcionais sem existir um acompanhamento médico e/ou de um profissional de saúde.

GF_S1: *"mas a maior parte das vezes a pílula é começada outside médico … a grande maioria é começada assim [pela amiga, a vizinha] (muita gente a falar ao mesmo tempo) … [e depois vamo-nos apercebendo com o correr do tempo] … se fosse quase exclusivamente médica a grande maioria das pessoas vinha cá pedir [exactamente] e relativamente poucas mulheres vêm cá pedir para levar os anticoncepcionais …"*.

Aqui é ainda reforçada pelos participantes a importância do profissional de saúde na forma como transmite a informação e como se relaciona com as mulheres, nomeadamente, aquelas com baixa escolaridade e, como tal, com dificuldades acrescidas na descodificação da informação.

GF_S2: *"(…) a informação não é dada só num determinado tempo, a informação é dada fraccionadamente e vai-se validando ao longo dos tempos"*.

GF_S1: *"esta é uma população que precisa de confiança na pessoa que está ao lado e às vezes têm e … é uma relação afectiva [é, exactamente] … connosco se eles não gostarem eles não vêm e não falam [eles gostam muito de nós, gostam muito de vir aqui, mas é preciso estabelecer uma relação afectiva] …"*.

5. Práticas de controlo da fecundidade

Uma característica apontada a estas mulheres é o "imediatismo", que se traduz na forma como fazem ou não planeamento familiar (mas também como se relacionam com os cuidados de saúde com elas e com os filhos).

GF_S1: *"(…) tem que ser mesmo uma insistência permanente para as conseguir sensibilizar, porque elas são muito imediatas, vêem tudo muito no imediato e … não conseguem … porque não foram escolarizadas"*.

De referir ainda a menção às falhas na utilização da contracepção, tendo sido realçadas as dificuldades e erros associados à toma da pílula.

GF_S2: *"no dia-a-dia também nós constatamos que é assim … as mulheres, não sei se é por não conseguirem interiorizar, se é por não quererem interiorizar, por exemplo, as mulheres que tomam contracepção oral, fazem muitos erros … todos os meses nós questionamos e todos os meses há erros e desconhecem sempre qualquer coisa [e não aprendem!] …"*.

GF_S1: *"… mas nota-se exactamente que grosso modo é má toma da contracepção, as pessoas de facto não … [e não só com ciganos] … não, não, de âmbito geral … é má toma de contracepção sem dúvida nenhuma, podem dizer que o planeamento não funciona, qualquer coisa [é comunicação] … mas há regra geral má toma"*.

São relatadas algumas das falhas na toma da pílula e que se apresentam de seguida.

a) Não fazer a pausa;

GF_S2: *"(…) algumas ficam à espera que acabe a menstruação para começar a tomar nova carteira, em vez de fazerem os sete dias de pausa e começarem a tomar ao oitavo dia … eu tenho algumas ciganas que, por exemplo, fazem isso …"*.

b) Tomar assim que aparece a menstruação;

GF_S2: **"***eu dá-me ideia que outras é ao contrário, assim que aparece a menstruação começam logo a tomar [novamente a tomar nova carteira, também acontece]*.

GF_S1: *"… a caixa tem 28 e ela tomava 21 [e deitava as outras fora!] … interrompia 7 dias e desperdiçava 7 pílulas e depois começava outra embalagem"*.

c) Esquecimento;

GF_S1: *"… esquecem-se muito"*.

d) Tomar toda a carteira de uma só vez;

GF_S2: **"***não é muito frequente, mas ainda acontece haver pessoas que tomam uma carteira toda de uma vez [exacto] … acham que assim escondem do marido, assim o marido não vê"*

e) Tomar a pílula concomitantemente com antibiótico.

São destacadas mais uma vez as diferenças étnicas a propósito das práticas de controlo de fecundidade, como se demonstra na Figura 4. 5, com os dados relativos às especificidades grupais, em termos de comportamentos de fecundidade e de cuidados de saúde.

As formas de utilização dos cuidados de saúde materna

Na tabela seguinte encontram-se as categorias de análise que resultaram da discussão a propósito do tema "utilização de cuidados de saúde materna". Esta mesma estrutura é depois seguida no restante texto, facilitando a apresentação dos resultados.

Tabela 4. 8. Lista das áreas de discussão e categorias de análise, resultantes do tema utilização de cuidados de saúde materna – Profissionais de saúde

Utilização de cuidados de saúde	
1. Utilização dos CSM	3. Adesão terapêutica
2. Motivação para a utilização de CSM	4. Factores de utilização dos cuidados de saúde relacionados com os serviços de saúde*
	5. Barreiras à utilização de CSM

*Dimensão não incluída inicialmente no guião dos grupos focais

1. Utilização dos CSM

A percepção geral dos profissionais sobre a vigilância da gravidez é no sentido de não haver diferenças entre as mulheres pobres e as outras utentes. Mas de qualquer forma realçando a influência dos percursos de vida nas formas de utilização dos cuidados de saúde.

GF_S1: *"(…) elas vêm ter connosco, cumprem ou não um ou outro ponto, a maior parte cumpre em termos de vigilância, portanto, não me parece que haja assim grande diferença"*

GF_S2: *"depende da experiência de vida e da história de vida de cada uma das pessoas [mesmo dentro de cada etnia e de cada raça] … sim [é, é] … (todos concordam)"*

De seguida é apresentada a análise acerca das percepções dos profissionais de saúde sobre a utilização de cuidados de saúde pré-concepcionais, pré-natais e revisão do parto.

<u>Pré-concepcional</u>

É referido o facto de ser feita pouca utilização de consultas pré-concepcionais.

GF_S1: *"(…) o pré concepcional pouco, na nossa realidade"*.

GF_S1: ***"Participante 4 –*** *mas vocês sentem isso nas famílias que acham que são mais carenciadas, vêm preocupadas com a ideia de pré concepcional?*

Participante 6 *– não [não] … porque eu de facto não avalio muito as pessoas por serem mais carenciadas ou menos carenciadas… de facto as menos carenciadas não nos procuram … aparecem já grávidas e mais nada, se calhar já com 12 semanas ou 13 semanas [ah e as outras também] … e as outras também"*.

GF_S1: "*e se calhar é difícil contextualizar isto … mas a noção que eu tenho é que estas mulheres aparecem grávidas [sim, sim] … aí o pré concepcional não tem significado"*.

Alguns participantes referem a existência de um aconselhamento "informal" quando os profissionais de saúde sentem que há da parte da mulher vontade de engravidar:

GF_S1: *"o que acontece é que muitas vezes na consulta de planeamento familiar quando a utente vem com vontade de interromper a pílula ou nós percebemos que já não há ali uma toma muito fiel, tentamos perceber o que se passa e então aí quase que antecipamos nós aí a própria consulta pré concepcional"*.

<u>Pré-natal</u>

Quanto à vigilância da gravidez durante o período pré-natal a percepção que existe por parte dos participantes é de que não haverá uma diferença determinada pelo nível económico da mulher, mas antes "pela vontade" de ter aquele filho ou não. E é reconhecida a grande melhoria em termos de todo o acompanhamento efectuado na saúde materna.

GF_S2: *"eu acho que isso é relativo, aí é de pessoa para pessoa e não de ser ou não pobre*

Participante 6 *– aí depende da vontade daquela vontade da mulher engravidar, alguns que nos chegam logo a seguir às 6 semanas, praticamente em cima da concepção e outras que já vêm tardiamente [se calhar varia muito como pessoa e não da vontade de ter a gravidez] … tivemos uma miúda na primeira consulta com 29 semanas, na sexta-feira e hoje com uma ecografia feita afinal está de 36 semanas mais 6 dias [portanto, vamos vê-la a próxima vez já com o bebé] …"*.

<u>Revisão do parto</u>

Neste aspecto, embora reconhecendo ter havido melhorias, a realidade continua a pautar-se por pouca utilização das consultas de revisão do parto.

GF_S1*: "sim, a revisão do parto é má, em vez de vir na data certa vêm depois"*.

As razões apontadas para que as consultas de revisão do parto sejam pouco expressivas prendem-se com uma não valorização do cuidar de si que, tendencialmente, a mulher manifesta no período pós-parto.

GF_S1*: "têm mais que fazer! [a coisa já está resolvida, o bebé já está bem] … [a saúde da pessoa em si não importa] … voltamos um bocadinho ao início, a formação das pessoas, as pessoas não têm necessidades porque não sabem quais são"*.

GF_S2: *"não é fácil, porque elas fazem as consultas de saúde infantil e a revisão de puerpério fica muitas vezes esquecida, já marcou, e dizemos que é importante, faça… "então, mas eu sinto-me bem, dos outros filhos não fiz porque é que vou fazer?" [exactamente] … a revisão de parto não faz parte do processo"*.

Também em relação aos cuidados de saúde existem especificidades relacionadas com a etnia cigana, que são uma vez mais realçadas pelos participantes, tal como é possível verificar na figura 4.5 apresentada no final desta secção.

2. Motivações para a utilização dos cuidados de saúde

Os participantes referem de forma bastante explícita que a utilização dos cuidados de saúde (com as próprias mulheres durante o período da gravidez e também com os filhos) acontece com pressupostos de "negociação" (isto é, o acompanhamento em termos de saúde em troca de "um papel").

GF_S1: *"[eles nisso não cumprem nada!] … [só quando sentem ali pressionados … quando sentem a necessidade absoluta do papel] … pois, quando vão para a escola porque é obrigatório as vacinas e para entrar na escola"*.

GF_S2: *"em termos de vigilância, isto durante a gravidez e logo no inicio da gravidez, no inicio da gravidez às vezes a vigilância de saúde materna, nós conseguimos até que haja uma maior assiduidade … com o é que hei-de explicar … em troca daquela folha para entregar na segurança social, às vezes acontece isso … e depois de terem os filhos, a vigilância de saúde infantil também tem que ser muito negociada muitas vezes, mas não quer dizer que gostem menos dos filhos do que nós gostamos não é, é uma forma de estar e que está enraizada durante várias gerações e que se repete"*.

É, pois, relatado o pragmatismo associado às formas de utilização dos cuidados de saúde (por exemplo, para conseguir os "papéis" para o RSI; o comprovativo de vacinas dos filhos para entregar na escola; para saber o sexo do bebé; para provar que estão grávidas a fim de receber o abono pré-natal).

GF_S1: *"**M –** e podemos dizer que existe essa forma de utilização dos cuidados de saúde de forma muito pragmática no sentido de vir pedir para justificar, por exemplo, o RSI?*

[sim, sim] (concordância geral)

sim as pessoas sabem [sim] [sabem] … e o nosso … aquilo que eles nos fazem é … é …um … um "encosto" muito forte! Para já, porque somos muito próximos deles, somos talvez dos circuitos institucionais mais próximos destas populações e conhecemo-los diariamente, elas (as enfermeiras) conhecem os pais, os filhos, os netos e estes ciclos todos".

GF_S1: *"quanto mais não seja, essas mais carenciadas, muitas vezes nem têm ainda exames, mas têm o papel do abono [pois] … há mais essa motivação [tal e qual] … muitas vezes nem têm consulta logo, mas de facto esse pedido vêm fazer"*.

GF_S2: *"M – mas quais são os aspectos mais importantes para a utilização?*

***Participante** – é pedir o abono (risos) … [agora é] … [na gravidez é mesmo!] … [é a ecografia para saber o sexo do bebé e depois entretanto vão embora] … a primeira ecografia … agora o abono"*.

GF_S2: *"algumas mulheres só vão à primeira consulta mesmo [para provar que estão grávidas] …temos algumas assim"*.

É ainda feita menção às influências familiares na utilização dos cuidados de saúde e a importância dos conhecimentos que são transmitidos nesse contexto no que diz respeito à partilha de experiências e práticas.

GF_S2: ***"**são umas experientes, são mulheres experientes porque têm histórias de muitas maternidades, elas próprias [é à volta, às vezes não é só por elas] … a sogra já teve não sei quantos e elas vivem com muita gente, os agregados são grandes, há sempre alguém que já teve … [partilham experiências] … partilham a mesma amamentação, os bebés em casa mamam na mesma, portanto, vive-se em comunidade [é]"*.

3. Adesão terapêutica

Um outro tema abordado diz respeito à forma como as mulheres se posicionam quanto à prescrição médica e/ou de aconselhamento terapêutico de outros profissionais de saúde. E a percepção geral dos participantes é de que, regra geral, as mulheres aderem bem.

GF_S1: ***"Participante 6** – sim, tomam [eu acho que as pessoas têm esses cuidados] … há algumas com uma intolerância ou outra, mas de resto … não, mas elas tomam, o que elas fazem é o ácido fólico e depois o folifer …*

***Participante 4** – a não ser que as coisas sejam muito dispendiosas as pessoas não reagem e parece-me que aderem … mas acho que de uma maneira geral as pessoas já são cuidadosas"*.

GF_S1: *"mas eu acho que com este tipo de pessoas… acho que já não há, as pessoas aderem [aderem] … o problema é elas virem em tempo de o fazer, isso é que é mais difícil"*.

É referida a relação entre a adesão a uma determinada terapêutica ou prescrição medicamentosa e a qualidade da informação que é dada pelo próprio profissional de saúde. Remetendo a questão da adesão para o tipo de relacionamento que se estabelece entre utente e profissional de saúde.

GF_S1: *"eu lembro-me de um caso pontual de uma utente que teve uma infecção e que teve de fazer medicação e aí foi por falta de informação e se recusou a fazer o tratamento e depois nós tentámos perceber o que se estava a passar e ela disse "ah, faz mal ao bebé" e nós dissemos que não e explicámos que havia um risco maior se não tomasse a medicação e ela disse "ah, assim explicado já estou a perceber" e ela fez o tratamento até ao fim".*

4. Factores de utilização dos cuidados de saúde relacionados com os serviços de saúde

Aquando da discussão do tema relacionado com a utilização dos cuidados de saúde por parte das mulheres, houve um tema que emergiu em ambos os grupos focais e sintetizado analiticamente como factores de utilização dos cuidados, que estão relacionados com os próprios serviços de saúde.

Um dos factores mencionados em ambos os grupos focais diz respeito ao relacionamento profissional/utente, que tem condicionalismos. Entre os mencionados encontram-se: 1) as dificuldades de comunicação impostas pela diferença, neste caso linguística, associada à população emigrante; 2) necessidade de tempo para estabelecer uma relação de confiança (mencionada aqui a importância do trabalho comunitário, que é favorecedor deste tipo de relacionamento).

GF_S1: *"e agora há uma população que nós temos muito também neste momento, que são os estrangeiros [pois é]*

M – é emigração legal ou ilegal?

***Participante 4** – legais e ilegais. E o problema da comunicação aí é tremendo, não é … ou vêm com um intérprete ou então … e olhe o melhor de tudo são os ucranianos …*

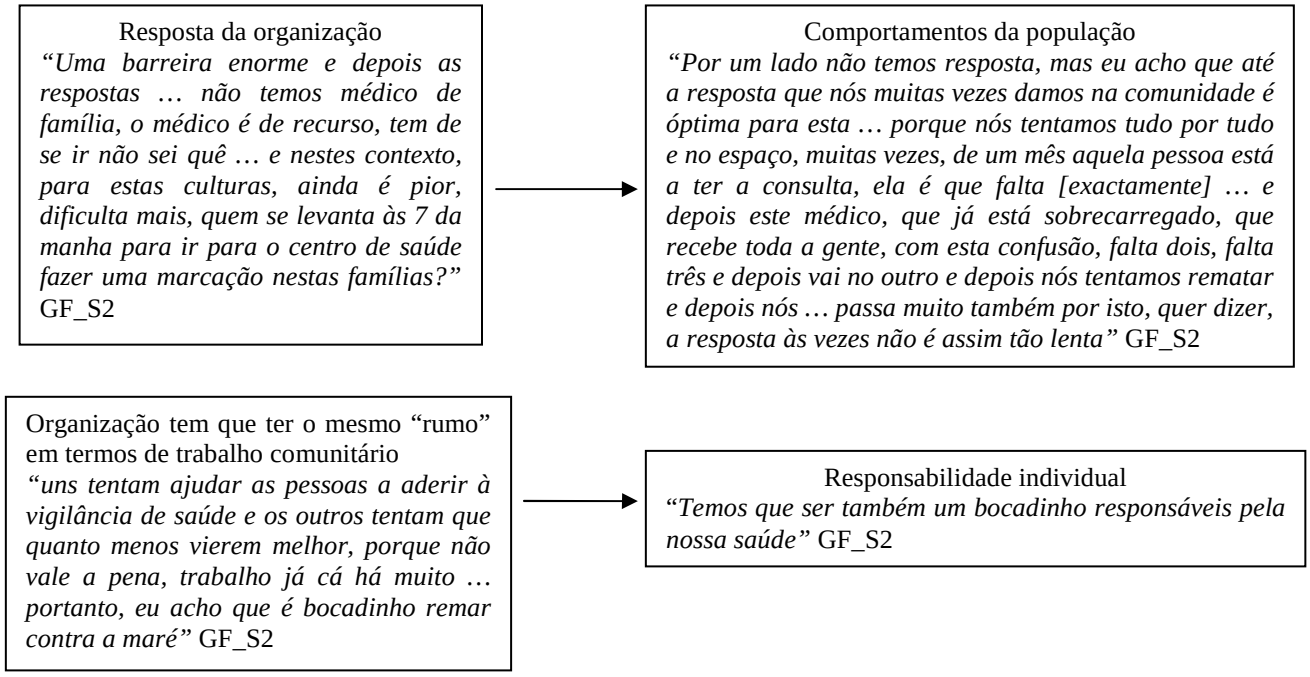
***Participante 2** – os chineses normalmente é o pior porque vêm normalmente sozinhos*

***Participante 4** – e sabes quem eu acho pios, são os brasileiros, porque a gente acha que os percebe [é, e eles também acham que percebem tudo] … e não percebem nada de nada [exactamente] … é extraordinário"*

GF_S2: *"não sei se eles, se esta alteração do comportamento desta senhora passa pela necessidade que ela sentiu em vir vigiar a gravidez ou pela relação que ela estabeleceu com as pessoas … com os técnicos, porque eu acho que eles podem-se aproximar e vão-se aproximando, mas a base, a relação é fundamental [ah, sim, mas isso em qualquer pessoa]".*

Num dos grupos focais foi destacado um outro factor, que é de nível organizacional dos serviços, tendo os participantes referido que a forma como aqueles se encontram organizados nem sempre se coaduna a uma das principais características apontadas a estas populações, isto é, o "imediatismo".

O exemplo referido prende-se com as "respostas que existem" (forma como os serviços de saúde estão organizados) e a dificuldade inerente ao facto de se conseguir "convencer" as mulheres a ter uma consulta e depois não existir resposta por parte dos serviços. Mas este ponto não foi consensual, sendo dado o contraponto daquelas situações em que os comportamentos das populações em termos de utilização são inadequados (por exemplo, não comparecer a consultas marcadas ou não avisar quando têm que faltar).



5. Barreiras à utilização de cuidados de saúde materna

O corpo

Uma das barreiras mencionadas é a forma como as mulheres se relacionam com o seu próprio corpo (independentemente do nível sócioeconomico), e os eventuais constrangimentos à utilização de consultas de ginecologia / obstetrícia realizadas por médicos homens. São realçados os aspectos associados à "vergonha de expor o corpo" e de "ser tocada". Mas este não foi um obstáculo considerado por todos os participantes, sendo mesmo mencionado o facto de "ser ultrapassável" e passível de "ser negociado".

GF_S2: *"eu penso que quer queiramos quer não há um factor que é importante, que é o constrangimento, e isso eu acho que é inevitável em qualquer um, independentemente da etnia e do nível sócio-economico"*.

GF_S2: *"(…) e isso não é só em determinadas raças, mesmo na raça caucasiana, [exacto] …eu tenho várias mulheres que dizem "olhe eu tenho que fazer uma consulta, mas se for com eles (os médicos homens) eu não quero fazer, não me arranja ninguém que me possa ver e que eu venha à consulta", portanto, e serem de etnia cigana ou sem serem africanas, e que têm os mesmos constrangimentos que têm as outras"*.

A Família

Um outro obstáculo mencionado por alguns participantes prende-se com a família e o papel que exerce de incentivador, ou não, em termos de utilização de cuidados de saúde, nomeamente, no que diz respeito à vigilância pré-natal.

GF_S2: *"eu acho que as famílias são um obstáculo, porque elas não vão sozinhas ao ginecologista ou ao médico de família, têm que ir sempre ou com o marido, às vezes as sogras não deixam ou as mães ou os próprios maridos também não deixam, eu acho que a própria família é um obstáculo, no meu ver … não incentiva [elas também não precisaram de fazer e correu tudo bem]"*.

Informação

A falta de informação é reconhecida, por quase todos os participantes, como sendo uma das características destas mulheres e que tem influência na forma como elas se relacionam com os cuidados de saúde, podendo mesmo constituir-se como uma barreira à utilização dos cuidados de saúde materna.

GF_S2: *"o obstáculo é a informação, não terem informação, já nasceram todos assim, a sogra já teve 10 [nunca lhes aconteceu nada] … a cunhada que esta lá em casa também já te 5 filhos e, portanto, não há informação que chegue para elas sentirem necessidade de ir, porque é que elas hão-de lá ir, têm que marcar e depois têm que esperar, para quê? Está tudo tão bem, está tudo a correr bem, estão a aumentar, o bebé mexe"*.

Educação

É referida, mais uma vez, a importância da educação. Desta feita relacionando os baixos níveis educacionais com a falta de informação e com o tipo de utilização, ou não, dos cuidados de saúde, passando pela própria percepção de "necessidade", num contexto em que as referências próximas não são favorecedoras de comportamentos de utilização dos cuidados de saúde.

GF_S2: *"(…) passa muito por não ir à escola [não têm noção de que precisam] … para mim é assim, educação e saúde têm que … à medida que conseguirmos elevar o nível de educação da nossa população, provavelmente, nós vamos conseguir melhorar os cuidados de saúde [claro!] … sem isso é muito complicado porque a percepção, mesmo que tenhamos a informação, eles não a sabem ler [e não sentem essa necessidade] … e mesmo sabendo, aquilo não entra, porque aquela [não faz sentido, não é]"*.

A figura 4.5 apresentada de seguida surge com o objectivo de resumir a análise efectuada até ao momento e que diz respeito: 1) aos aspectos relacionados com comportamentos de fecundidade; 2) aos aspectos relacionados com a utilização dos cuidados de saúde, realçando a transversalidade dos temas emergentes com as especificidades grupais (causasianos; estrangeiros – sendo destacados os brasileiros, os chineses e os ucranianos; os africanos e os ciganos).

No que se refere aos comportamentos de fecundidade há três vertentes, cujas características foram apontadas como sendo específicas nos grupos mencionados e que são as seguintes:

a) Os métodos contraceptivos – alguns participantes destacaram o posicionamento distinto de brasileiras e ciganas;

b) Os factores para a escolha dos métodos contraceptivos - existindo alguma diversidade, com destaque para as influências culturais; a "moda" e influência da "vizinha; os factores internos de resistência a determinados métodos (e.g., o DIU) devido à sua característica invasiva, i.e, "corpo

estranho"; escolha do método que "não seja detectável" devido à necessidade de "esconder" a contracepção;

c) A forma como o homem se posiciona perante o preservativo – aqui foi apontada a existência de uma dicotomia entre o homem cigano (com muito pouca adesão ao preservativo) e o africano (sendo apontada a evolução pelos profissionais de saúde, que percebem um número cada vez mais crescente de homens africanos a pedir o preservativo), em qualquer dos casos os participantes chamaram a atenção para a necessidade de "não generalizar" estas características.

Quanto à utilização dos cuidados de saúde emergiram as seguintes características, todas relacionadas com a etnia cigana:

1) Relativa instabilidade que caracteriza o relacionamento cigano / profissionais de saúde, nomeadamente devido ao facto de os participantes considerarem que a população desta etnia tem "pouca capacidade para esperar";

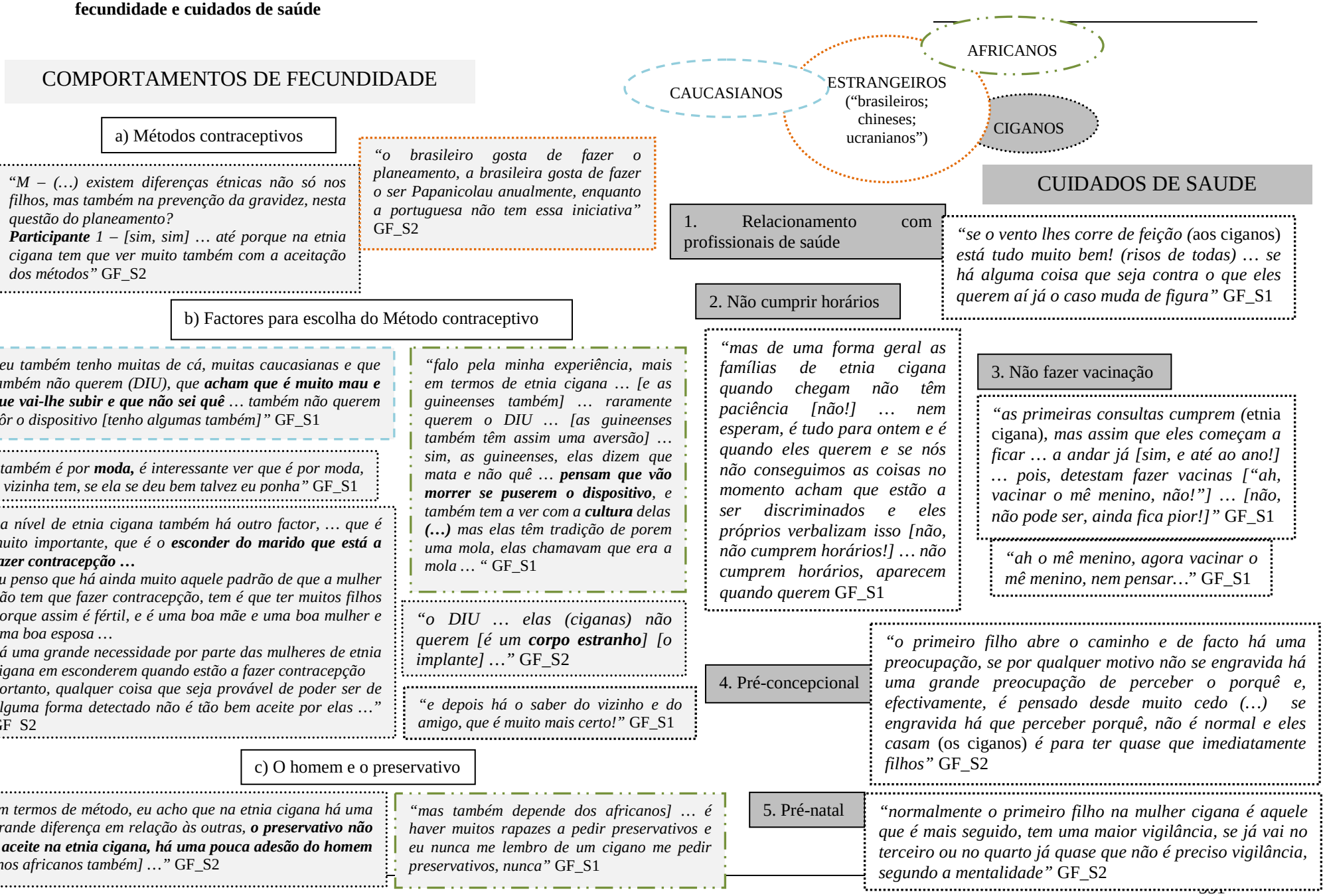
2) Não cumprimento de horários;

3) Não fazer vacinação;

4) Preocupação de fazer consultas pré-concepcionais no primeiro filho, porque é "muito importante essa primeira gravidez";

5) Consultas pré-natais, sendo mais uma vez realçado o cuidado acrescido na vigilância do primeiro filho, percebendo-se que se vão descurando com os filhos seguintes.

Figura 4. 5. Percepção dos profissionais de saúde sobre: Especifidades Grupais sobre comportamentos de fecundidade e cuidados de saúde



Domínios prioritários de intervenção: medidas para melhorar as condições sociais e de saúde das populações

Quando confrontados com o "cenário", segundo o qual tinham o papel de consultores dos Ministérios da Saúde e da Solidariedade e teriam que propor algumas medidas no sentido de melhorar as condições sociais e de saúde, nomeadamente das populações mais vulneráveis economicamente, os participantes manifestaram, sobretudo, a necessidade de os políticos e decisores terem em atenção o "sentir" das pessoas que, como eles, conhecem o terreno, as dificuldades e as "realidades".

De seguida apresentam-se as medidas avançadas pelos profissionais de saúde, sendo que elas incidiram em três grandes áreas: sistema de saúde, sistema social e educação. De facto, foi consensual a necessidade de juntar Saúde, Social e Educação para promover efectivas mudanças e melhorias em termos de prestação de cuidados de saúde e utilização eficaz e efectiva dos recursos.

Tabela 4. 9. Perspectivas dos profissionais de saúde sobre os domínios prioritários de intervenção

Medidas propostas para melhorar as condições sociais e de saúde (acção conjunta Social / Saúde)
Sistema de Saúde
1. Revisão do papel do médico de família;
GF_S2: *(…) o papel da saúde passou, principalmente os centros de saúde, que vieram das antigas caixas, e dos antigos centros de saúde, das duas estruturas, passaram a ser … aha … o papel do médico é fundamental para eu arranjar a casa, ter a creche, ter isto e ter aquilo (…) Ora, se o médico passou a ser, o papel do médico passou a ser as desculpas para tudo … porque é que eu me hei-de responsabilizar, eu chego lá e arranjo uma solução."*
GF_S2: "(…) e os Centros de Saúde às tantas começaram com menos recursos e cada vez com mais problemas sem capacidade de resposta e cada vez as exigências além da saúde … começaram a ter este peso. (…), às vezes mais de metade da consulta é a passar papéis para sabe Deus o quê … é a baixa … tudo! E isto é impensável, quanto menos recursos nós temos, a gente tem que priorizar naquilo que é importante, o social é importante para eu perceber o enquadramento e aquilo que tenho que fazer à pessoa, ponto final."
2. Alargamento do horário dos Centros de Saúde
3. Visitas domiciliárias na gravidez e pós-parto (primeiro mês); reforço do aleitamento materno
4. Transformação das Unidades Móveis em Unidades de Saúde Locais (com equipas interdisciplinares – médicos, enfermeiros, outros e com "*atendimento de proximidade*")

5. Formação de recursos humanos (em termos de relações humanas, atendendo às especificidades das populações a que prestam cuidados)

GF_S1: *"(…) está-se a formar, as pessoas têm muitas formações, muitas formações, muitos doutoramentos, mas depois a parte humana é muito esquecida e as pessoas são mal tratadas, muitas vezes são mal tratadas … e não é só com estas populações, tem também a ver connosco, mas com esta população não tenho dúvida nenhuma, até há médicos que não querem vê-los, quanto mais longe melhor, porque cheiram mal, porque [são mal educados] …".*

6. Melhoria da gestão de recursos humanos

GF_S2: *"sim, não basta ter recursos, é preciso haver uma boa distribuição desses recursos e uma boa gestão, não basta só ter recursos".*

Sistema Social

7. Construção de bairros sociais integrados

Construção actual não é favorável à integração; *"as pessoas deviam ser integradas noutros bairros, talvez aos poucos irem se integrando noutros bairros, porque acho que a construção de guetos não favorece"* GF_S1	POSIÇÃO DISCORDANTE →	*"mas isso é já o que acontece ali na … mas eles ali estão integrados no meio de prédios de gente com dinheiro e condomínios de luxo e eles continuam a funcionar exactamente como se tivessem no bairro da lata"* GF_S1

Educação

8. Escolarização *"apostar em ensinar [em educar]"* GF_S2

9. Educação cívica

   - Criação de hábitos: por exemplo, avisar os serviços das não comparencias

GF_S2: *(…) no nosso país ainda não há o cuidado de eu não posso ir à consulta, vou avisar que não posso ir, há muito pouca gente que tem esse tipo de cuidado, as pessoas não vêm e não telefonam, não avisam e se for preciso na semana seguinte aparecem [e acham que têm que ser atendidos] … exactamente, há muito essa mentalidade no nosso país [e sente-se falta de algum civismo] [de formação] [de educação] …".*

   - Consciencialização sobre forma de utilização dos serviços de saúde

GF_S2: *(…) eu acho que às vezes há pessoas que usam mal os recursos que têm e vêm grande parte das vezes porque estão entalados porque precisam de um papel, porque precisam de uma declaração, e precisam não sei de quê, mas se for preciso às consultas que estão marcadas de vigilância de grávida ou da saúde infantil não aparecem, nem avisam porque não aparecem (…)".*

   - Promoção de cultura de prevenção de doença *("não há cultura da prevenção")*

4.3.2.2 O que pensam os Técnicos de Serviço Social

Da tabela seguinte consta a caracterização dos técnicos de serviço social participantes, incluindo os anos de experiência profissional de cada elemento, bem como um pequeno resumo sobre as respectivas áreas de trabalho.

Tabela 4. 10. Caracterização dos técnicos de serviço social particiantes nos grupos focais

Frupos Focais com Técnicos de Serviço Social	Anos de experiência	Experiências profissionais
GF_T1	20	Atendimento social; coordenação apoio domiciliário
	15	Atendimento social
	24	Acolhimento social; funções de coordenção
	14	Funções de coordenação
	7	Acolhimento social
	19	Atendimento social; funções de chefia
	12	Atendimento; CAP
	9	Acolhimento social
	8	Acolhimento social
GF-T2	19	Bairros degradados e trabalho em várias freguesias
	21	Atendimento social; acolhimento social; funções de coordenação
	8	Bairros sociais; várias freguesias
	4	Acolhimento social; serviço de apoio à família
	3	Acolhimento social; serviço de apoio a crianças e jovens em risco
	14	Acolhimento social; equipa de menores em risco
	19	Bairros sociais; equipas de menores; funções de coordenação
	4	Atendimento em várias áreas; zona de realojamento
GF-T3	15	Acolhimento; serviço de apoio domiciliário; várias freguesias
	15	Apoio domiciliário; atendimento social; várias freguesias
	11	Acolhimento social; várias freguesias; apoio a famílias com crianças em risco
	8	Acolhimento social; várias freguesias; equipa de crianças em risco
	24	Atendimento social; equipamentos de infância; equipa de crianças em risco
	20	Várias freguesias; funções de coordenação
	3	Acolhimento social; apoio a estabelecimentos de infância
	6	Crianças em risco; acolhimento social
	12	Várias freguesias; trabalho com idosos em contexto domiciliário; acolhimento social
GF-T4	11	Várias freguesias; atendimento social
	9	Várias freguesias; atendimento social
	11	Várias freguesias; atendimento social
	5	Várias freguesias; acolhimento social ; bairros sociais
	35	Várias freguesias; acolhimento social; atendimento social;
	13	Várias freguesias; acolhimento; equipa de crianças em risco
	14	Várias freguesias; acolhimento social
	12	Várias freguesias; acolhimento social
	26	Várias freguesias; bairros sociais; funções de coordenação
	25	Várias freguesias; atendimento social; funções de coordenação

Aspectos associados aos comportamentos de fecundidade e planeamento familiar das mulheres

Na tabela seguinte encontram-se as áreas discutidas no âmbito do tema "comportamentos de fecundidade e planeamento familiar", bem como as respectivas categorias de análise que daí resultaram. Esta mesma estrutura é depois seguida no restante texto, facilitando a apresentação dos resultados.

Tabela 4. 11. Lista das áreas de discussão e categorias de análise, resultantes do tema Comportamentos de Fecundidade; PF – técnicos de serviço social

Fecundidade: os filhos	As políticas de apoio à maternidade	Planeamento familiar
1. O papel dos filhos 2. Cálculo dos custos	3. Conhecimento	4. Informação sobre métodos anticoncepcionais 5. Práticas de controlo da fecundidade

Fecundidade: os filhos

1. Percepção sobre o papel que os filhos assumem para as mulheres (pobres e não pobres)

Quando questionados sobre qual o papel que os filhos assumem nas vidas das mulheres pobres, segundo as experiências de trabalho e vivências destas realidades, os participantes oscilaram, em todos os grupos focais, entre uma primeira abordagem politicamente correcta através de um discurso de "*os filhos não são diferentes para elas e para nós*" ou ainda "*o amor é o mesmo*", prosseguindo com contrapontos e mudanças de posição para um discurso do tipo "*o filho acontece porque acontece"*.

É de realçar o facto de ter havido em todos os casos a menção à não homogeneização destas realidades de pobreza e das realidades dos bairros sociais:

GF_T4: *"elas não são homogéneas, as famílias não são de forma alguma homogéneas"*

Porém, através dos discursos dos participantes nos quatro grupos focais conseguem-se encontrar aspectos em que houve manifestação de concordância, antevendo traços eventualmente identitários e característicos destas mulheres, segundo a percepção dos técnicos de serviço social, que a seguir são elencados.

Filhos como forma de autonomia;

Filhos como forma de vincular relações ("*usados no jogo relacional do casal*");

GF_T2: *"para elas um filho representa muitas vezes a ligação, com o companheiro, ou seja, aquilo faz de conta que é … [a materialização da relação] isso, se tiver um filho aquilo até pode ser que dê, porque normalmente têm umas relações pouco estáveis"*

Deixa antever a percepção de que os filhos não são planeados?

Filhos como busca de afectividade ("*mulher é o foco de atenção durante a gravidez*");

Filhos que acontecem com contornos de reconhecimento e de pressão social;

Filhos são a tradução e a assumpção do "*papel normal da mulher = ter filhos*";

Inexistência de referências alternativas, ou seja, serem capazes de pensar que a mulher pode ter outros papéis sociais ("*projectos pessoais bastante limitados*");

Limites impostos pela baixa escolaridade;

Limites impostos "*pela força do bairro*", isto é, pela socialização;

Existência de muitas famílias monoparentais, em que acontecem vários filhos de vários pais;

Repetição de padrões de abandono e negligência parental;

Precocidade das vivências de forma geral e, também, especificamente da maternidade.

2. Cálculo dos custos

Os participantes referem sobretudo dois aspectos, por um lado, não existe a percepção de que estas mulheres e estes agregados que acompanham se preocupem em calcular os gastos associados aos filhos, mantendo em parte o discurso, segundo o qual, "*onde come um comem mais*".

GF_T2: *"(…) mesmo que o contexto seja de pobreza, que haja muitas dificuldades e que objectivamente até assumam que não há condições para assegurar a subsistência da criança e a educação, nos moldes em que o entendem, isso não interessa [onde comem aqueles, come mais um] … há uma expressão muito antiga que se aplica e que eu observo que ainda pessoas mais*

novas dos nossos utentes o dizem, embora eu ache que o significado já seja outro, que é "a riqueza dos pobres são os filhos".

GF_T3: *"quando falamos na população em geral, mas também se pensa que o filho não é uma fonte de rendimento, mas uma fonte de despesa, em alguns estratos sociais, o colégio, a ginástica, etc. … quando se fala nestas classes mais desfavorecidas, que são aquelas que nós habitualmente atendemos … eu não noto que as pessoas se preocupem tanto com esta questão da despesa ou se têm condições para educar aquela criança convenientemente, há a questão também do RSI e será aqui também mais um elemento a incluir ao nível do RSI e lembro-me sempre se uma utente minha que já ia no 10º filho e dizia que tudo se cria, e esse é o lema, se os outros se criaram venha o 10º e o 11º e tudo se cria"*.

Por outro lado, as famílias utilizam o filho de uma forma a que designo instrumental, isto é, existe o cálculo do benefício que um filho "mais" pode representar, por exemplo, em contexto de beneficiários de RSI ("*ter mais um filho significa aumentar o rendimento*").

GF_T1: *"M – o que me está a dizer é que os filhos são também utilizados como uma estratégia para terem (…).*

Participante - *rendimento! Sim! Para aumentarem os rendimentos, sim*

Participante - *cada filho que nasce representa um aumento no valor da prestação [do RSI], enquanto o filho não tiver os 18 anos*".

GF_T2: *"nós temos agregados a ter filhos sucessivamente por causa do RSI … eu tive no XXX uma situação de um casal de 20 e tal anos, a mulher de 23 anos já ia ter o 6º filho e foram os próprios a dizer-me a mim que ela ia engravidar para ter mais dinheiro do RSI, depois o que é que acontecia? Ela não era inserida no mercado de trabalho porque tinha aquela filharada toda, ele tinha uma patologia do foro psiquiátrico, ninguém o empregava, então o modo de subsistência era o RSI [antigamente era do trabalho dos filhos, agora é do rendimento] … é do RSI [melhorou-se alguma coisinha, mesmo assim!]"*.

Nos discursos são destacadas mais uma vez as especificidades da etnia cigana, nesta matéria a percepção é de que ao aspecto cultural de "*valorização dos filhos*" junta-se, de forma pragmática, o aspecto instrumental de "*aproveitamento da bondade da medida RSI*".

GF_T1: *"sim, posso-lhe dizer claramente que há uma etnia que adopta essa estratégia deliberadamente [cigana] … exactamente, a etnia cigana, esta etnia socorre-se de todas as políticas sociais e isso está analisado, há estudos que já se debruçaram sobre isso, sobre as estratégias de sobrevivência de determinadas etnias, e não sou eu que o digo, eu faço referencia a estudos já feitos e muito fundamentados, … e o pormenor do filhos … há também os aspectos culturais e há famílias que quantos mais filhos tiverem, mais rica é e a população cigana também tem esta vertente"*.

São, contudo, detectadas e assinaladas, por alguns participantes, as mudanças visíveis, através do acompanhamento que é feito pelos técnicos, e que estão associadas a uma escolaridade mais elevada das mães.

GF_T1: *"(…) nós temos raparigas e mulheres com uma escolaridade acima … se calhar já ao nível do 9º ano e que já começa a ser muita gente, muitas dessas pessoas já vêm ao nosso serviço e que começam a ter efectivamente menos filhos, se nós virmos a média em termos das famílias, as nossas famílias têm 2 às vezes 3 filhos … ou seja, começa a haver já alguma preocupação quanto ao dito planeamento familiar, e a tal preocupação com os filhos também, com o futuro deles e com um investimento um bocadinho diferente nesses filhos"*.

As políticas de apoio à Maternidade

3. Conhecimento (das políticas de apoio à Maternidade)

É unânime a posição dos participantes segundo a qual as populações que por eles são seguidas estão muito bem informadas sobre as medidas de apoio social, no geral e, também, sobre as actuais alterações em termos de política de apoio à Maternidade, nomeadamente com o abono pré-natal.

GF_T3: *"(…) esta questão das políticas sociais tem algum impacto, … as pessoas até podem nem saber exactamente como funciona, mas as pessoas ouvem falar de subsidio, de algum tipo de apoio e as pessoas procuram logo informar-se, neste sentido acontece muito o mesmo em termos do RSI as pessoas vão sabendo [elas sabem tudo, já sabem] … podem não saber muito bem como funciona, mas [não sabem os detalhes] [mas sabem]"*.

GF_T1: *"(…) mas eu acho que ela* (a medida de abono pré-natal) *é conhecida pela população já [na população já está bem divulgada!]* (risos)".

Planeamento familiar

4. Informação sobre métodos anticoncepcionais

Na opinião da maior parte dos técnicos, a informação sobre os anticoncepcionais existe, mas continua a verificar-se uma "*certa resistência*" à sua utilização por parte, sobretudo, das jovens.

GF_T1: *"(…) apesar de haver uma grande divulgação sobre o planeamento familiar, os métodos contraceptivos, e de haver o acesso gratuito às consultas nos centros de saúde, as pessoas ainda têm uma certa resistência, porque a população jovem nem sequer faz caso"*.

GF_T2: *"ao longo destes anos a trabalhar nos bairros eu tenho a sensação de que um filho acontece porque acontece, embora haja algum … ultimamente já se nota, de facto, que as pessoas estão informadas sobre o planeamento familiar, mas não o querem também, sabem que ele existe, mas dificilmente aderem … há pouca adesão ao planeamento familiar"*.

Porém, é necessário referir que houve opiniões no sentido de considerar que ainda existe desconhecimento sobre os métodos anticoncepcionais e sobre a sua correcta utilização, nomeadamente no que diz respeito à toma da pílula.

GF_T1: *"(…) e nós temos utentes que engravidaram muitas vezes porque não estavam devidamente informadas que tomando a pílulas não podiam, por exemplo, tomar antibiótico, temos um caso ou outro porque depois o antibiótico cortou o efeito da pílula e elas não sabiam, tomavam a pílula à mesma e tomavam o antibiótico e aquilo não resultava … esta informação falhou"*.

Um dos participantes realça mesmo a importância de juntar a formação com a informação, de modo a que esta se traduza nas práticas sexuais das populações.

GF_T3: *"(…) já começo a pensar se têm, aquele conhecimento teórico e depois chega à prática e não o sabem fazer e nem sequer tiveram … se a formação … eu acho que é assim, se a informação e a formação tivesse sido bem passada de certeza absoluta que estas jovens já não estou a falar aqui de etnia cigana, mas a malta jovem e já nem vou falar de 14 anos, mas até de 17 e 18 anos, nunca na vida ela iria estragar a vida dela e engravidar"*.

Esta posição é ainda reforçada e complementada através da opinião de outros técnicos, que consideram importante haver uma intervenção precoce em termos formativos e informativos sobre planeamento familiar, obviando o "efeito do bairro", das referências a que as jovens estão expostas nos seus contactos familiares e sociais. Um dos exemplos apontado e comentado diz, precisamente respeito às diferenças observadas em mulheres dos "bairros", mas que têm contactos no exterior, através do trabalho, e absorvem essas influências, nomeadamente em termos de planeamento familiar.

GF_T1: *"agora nós como técnicos achamos que conseguimos aqui intervir mais ao nível da prevenção com estas … com estes mais jovens, tentando que eles não vão repetir os mesmos comportamentos que as mães tiveram e que acho que as avós tiveram"*.

GF_T2: *"por exemplo, se nós nos reportarmos à nossa experiência no centro de acolhimento infantil local e em que havia já algumas mulheres, pelo menos no meu tempo, que trabalhavam e estavam inseridas no mercado de trabalho, tinham outras colegas, saíam do bairro obrigatoriamente, trabalhavam noutro lado, essas pessoas, a maioria delas, já faziam planeamento"*.

Através da análise dos diferentes grupos focais percebe-se que existe a percepção nos técnicos de que se assiste a uma certa evolução nestas questões relacionadas, quer com a informação que as mulheres detêm acerca da contracepção, quer mesmo em termos da forma como utilizam o planeamento familiar.

GF_T1: *"(…) nós já temos jovens das nossas famílias que já, eles próprios, pedem para ir a uma consulta de planeamento familiar, querem fazer … uma rotina deste acompanhamento médico e isto já é importante, já há aqui alguma evolução positiva na mudança de comportamentos destas famílias e isso acho que se faz muito através da relação, da relação que nós temos com estes jovens"*.

5. Práticas de controlo de fecundidade

Em termos do tipo de controlo de fecundidade, as opiniões dos técnicos centram-se, uma vez mais, em torno das características atribuídas a estas mulheres pobres, suas utentes, e que condicionam diferentes esferas das vidas destas populações e também as formas como planeiam os seus filhos, as suas gravidezes e a sua fecundidade:

1) Por um lado, o imediatismo;

GF_T2: *"(…) do que eu observo, o planeamento familiar é algo que não se enquadra neste contexto e não é valorizado"*.

GF_T2: "*aquela gente não sabe planear a médio prazo, e a longo prazo muito menos [pensam no imediato] e penso que a questão do planeamento passa pela organização da mulher, não é, ter que marcar a consulta e a ida à consulta, às vezes os técnicos têm esse papel tipo maternal e marcam a consulta e se a mulher não for acompanhada muitas vezes não vai lá"*.

2) Por outro lado, os papéis sociais femininos (planeamento familiar é "*coisa de mulher*").

GF_T2: "*Geralmente, quando há planeamento é da parte da mulher …[do marido zero] [ah, sim] [nunca] [jamais] … isso tem a ver com o machismo deles"*.

*GF*_T2: *"eles acham que de facto isso é um problema delas, quer dizer [exactamente, ela é que arranjou o filho] … ela é que não sabe, ela é que arranjou mais filhos"*.

GF_T1: *"a questão da fecundidade ainda continua a ser um problema feminino, apesar de dever ser um problema de casal, também do homem, continua a ser sempre a mulher a ter que se preocupar com a questão da maternidade, da fecundidade, do planeamento familiar, continua a ser sempre uma responsabilidade feminina"*.

Segundo a opinião geral dos técnicos, quando falamos das práticas de controlo de fecundidade e das formas de utilizaçao da contracepção e de planeamento dos filhos, nestes contextos sociais, é necessário fazer um cruzamento com a informação relativa ao papel dos filhos. Ou seja, embora sendo reconhecido, pelos técnicos, que de uma forma geral os filhos não são planeados, existem as situações relacionadas com o RSI (ter mais filhos equivale a um aumento da prestação social) e

com o "*prender o companheiro*" (a gravidez que é utilizada como forma de estabelecer uma dinâmica relacional não alcançada de outra forma).

GF_T3: *"(…) saber que o valor aumenta, porque no caso de nascer mais um filho, vai acrescer … toda essa percepção que as pessoas têm das medidas … eu penso que há algum oportunismo em fazer uso dela, mas que isto dá força àquela questão inicial que eu levantei … a gravidez não é planeada, mas aqui passa a ser planeada!"*

GF_T4: *"uns são planeados e outros é por acaso [exacto] é planeado quando se pretende engravidar de um homem mesmo sem ele saber, isso é planeado! É outro tipo de planeamento, mas é planeado e até é desejado, e é planeado, aquela mulher tomou medidas para engravidar … "eu vou engravidar deste homem e vou deixar de tomar [a pílula, ou vou tirar o aparelho ou vou tirar …]"*.

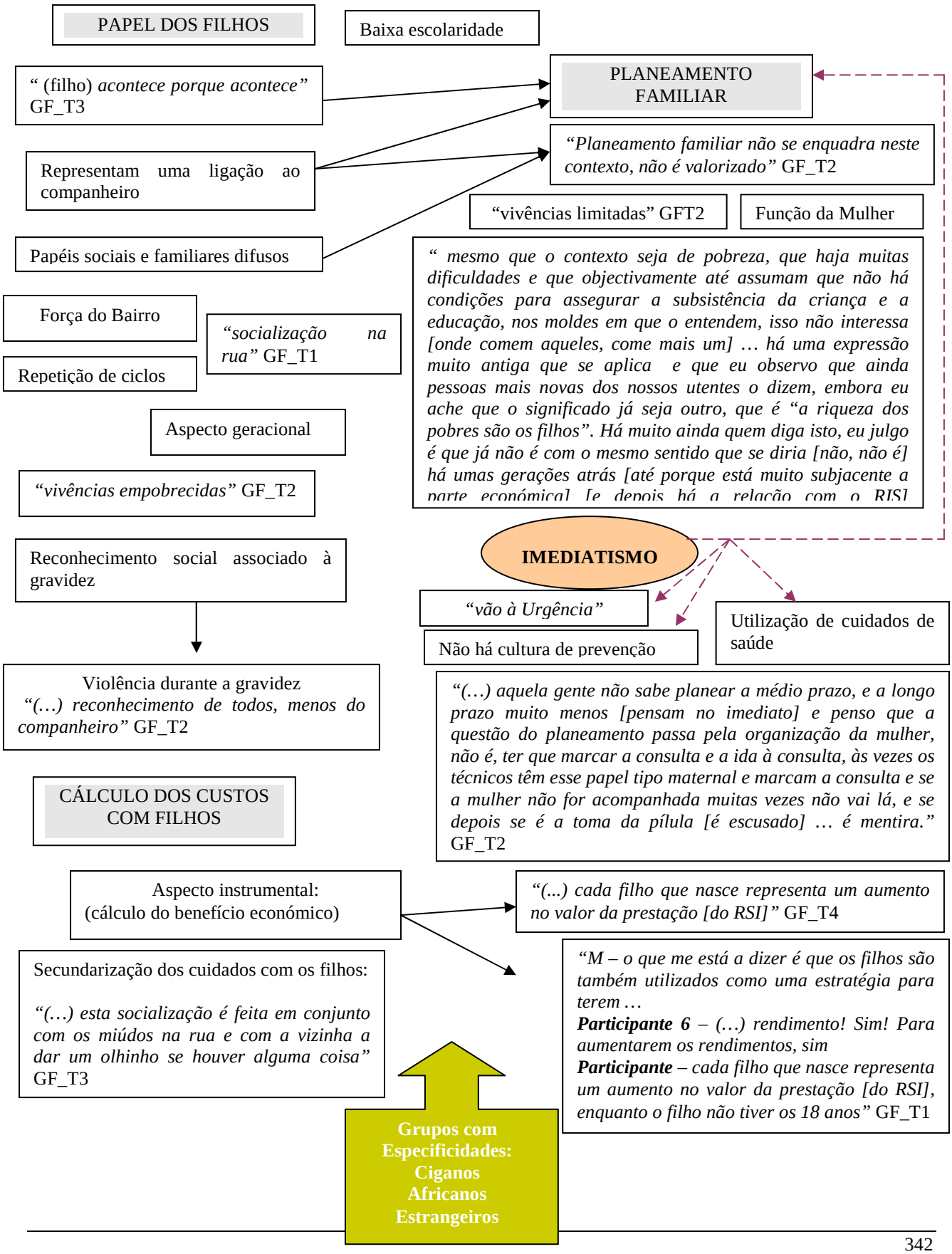
Mais uma vez ressalta dos discursos a necessidade de entender que existem dificuldades em termos de, por exemplo, a toma de pílula e existência de relações desprotegidas em todas as classes sociais e não apenas nas populações carenciadas, que estes técnicos acompanham.

GF_T3: "*Mas eu queria dizer que, mesmo em relação a estes estratos mais favorecidos e até com, supostamente, mais conhecimentos, as pessoas acabam também por cometer alguns destes erros, vá lá, essa questão do planeamento familiar, as relações desprotegidas, isso verifica-se em todos os estratos sociais, não tem nada a ver só com as nossas classes sociais, isto também nos leva a crer que não tem só a ver com uma questão de conhecimento"*.

Na figura seguinte apresento, de forma resumida, a análise relativa às representações dos técnicos de serviço social sobre os comportamentos de fecundidade das mulheres, segundo os significados atribuídos a cada uma das dimensões abordadas nas discussões grupais.

Assim, é possível verificar a forma como os temas se interligam, o papel que os filhos têm na vida das mulheres e as práticas de planeamento familiar, sobressaindo a característica central atribuída a estas mulheres prevenientes de contextos socioeconómicos desfavorecidos, o "imediatismo".

Figura 4. 6. Percepção dos técnicos de serviço social sobre o "imediatismo" das mulheres pobres



As formas de utilização dos cuidados de saúde materna

Na tabela seguinte encontram-se as categorias de análise resultantes da discussão em torno do tema "utilização de cuidados de saúde materna". Esta mesma estrutura é depois seguida no restante texto, facilitando a apresentação dos resultados.

Tabela 4. 12. Lista das áreas de discussão e categorias de análise, resultantes do tema utilização de cuidados de saúde materna – técnicos de serviço social

Utilização de cuidados de saúde	
1. Utilização dos CSM	2. Motivações para a utilização dos cuidados de saúde

1. Utilização dos Cuidados de Saúde Materna

Embora partindo de uma posição de dificuldade em caraterizar a população e acentuando os cuidados necessários para que não exista generalização sobre a população que acompanham: GF_T4: "*eu não consigo caracterizar, porque acho que a população com que trabalhamos há de tudo. Também há as situações extremas, não é.*"

Através da análise efectuada consegue-se perceber que existe a percepção por parte dos técnicos de serviço social de que as populações carenciadas, que acompanham, não têm uma utilização dos cuidados de saúde com carácter preventivo, recorrendo muito em situação de urgência (mais uma vez emerge o "imediatismo" que surge como característica desta população).

GF_T3: *"(…) muito mal [sim, sim] nas nossas populações a questão da saúde é muito pouco valorizada [negligenciada, não é] …muito pouco valorizada e recorre-se muito à urgência hospitalar, em situação pontual, de uma má disposição, de uma gripe, de qualquer coisa, as consultas de rotina … é muito difícil, muito difícil as pessoas criarem este hábito"*.

GF_T1: "*agora em relação a esta área e em relação à saúde e do acompanhamento na área da saúde eu penso que na maioria das situações nas nossas famílias isso não é muito valorizado, é assim, as pessoas vão ao médico e vão ao médico numa situação de emergência, efectivamente. [não há prevenção] … exactamente, recorrem a uma urgência e, nomeadamente, em relação às crianças, muitas vezes estas mães quando têm os bebés vão e tomam cuidado, depois deixam de o fazer."*

Não posso deixar de mencionar a chamada de atenção dos participantes para o facto de se notar uma falta de "cultura de prevenção" não apenas nas populações pobres, mas "em todos nós". Ou seja, os técnicos deixam antever que esta pode ser uma característica extensível à sociedade em geral e não apenas em contextos socialmente desfavorecidos.

GF_T4: *"(…) nós não temos uma cultura, pensamos em cada um de nós … de pensar na saúde … temos uma cultura de tratar da doença quando estamos aflitinhos, portanto, não são só os nossos utentes, somos nós todos [vozes de concordância, com uma certa agitação] também dizer que isto tem a ver com o nosso nível cultural geral a nível do país."*

A utilização dos cuidados de saúde sobretudo "em urgências" acaba por se repetir no que diz respeito aos cuidados de saúde materna. Mas aqui é de registar o facto de não haver um consenso nos participantes dos diferentes grupos focais. Em primeiro lugar apresenta-se a posição segundo a qual existe uma evolução positiva, verificando-se melhorias na vigilância da gravidez.

GF_T3: *"(…) nas situações de gravidez e sobretudo nestas jovens … pronto, em que se detecta uma gravidez e, enfim, há uma primeira marcação, há uma segunda e na generalidade conseguem fazer um acompanhamento, não digo regular, de acordo com aquilo que deveria ser, mas mais ou menos esse acompanhamento é feito"*.

GF_T4: *"agora a grande maioria, até há bocadinho alguém falou que já evoluímos no sentido das mulheres que estão grávidas fazerem o acompanhamento durante a gravidez, mais do que as consultas após o nascimento [elas não vão antes nem depois, mas durante vão] exactamente, mas durante a gravidez eu acho que aí elas vão"*.

De seguida encontram-se exemplos que corroboram a posição segundo a qual se continua a verificar não vigilância e vigilâncias tardias da gravidez entre as mulheres pobres.

GF_T3: *"(…) há muita gravidez não vigiada ainda, por incrível que pareça, ou então só procuram o centro de saúde ou no final ou partir [do quinto] do quinto ou sexto mês de gestação … não há … aquilo que eu acho é que, ok, não vamos fazer de propósito, engravidei, corri o risco, engravidei e agora que estou grávida, pronto olha, deixa ver e ainda há muito essa situação, que não recorrem ao médico e que muitas vezes, se calhar um bocadinho erradamente, quando nos procuram vêm-nos pedir sempre algum a coisa e, normalmente, para as levar a vigiar aquela gravidez nós tentamos sempre utilizar a solicitação que nos fazem em prol dela ir vigiar gravidez [mas tem uma negociação, não é] … mas da minha experiência mesmo em termos de acolhimento, eu tinha muita jovem e se calhar também sem ser jovem, já em segundas gravidezes que, se calhar uma pequena percentagem, que não recorriam em termos de vigilância"*.

GF_T1: *"(…) ainda acontece muito encontrarmos utentes que estão 5 meses de gravidez e ainda não foram ao médico [não foram sequer ao médico]"*.

GF_T2: *"(…) mesmo em termos da gravidez já há uma mudança [mas ainda há muita gravidez não vigiada!] … mas há uma percentagem já que faz [mas há muita gravidez mal vigiada, vão à primeira e depois se calhar vão à última, mas pelo meio…]"*.

Neste ponto é mencionado o efeito do abono pré-natal e da obrigatoriedade de haver um documento comprovativo da gravidez, que implica uma ida ao Centro de Saúde e, logo, uma primeira vigilância da gravidez.

GF_T3: *"(..) até porque é agora o centro de saúde faz aquele documento para apresentar na segurança social [exactamente] para solicitar o pré natal, portanto, agora tem que ir, e é bom"*.

Por último, destaco uma situação que na análise merece realce e que diz respeito aos cuidados de saúde com as crianças, sendo apontado mesmo como um dos principais "factores de negligência" infantil.

GF_T2: *"(…) e nas crianças é um dos principais factores de negligência, pelo menos aquele que é mais preponderante, é mesmo a negligência ao nível dos cuidados de saúde, mesmo nas crianças e antes já na gravidez, temos imensas situações em que não houve vigilância médica e até de pessoas que, enfim, têm acesso e uma formação diferente [e mesmo com mães com problemáticas infecto contagiosas] … sim, sim".*

2. Motivações para a utilização dos cuidados de saúde

Neste ponto são abordados os aspectos relacionados com aquilo que os técnicos de serviço social consideram motivar as mulheres pobres (suas utentes) a utilizar os cuidados de saúde. Mais uma vez, emergem as características relacionadas com o "imediatismo", tais como, a utilização dos cuidados de saúde, tendencialmente em situação de urgência e não de forma preventiva; fracos índices de competências relacionadas com a saúde (por exemplo, não saber "tirar a febre"); não valorização dos "sinais de saúde dos filhos"; a saúde não é vista como "uma necessidade".

GF_T2: *"(…) agora a população que nós temos [exactamente] que às vezes nem sabe tirar uma febre [pois não] nem sabe quando tem temperatura, quer dizer é muito complicado [é entupir a criança de Brufen, normalmente quando uma criança está doente dão Brufen] [e supositórios também]".*

GF_T2*: "(…) eu concordo contigo, porque acho que há a preocupação, mas a ideia de que uma gravidez bem vigiada resulta numa criança mais saudável isso não [não, não] … porque elas não identificam essa necessidade".*

O entendimento, por parte da maior parte dos técnicos, é de que, por um lado, a utilização dos cuidados de saúde, em geral, acontece num contexto de desvalorização dos assuntos de saúde, ou seja, existe, em regra, uma reacção a um determinado problema e não uma acção preventiva e, por outro, em termos de cuidados de saúde materna, quer as motivações, quer as formas de utilização dos cuidados de saúde, estarão relacionadas com o modo como as gravidezes acontecem nas vidas das mulheres, isto é, o facto de se tratar de uma gravidez desejada e/ou planeada afectará o tipo de cuidados procurados e recebidos no período pré-concepcional, pré-natal e revisão do parto.

GF_T1: *"(…) há mentalidades ainda na população em geral e comportamentos em que a valorização dos sistema de saúde no sentido de acompanhamento médico, cumprimento das medidas preventivas, não acontece".*

Aqui são referidas, mais uma vez, as especificidades associadas com a etnia cigana, verificando-se um "grande investimento", desde muito cedo, na gravidez sendo, posteriormente, muito negligenciados os cuidados de saúde com os filhos.

GF_T3: *"nas mulheres de etnia cigana até achava que … porque é uma gravidez muito desejada e ao contrário das outras populações, elas como investem muito e como é uma das prioridades, passando tudo para segundo plano, é logo engravidarem assim que casam, há aqui um grande investimento durante a gravidez, depois da gravidez acho que há alguma negligência, mas relacionada com a própria cultura, não sei se as colegas têm esta percepção*

Participante 5 *– é muito complicado, exige da nossa parte um esforço muito constante no sentido de estas mulheres levarem os filhos ao médico, regularmente, e terem um plano de vacinação sempre em ordem e, portanto, isso passa também por uma articulação com os respectivos serviços de saúde, nomeadamente, os centros de saúde, que nos vão dando o feedback das situações anómalas para depois nós podermos, enfim, superar essa lacuna e poder fazer esse acompanhamento"*.

Rendimento Social de Inserção

Na tabela seguinte encontram-se as áreas discutidas no âmbito do tema "rendimento social de inserção", bem como as respectivas categorias de análise que daí resultaram. Esta mesma estrutura é depois seguida no restante texto, facilitando a apresentação dos resultados.

Tabela 4. 13. Lista das áreas de discussão e categorias de análise, resultantes do tema rendimento social de inserção – Técnicos de serviço social

Os Programas de Inserção[88] do RSI	
1. As expectativas dos técnicos	3. Razões para o cumprimento (ou não) dos programas de inserção
2. Cumprimentos (ou não) dos programas de inserção	4. A saúde nos programas de inserção*

* Dimensão não incluída inicialmente nos guiões de grupos focais

[88] "O Programa de Inserção do RSI corresponde a um conjunto articulado e coerente de acções faseadas no tempo, estabelecido de acordo com as características e condições do agregado familiar beneficiário, que tem como objectivo promover a criação de condições necessárias à gradual autonomia das famílias, através do exercício de uma actividade profissional ou de outras formas de inserção social", Ministério do Trabalho e Solidariedade Social (online: www.mtss.gov.pt, acedido em Agosto de 2009).

1. As expectativas dos técnicos quanto aos Programas de Inserção

Neste ponto foram explorados com os técnicos de serviço social os aspectos relacionados com as expectativas que os próprios têm aquando da assinatura, com os beneficiários, dos respectivos programas de inserção de RSI.

Segundo a análise dos dados recolhidos através dos grupos focais é possível concluir que, geralmente, são baixos os níveis de expectativa dos participantes relativamente ao que será alcançado através dos programas de inserção.

GF_T2: *"(…) eu vou ser sincera, às vezes as minhas expectativas são nulas, completamente"*.

GF_T1: *"(…) a minha expectativa é que aquela situação tenha tanto quanto possível a cumprir com medidas para alterar determinado problema que está subjacente ao agregado, que muitas vezes … a superação dos problemas é aquilo que nós esperamos, não é o tempo do acordo, que é de 1 ano … pensar que se resolvem os problemas num ano … porventura vamos ter que estar constantemente a rever o acordo em áreas em que a dificuldade é persistente"*.

Esta percepção é alicerçada nas experiências profissionais de múltiplos anos, que vão mostrando as dificuldades dos beneficiários alcançarem o que lhes é proposto nos respectivos programas de inserção. De seguida apresent o que considero ser um excerto ilustrativo após o tema ser lançado para discussão num dos grupos focais:

GF_T4*: "M – e normalmente quais são as vossas expectativas quando assinam um programa de inserção com estas famílias?* (risos)

***Participante** – é que elas possam cumprir as acções*

***Participante 1** – depende da situação em que se encontram [que criem independência]*

***Participante** – eu também tenho alguma expectativa por parte das pessoas que sigo, que criem condições para se autonomizarem*

***Participante 9** – muito bem!*

***Participante** – então não é? À partida eu quando tenho esse trabalho e faço o programa é para cumprir*

***Participante 10** – com certeza!*

***Participante 1** – nem que não seja … às vezes também sei que se calhar ele não vai cumprir e aí a acção é colocada e negociada*

***Participante** – mas à partida também espero que as coisas sejam cumpridas, mas também tenho a noção de que a maior parte não vai cumprir [oh, eu não tenho essa posição] [a grande parte não vai cumprir]* (várias pessoas a falar e gera-se novamente uma grande polémica em torno deste tema)

Participante 9 *– mas isso também tem a ver com o facto das nossas expectativas também são [demasiado altas] às vezes … superiores … muito elevadas relativamente às capacidades que estão instaladas [claro, exactamente] e acho que aí a culpa é nossa*

M – mas quando falam em capacidades referem-se a quem ou o quê?

Participante *– de resposta*

Participante *– às capacidades de resposta por parte dos utentes e das famílias*

Participante 9 *– porque a maior parte das situações requer uma vontade e uma capacidade dos próprios levarem avante aqueles planos e às vezes … acho que temos de nós técnicos ter mais cuidado … ter mais cuidado no tipo de acções que definimos, porque as acções devem ser aquelas que são possíveis e naquela fase [naquele momento]"*.

As expectativas dos técnicos diminuem devido ao facto de, tendencialmente, trabalharem com programas, por um lado,"*demasiado ambiciosos*" e, por outro, com a necessidade de "*trabalhar competências muito básicas",* denunciando as dificuldades resultantes, nomeadamente dos fracos níveis educacionais da generalidade desta população.

GF_T4: *"(…) eu acho que na maior parte das situações em que nós fazemos planos com as famílias nós temos lá o ideal e não temos o … devíamos pensar os planos como um processo em desenvolvimento e não é preciso que no primeiro plano esteja lá já o ideal [às vezes nem o emprego cumprem, se fosse ao menos isso]"*.

GF_T3: *"(…) pois, não podem ser nem planos nem acções muito ambiciosas, têm que ser acções [reais] [exequíveis] … sim, que eles consigam, que eles próprios reconheçam como uma necessidade (…)"*.

Pude ainda constatar que existe, por parte dos técnicos, consciência das dificuldades associadas aos programas de inserção, nomeadamente, devido ao facto de serem assinadas "*demasiadas medidas*", cujo cumprimento é previsivelmente difícil de alcançar no prazo do programa, que é de um ano.

GF_T1: *"(…) se esse contrato de um ano tem uma situação faraónica, sei à partida vai haver incumprimento, se sei que há problemas, eu acho que devia informar aquela pessoa de forma mais … para haver um maior sucesso no programa eu devia diminuir o número de áreas a ser assinado … aliás as minhas coordenadoras são testemunhas disso … eu formalizo por escrito no acordo aquilo que é muito básico, porque é mesmo básico, não tem aquelas ideias muito grandiosas, nada disso …"*.

Os participantes reconhecem, por um lado, as "virtualidades" da medida de apoio social RSI e, por outro, o que consideram ser a "desvirtualização" da medida. De seguida é apresentada uma tabela onde procuro sintetizar as posições veiculadas nos grupos de discussão, dividindo entre aspectos positivos e aspectos negativos atribuídos pelos técnicos ao Rendimento Social de Inserção.

Rendimento Social de Inserção	
Aspectos positivos	Aspectos negativos
- Permitiu a interiorização da necessidade de escola e vacinação por parte de beneficiários GF_T4: *"elas já interiorizaram, agora vou dizer bem do RSI, interiorizaram com o RSI que os meninos têm que ir à escola e que têm e que estar vacinados, [*muita agitação a propósito do tema] *e isto é uma virtualidade da medida"*. - Meio utilizado para aquisição de competências por vezes "*básicas*" - O país "*precisa de uma resposta social*" (e a medida embora "*desvirtuada"* fornece essa resposta)	- Dificuldade em que as parcerias funcionem; GF_T2: *"porque é assim o RSI pressupõe na área da inserção a participação do centro de emprego, como parceiro obrigatório, centro de saúde, a educação, a autarquia, que neste momento é a pessoa que mais me apoia e depois nós queremos respostas para aquelas pessoas e não existem"*. - Tempo de permanência exagerado na medida; GF_T3: *"eu também não posso esconder o meu desalento quando tenho uma família, que imagine, está dentro da medida desde a altura em que era RMG e em que a primeira assinatura de acordo era na área da educação, na alfabetização e ao fim de 5 anos continua na mesma área de alfabetização [ponto, correcto] [e mantêm-se na medida e há-de lá estar mais 5 anos!, não há nada na lei que faça de lá tirá-lo] … mas o que é que é facto é que é uma família que continua com critério para receber e não existe indicação para não receber, nem existe sanção, nem … e quer dizer, continua neste ciclo [porque a questão é assim: vamos responsabilizar quem?]"*. - RSI visto como "*prestação social de direito*" pelos beneficiários, sem "*deveres*" associados; GF_T2: *"(…) mais uma vez uma questão de mentalidade porque é a questão de nós temos um direito que é o RSI, todos os meus vizinhos têm eu também tenho que ter, mas depois não tenho o dever que está implícito no RSI (…)*". - Detectados problemas em termos de "*aplicação da medida"* e a população sabe que *"há falhas no sistema";* - Poucos técnicos para acompanharem "*devidamente os beneficiários"* GF_T4: *"(…) há assistentes sociais com 400 processos e dos quais 100 e tal de RSI, chega aos 190*".

Gostaria ainda de referir que estes "mais" e "menos" da medida se encontram, de alguma forma, relacionados com o tipo de expectativas que os próprios técnicos depositam nos programas de inserção, que contratualizam com os agregados beneficiários da medida.

2. Cumprimentos (ou não) dos programas de inserção

Os participantes fizeram questão de explicar o processo que conduz à assinatura dos programas de inserção, como forma de assegurar que as medidas aí constantes resultam de um "*trabalho prévio*" com os agregados, procurando ser uma resposta às necessidades diagnosticadas pelos técnicos.

GF_T3: *"nós não assinamos programas sem ser devidamente negociados com as famílias [são pré discutidos] … isso, não vem aqui ao núcleo e dizemos a sua acção é a saúde, cumpriu o seu plano de vacinação? … não, previamente nós sabemos que aquela pessoa precisa disto"*.

GF_T4: ***"(…)*** *nós fazemos um estudo da família e há famílias que sabemos à partida que naquela área ele até cumpre [exactamente] e aí não vale a pena estar a intervir;*

(…) *nós quando elaboramos um programa de inserção temos que perceber que há já um trabalho e um conhecimento de base da situação daquela família … quer dizer, não pomos essa acção "chapa cinco", há um conhecimento prévio da situação que nos permite avaliar que aquela acção vai ser uma mais valia para [o seu crescimento] exactamente [e que é imprescindível] [que vai ter uma alteração na situação da família]"*.

GF_T2: *"mas a gente começa sempre por situar as pessoas e explicar minimamente, não quer dizer que o técnico não o tenha feito, o que eles cá vêm fazer, que o RSI é uma medida de apoio social que se traduz numa prestação social, temporária, que não é para a vida, que não é uma reforma e que eles têm que, conjuntamente com o técnico, fazer com que a situação se altere por forma a que eles um dia fiquem autónomos e até ficam mais gratificados porque sentem que conseguem fazer face à vida, com os seus próprios recursos. Portanto, isto mais ou menos é logo a primeira coisa e todos "há, sim, com certeza"*.

Um dos aspectos que emerge da análise relaciona-se com o facto de a "obrigação" da assinatura do programa de inserção se configurar como meio para as pessoas aceitarem as acções, independentemente de haver um real propósito de cumprir o que fica estipulado no mesmo.

GF_T4: *"(…) não há dúvida que nós também sabemos quando estamos a negociar um acordo, nós assistentes sociais e depois nós enquanto equipa que acompanha no núcleo (de inserção), que a pessoa quando está a negociar um acordo a maior parte das vezes acorda inconscientemente as acções, é porque tem que acordar, [exactamente] diz-nos que sim por dizer [porque é obrigatório] é obrigatório estabelecer um acordo e a pessoa tem que …aha … aceitar acções, por mais que seja um acordo participado"*.

3. Razões para o cumprimento (ou não) do programa de inserção

Em relação à percepção que os técnicos têm sobre as razões para que os beneficiários cumpram (ou não) os respectivos programas de inserção através da análise surgiram os seguintes aspectos:

a) Falta de motivação dos beneficiários para cumprirem os programas, sendo mencionado que muitas vezes os técnicos verificam um "*desinteresse na inserção*";

GF_T2: *"(…) tem a ver com a motivação, a história de vida de alguns, que eu acho que são pessoas com problemáticas muito pesadas, normalmente associadas, mas às vezes tem a ver com isso…"*.

b) Dificuldades de compreensão das acções que estão contempladas nos programas de inserção;

GF_T4: *"porque nós muitas vezes explicamos ali às pessoas, quando vamos assinar o acordo (de inserção, do RSI), o assistente social faz uma reunião com a família, explica, negoceia as acções todas, depois vamos para o acordo e são ali mais não sei quantas aulas que explicam acção por acção, volta-se a explicar as acções todas e pergunta-se às pessoas se têm alguma dúvida e as pessoas não têm dúvida e depois as pessoas não percebem nada do que é que ficou acordado"*.

c) Nem sempre as regras de funcionamento da medida são compreendidas pelos beneficiários;

GF_T3: *"… e às vezes as pessoas têm dificuldade em perceber que nós estamos a executar uma medida e que está enquadrada em termos de lei, portanto, estas questões não são … não vamos cancelar [não é favor, nem desfavor] … só porque apetece cancelar [exactamente] e isso às vezes é difícil de gerir com eles"*.

d) Falta de respostas, nomeadamente em termos de emprego (as parcerias, regra geral, funcionam mal);

GF_T2: *"… há uma coisa que eles têm sempre de justificação, ou lhes dá segurança, e que é o facto de saberem que afinal até assinam um acordo e nunca há resposta, que efectivamente não há, ou porque não há consulta tão cedo ou porque não há emprego ou porque não há vaga na creche (muita agitação, muita gente a falar ao mesmo tempo) [muitas vezes é um pró forma para eles] [eles até brincam connosco]; [por um lado verificamos isto, em termos de rendimento mínimo] "*.

GF_T3: *"… porque o RSI e o RMG não é só a SCML e não é só a segurança social, tem parceiros, e tudo isto funcionou e cada vez mais nós estamos assim sozinhos, (…) lá vamos conseguindo trazer de vez em quando já alguns elementos, mas aqueles importantes não vêm, acabou-se [a integração profissional não está cá]"*.

GF_T3: *"… e a população também não é tonta, percebe, porque a população também já viveu isto [é, eles percebem] [percebe que vai havendo aqui flexibilidade] [pressente que há falhas no sistema] [o centro de emprego não chama como indivíduos diferentes agrupados numa categoria*

de desempregados, muito bem tem aqui outras prioridades, no sentido de dizer que deve mais vezes ser convocado, eles sabem que nunca chamaram e disseram que me iam chamar] [percebem isso muito claramente] … isto para transpor que também tem a ver muito com a sociedade porque deixamos de haver aqui quase que esta relação … nós tínhamos respeito, havia um valor de sociedade [responsabilidades partilhadas] … e não e depois isso sente-se em todo o lado, população, cidadão".

e) Tipo de respostas que se conseguem: ofertas para os beneficiários são "limitadas", por exemplo, a formação é muitas vezes a única alternativa (não sendo possível a maior parte das vezes colocação em termos de emprego) e, não raras vezes, em áreas nas quais os beneficiários não têm nenhuma experiência e/ou interesse.

GF_T3: *"Faço o meu papel, não é, mas cá por dentro muitas vezes tenho as pessoas à frente e ponho-me a pensar "meu Deus, onde é que eu as encaixo?"*.

GF_T2: "*depois também temos aqui outro problema, que é estes cursos que o centro de emprego e através das autarquias abre, quer dizer, eu já tenho pessoas a repetir outra vez outro curso, acabaram o curso de jardinagem e começam o de cerâmica [acabam esse e vão para o não sei de quê] … isto não é inserir ninguém e realmente muitas pessoas [é mau, é mau] … ficam revoltadas e de facto aquilo é uma coisa que não é nada [mas só o facto de os levantar da cama e aprenderem alguma coisa]"*.

GF_T2: *"(…) mas não se compreende que uma pessoa que às vezes não tem nada a ver e a única resposta que tem é um curso de jardinagem, quando se sabe que aquilo não vai dar nada, eu também percebo … quer nós a negociação é uma negociação falsa [pois é] porque nós os obrigamos a frequentar aquilo [às vezes é] e ele sabe que aquilo não vai dar nada, e eu acho isto um ultraje ao mesmo tempo [sim, sim] … e vão fazer uma coisa que não tem nada a ver com eles"*.

4. A saúde nos programas de inserção

Um dos temas que emergiu em todos os grupos focais está relacionado com o papel que os aspectos relativos à saúde têm em termos dos programas de inserção. A discussão efectuou-se através de aspectos como: a área da saúde normalmente é contemplada nos programas de inserção ou não? Os técnicos costumam fazer algum tipo de acompanhamento nos temas relacionados com a saúde?

Em todos os grupos focais se verificou uma situação idêntica, isto é, aconteceu uma clara divisão entre: a) aqueles que consideram que a saúde é uma preocupação "sempre presente" aquando da elaboração dos programas de inserção e na assinatura dos respectivos acordos de inserção; b) os

que pensam que o acompanhamento em termos de saúde não é, nem pode ou deve ser, uma responsabilidade dos técnicos sociais.

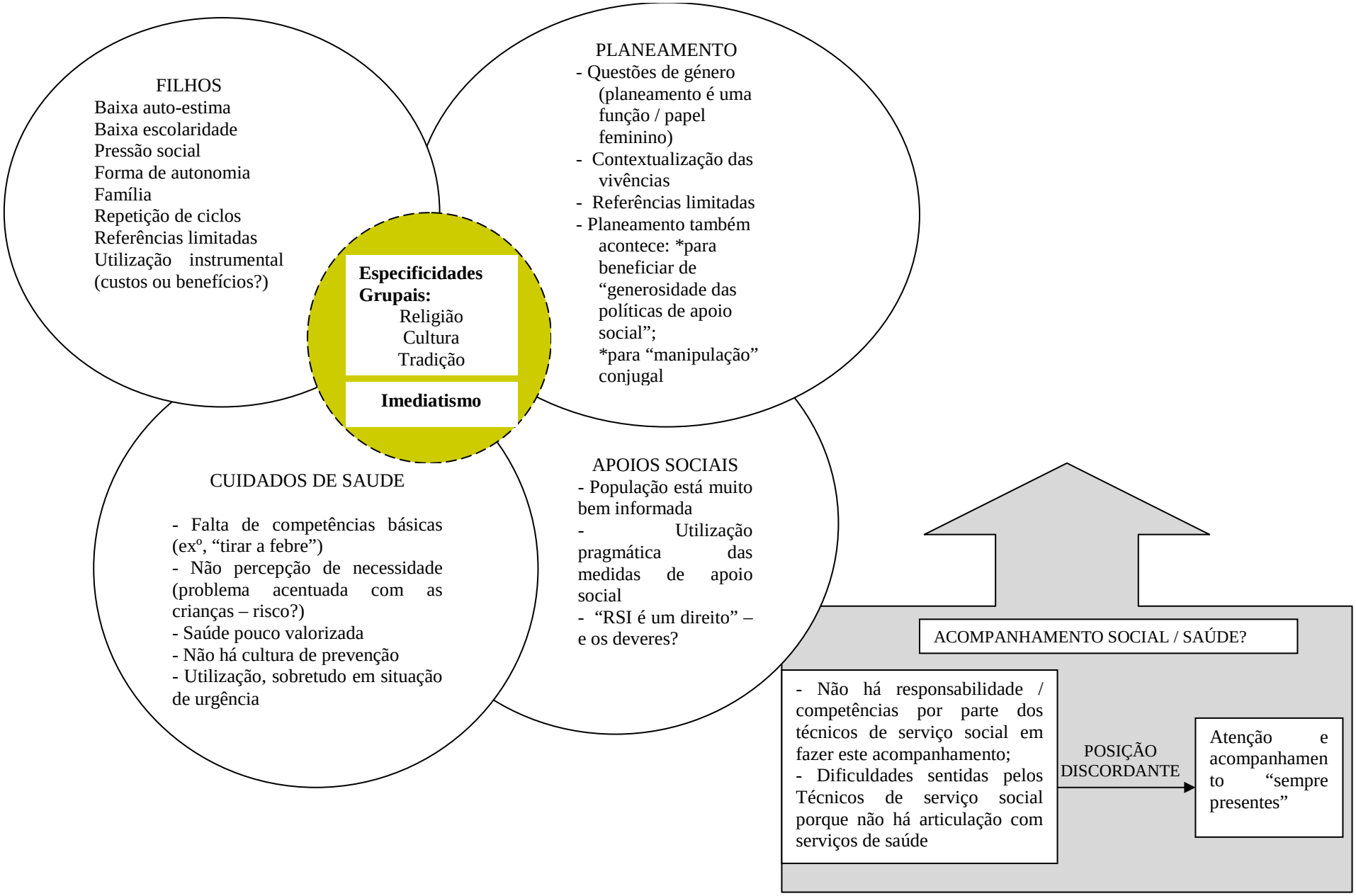
De uma forma geral todos concordam que a área da saúde está contemplada nos programas de inserção quando se adequa e tal é necessário para melhorar a condição social e favorecer a inserção do agregado, segundo o diagnóstico social previamente elaborado acerca de cada beneficiário do RSI.

Na figura que a seguir se apresenta resume-se toda a análise anteriormente efectuada, sendo possível verificar, precisamente, o posicionamento dicotómico dos participantes relativamente à forma como os aspectos de saúde são abordados em termos do acompanhamento social.

A figura tem, pois, quatro eixos: os filhos, o planeamento, os cuidados de saúde e os apoios sociais.

No centro, transversalmente a todos os eixos e significando uma influência directa ou indirecta em cada um desses mesmos eixos, encontram-se dois aspectos: por um lado, a referência às especificidades grupais, cujas práticas assentam na tradição, na cultura e na religião e, por outro, a característica repetidamente assinalada do “imediatismo” destas populações, que tem influência na forma como os filhos acontecem nas suas vidas, como a Maternidade é vivenciada pelas mulheres oriundas de grupos sociais desfavorecidos, como efectivam ou não as práticas de planeamento familiar, como utilizam os cuidados de saúde reprodutiva, e em geral, e como se relacionam com as políticas de apoio social existentes.

Figura 4. 7. Percepção dos técnicos de serviço social sobre a "saúde" nos programas de inserção



Domínios prioritários de intervenção: medidas para melhorar as condições sociais e de saúde das populações

Em todos os grupos focais foi apresentado aos participantes o "cenário" segundo o qual tinham o papel de consultores dos Ministérios da Saúde e da Solidariedade e teriam que propôr algumas medidas no sentido de melhorar as condições sociais e de saúde, nomeadamente das populações mais vulneráveis social e economicamente.

De seguida encontram-se as medidas avançadas pelos técnicos de serviço social, sendo que elas incidiram em quatro grandes áreas: sistema de saúde, sistema social; educação e um que designei de "articulação Saúde/Social/Educação". A exemplo do que havia acontecido com os profissionais de saúde, também aqui foi realçada a necessidade de juntar Saúde, Social e Educação no sentido de alcançar efectivas mudanças e melhorias na condição social das populações, bem como na prestação de cuidados de saúde e utilização eficaz dos recursos.

Tabela 4. 14. Perspectivas dos técnicos de serviço social sobre os domínios prioritários de intervenção

Medidas propostas para melhorar as condições sociais e de saúde (acção conjunta Social / Saúde)
Sistema de saúde
1. Melhorias no acesso aos cuidados de saúde;
GF-T2: *"(…) ter mais acesso aos serviços de saúde, por exemplo, situações com patologias psiquiátricas (…)".*
GF-T3: *(…) e ser fácil o acesso a marcação de consultas, uma pessoa precisa hoje, não é amanhã ou daqui a 15 dias, que é o que acontece no nosso sistema".*
2. Formação dos profissionais de saúde (relacionamento);
GF-T4: *"(…) formação dos técnicos em termos de relacionamento com a população e aqui alguma especialização".*
3. Criação de serviços de saúde de proximidade;
GF-T3: *"(…) a saúde sair das casas, sair do espaço físico e ir mais para a rua e estar mais em contacto directo com a população (…)".*
GF-T1: *"(…) se existissem nos centros de saúde mais cuidados deste tipo direccionados para uma população específica, se calhar surtia outro efeito …".*
GF-T4: *"(…) mas nos Centros de Saúde, apesar de haver uma parte de saúde comunitária, mas sempre que nós reunimos com os técnicos responsáveis por esta vertente comunitária nós ouvimos que não temos tempo… existe mas não está a funcionar como devia".*
Sistema social

4. Revisão de medidas de apoio social;

    - Realocação de fundos para criação de equipamentos sociais (beneficiando todos os cidadãos);

GF-T2 *"(…) grande parte do investimento que é agora canalizado para o pagamento de prestações sociais na forma pecuniária fosse revertida na criação de equipamento sociais, que são necessários, sendo que na infância as creches são determinantes, e há falta de creches, tanto para população de realojamento, mas também para todos nós (…)".*

    - Criação de um sistema de Vales Sociais (ao invés de apoio pecuniário, apoios em "géneros");

GF-T2: *"(…) a nível do RSI, quando terminou a primeira lei RMG, a certa altura eles previam a cedência de vales sociais, que depois nunca foi aplicado … eles nunca materializaram isto, fizeram a revisão à lei e esqueceram-se … mas para algumas famílias se calhar o vale social podia ser o pagamento da creche, do centro de dia e ia canalizado ali para aquela finalidade, mas eles nunca operacionalizaram".*

    - Limitação do tempo em que o beneficiário de RSI está inserido na medida de apoio social;

GF-T2: *(…) devia ser limitado num período de tempo, porque quem está há 10 anos no RSI algum problema tem e se calhar não é aquela a prestação que devia estar a receber e é outra … limitar o tempo em que uma pessoa é inserida na medida (…)".*

    - Prestação social complementar para os "penalizados pelo sistema", isto é, o grupo das pessoas "pobres", que não são elegíveis para receber apoio, por exemplo do RSI, mas que estão muito próximas dessa linha.

GF-T2: *"(…) temos também nos bairros aquelas pessoas que se esforçam por trabalhar das 6 às 9 da manhã e que ganham muito pouco e por 10 ou 15 euros acabam por ficar fora da medida … era criar prestações … qual é o problema, as pessoas que estão num regime contributivo, que estão a fazer descontos para a segurança social, que estão a contribuir para o Estado e estão a contribuir para todos nós e que estão muito perto desse limiar de pobreza, essas é que deviam ter um apoio [é] [às vezes é por muito pouco que não conseguem o RSI] [e que ficam fora de tudo, de todos os apoios] [e que às vezes nas creches têm que pagar e são 75 euros e se não pagam, saem]".*

GF-T2: *"(…) muitas destas pessoas não querem dinheiro, querem outro tipo de apoios, mesmo os abonos de família, que passaram a direito universal quer desconte quer não desconte, tem o mesmo valor, eu acho isso um ultraje".*

Educação

5. Educação cívica;

GF-T2: *(…) criada uma disciplina a nível da escolaridade obrigatória, que tivesse a ver com cidadania e que fosse ensinado aos meninos desde pequeninos que todos temos direitos e obrigações e temos que respeitar o outro, etc. Portanto, no fundo, a gente saber-se respeitar e viver em sociedade porque isto é tão importante como a gente respirar (…)".*

GF-T4: *"(…) a minha medida na educação para a cidadania … a minha medida é a prevenção, é mesmo de educação, mas é de ensinar … é universal".*

6. Promoção de uma cultura de prevenção;

GF-T1: *"(…) a grande aposta tem que ser na prevenção … quanto mais novos, muito precoce, o mais precoce possível para haver a tal alteração de comportamentos".*

Articulação: SAÚDE / SOCIAL – EDUCAÇÃO / EMPREGO

GF-T2: *"(…) uma medida centrada na Autarquia onde houvesse uma intervenção global entre saúde, acção social e emprego".*

GF-T4: *"(…) e não é só saúde e acção social … é a saúde, a educação, o emprego … serviços de proximidade integrados em centros comunitários para o desenvolvimento, sempre aqui a proximidade".*

7. Promoção de trabalho conjunto saúde / social (especial atenção para os problemas de origem social que precisam também de resposta em termos de saúde);

- Integrar respostas sociais e de saúde (Serviços sociais e de saúde de proximidade);

GF-T3: *"(…) estes dois ministérios deveriam funcionar quase como um todo, considero que a acção social e saúde, não sei como se poderia conceber uma estrutura, mas acho que não faz sentido serem ministérios absolutamente opostos e às vezes de costas voltadas (…) nós estamos de costas voltadas".*

- Revisão do trabalho em parceria: articulação dos trabalhos desenvolvidos *("por exemplo, a questão da rede social[89] em Lisboa não está a funcionar"):*

GF-T1: *(…) estreita articulação com os serviços sociais locais, tendo em conta uma maior probabilidade de sucesso, deviam estar vocacionados para a área da prevenção primária … portanto, agregados carenciados que tivessem estas problemáticas declaradamente, então deviam ser alvo de uma atenção e de um acompanhamento mais especifico, com referências às unidades de saúde locais, Santa Casa, ou não, ou basicamente a SCML, logo se havia de ver qual era a metodologia, se a SCML ou a ARS, mas a prevenção primária".*

GF-T2: *"[e de articulação com quem conhece] …".*

GF-T2: *"a proximidade e as acções integradas [pois, porque a funcionar cada um para seu lado não funciona]".*

GF-T1:*"… não precisamos de estar a trabalhar de costas voltadas, se olharmos todos para o mesmo … eu acredito que estamos a trabalhar, agora não é este feedback regular da forma que nós gostaríamos,*

[89] "*A Rede Social é um fórum de articulação e congregação de esforços baseado na adesão por parte das autarquias e de entidades públicas ou privadas com vista à erradicação ou atenuação da pobreza e da exclusão e à promoção do desenvolvimento social. Pretende-se fomentar a formação de uma consciência colectiva dos problemas sociais e contribuir para a activação dos meios e agentes de resposta e para a optimização possível dos meios de acção nos locais. O que se propõe é que em cada comunidade se criem novas formas de conjugação de esforços, se avance na definição de prioridades e que em suma se planeie de forma integrada e integradora o esforço colectivo através da constituição de um novo tipo de parceria entre entidades públicas e privadas com intervenção nos mesmos territórios. Esta parceria baseia-se na igualdade entre os parceiros, na consensualização dos objectivos e na concertação das acções desenvolvidas pelos diferentes agentes locais.*
A Rede Social surge no contexto de afirmação de uma nova geração de políticas sociais activas, baseadas na responsabilização e mobilização do conjunto da sociedade e de cada indivíduo para o esforço de erradicação da pobreza e da exclusão social em Portugal. Foi criada através da Resolução do Conselho de Ministros nº 197/97 de 18 de Novembro de 1997 e Declaração de Rectificação nº 10-O/98. Posteriormente foi publicado o Despacho Normativo nº 8/2002 de 12 de Fevereiro e o Dec-Lei nº 115/2006 de 14 de Junho.
A Rede Social materializa-se a nível local através da criação das Comissões Sociais de Freguesia e/ou Inter-Freguesia (CSF/ CSIF) e dos Conselhos Locais de Acção Social (CLAS), constituindo plataformas de planeamento e coordenação da intervenção social, respectivamente, a nível de freguesia e concelhio." (www.mtss.gov.pt, acedido em 060809).

este trabalho concertado".

GF-T1: *" (…) uma forma da articulação e as parcerias serem de forma mais … ou seja, aquilo que falávamos, há centros que funcionam de maneira diferente, se houvesse uma uniformidade nas actuações"*.

- Intervenção multidisciplinar em multi-problemáticas.

GF-T1: *(…) acho uma questão fundamental, porque é preciso o envolvimento dos centros de saúde porque essas multi-problemáticas implicam uma intervenção também múltipla"*.

4.4. Discussão

Os resultados do estudo qualitativo indicam a existência de representações nem sempre coincidentes entre mulheres e profissionais (saúde e social), no que diz respeito à fecundidade, mas também às necessidades e formas de utilização dos cuidados de saúde reprodutiva (saúde materna e planeamento familiar) e ainda ao RSI e às políticas de apoio social, reforçando a pertinência de estudos com diferentes abordagens de um mesmo objecto, estando sempre subjacente a ideia de que quanto mais profundamente conhecemos mais efectiva e eficazmente poderemos agir.

Fecundidade

A análise das representações de fecundidade permite revelar que para as mulheres, independentemente do grupo socioeconómico a que pertencem, o melhor e o pior dos filhos, envolve três níveis: os sentimentos, o desempenho das funções parentais e as privações.

Os sentimentos. Sendo claramente dicotomizado entre a forma idealizada como as mulheres se posicionam (filhos permitem alcançar o "ser mãe" e a "felicidade"; garantem a "força para viver" ou permanecem "pequeninos", "quietinhos" e "saudáveis") e os medos e as preocupações inerentes ao "ser mãe" (medos de "ameaças externas" depois dos filhos nascerem, mas também das incertezas antes de nascerem e preocupações relacionadas com as doenças do feto).

O estar grávida é percepcionado de uma forma, simultaneamente positiva: a gravidez é representada como um "privilégio" e um motivo de "vaidade", não se revelando relação com a estratificação social; e negativa, os medos e/ou riscos relacionados com a situação de gravidez,

as incertezas quanto a saber se o bebé está ou não a desenvolver-se normalmente, que são também descritos noutros estudos (cfr Atkinson e Farias, 1995).

Um aspecto em que se detecta um posicionamento diferente numa mulher do grupo considerado não pobre, diz respeito ao efeito negativo dos filhos e das gravidezes e a sua relação com a própria representação do corpo, a sua referência às mudanças corporais sentidas depois dos filhos e das respectivas consequências físicas e psicológicas. Este dado vem no mesmo sentido dos estudos que demonstram que o interesse e a atenção que as pessoas dão ao corpo aumenta à medida que se sobe na hierarquia social (como explica Boltanski 1971 cit in Silva, 2005).

Desempenho de funções parentais. A totalidade das mulheres mencionou as obrigações reflectidas em tarefas domésticas diárias como "fazer comer" ou "dar banho", com algumas mulheres a realçarem a responsabilidade associada. Por exempo, a gestão de conflitos referida por algumas mulheres, relatando as dificuldades sentidas em lidar com os "gritos" e a conflitualidade entre os filhos, bem como os problemas relacionados com "dizer não", revelando dificuldades em lidar com uma das funções inerente à parentalidade.

Privações – preocupações e limitações. Inclui uma variedade de aspectos limitativos: continuar os estudos, conseguir descansar, ter diversões e passeios apenas apropriados para crianças, não comprar "roupas" para a própria e não poder trabalhar tantas horas e/ou em todos os horários. As formas como as mulheres descrevem alguns dos aspectos relacionados com a gravidez, por exemplo, consequências físicas e psicológias e a perda de emprego, redução dos horários de trabalho, preocupações e limitações diversas, estão de acordo com os chamados stressores da gravidez e da maternidade descritos por alguns estudos (Chapman *et al*, 1997 cit in Patrick e Bryan, 2005).

As percepções reveladas sobre a vida antes e depois dos filhos são distintas consoante os grupos socioeconómicos, percebendo-se, especificamente, uma diferença em termos da etnia cigana – os filhos assumem uma posição de centralidade nas vidas destas mulheres, mesmo antes de acontecerem, revelando a importância que eles assumem nas suas vidas, em linha com o que outros estudos já demonstraram (cfr. Silva, 2005). Mas mesmo as mulheres ciganas reconhecem as diferenças que os filhos implicaram nas suas vidas e o aumento das preocupações associadas.

Para as restantes existe o que designo por uma inversão da centralidade: por um lado, antes dos filhos, a mulher define objectivos, estabelece prioridades e consegue divertir-se; por outro, depois dos filhos, o eixo das prioridades inverte-se, com interferências em termos pessoais (e.g., ter menos tempo para diversão e não poder comprar objectos pessoais), mas também laborais

(ter menos disponibilidade para trabalhar em todos os horários e/ou não poder trabalhar tantas horas) e familiares (ter mudanças na dinâmica familiar, relacionadas com alterações nas rotinas relativas aos cuidados com as crianças).

Há estudos que mostram que as consequências negativas de uma gravidez precoce são entendidas pelas mulheres de uma forma menos problemáticas em contexto de pobreza (cfr. Kendall *et al*, 2005). Esta questão também emergiu neste estudo, sendo que o posicionamento é coincidente com o anteriormente referido, embora as mulheres reconhecçam as diferenças que resultam nas suas vidas depois do nascimento dos filhos, tal não é lamentado e é até visto como algo positivo.

A análise mostra um posicionamento muito semelhante entre os profissionais de saúde e os técnicos de serviço social na discussão do tema da fecundidade, e do papel que os filhos assumem para as mulheres provenientes de contextos de pobreza – ambos começaram por adoptar discursos prudentes de que "os filhos são iguais para elas e para nós", para acabarem por assumir as diferenças provenientes de "vivências", "culturas" e "valores" distintos. E também fizeram questão de realçar o facto de estarmos perante realidades heterogéneas, sendo necessário haver cautelas para não colocar rótulos ou estereótipos em nenhum grupo social.

As representações reveladas pelos profissionais sobre as mulheres oriundas de grupos pobres são muito condizentes com o que é descrito na literatura: o desejo para reivindicar a maioridade, desenvolver a estabilidade familiar e conjugal, e conseguir maior intimidade com o parceiro são motivações mais fortes do que os modelos idealizados de carreira e casamento (Kendall *et al*, 2005). Também em linha com outros estudos que mostram que os percursos de vida femininos convencionais idealizados nas classes com maior poder económico – sucesso educacional, realização de carreira e depois a formação da família – precisam ser reconsiderados em contexto de pobreza, onde a gravidez precoce acontece como consequência da procura das jovens mulheres em atingir objectivos normais de desenvolvimento emocional, como a procura pela identidade e o amor (Anderson, 1994 cit in Kendall *et al*, 2005). As oportunidades de carreira não existem na maior parte das vezes e os pais dos bebés não estão muitas vezes presentes, enfatizando a realidade das famílias monoparentais femininas, muito presente nestes contextos de pobreza (Zabin, 1999).

Todas as mulheres, independentemente do grupo socioeconómico a que pertencem, indicaram ter considerado o cálculo dos custos associados aos filhos, assumindo mesmo que poderiam ter mais se conseguissem comportar as respectivas despesas, consituindo-se o factor económico

como a principal barreira a um aumento dos agregados familiares. As mulheres negras (pobres e muito pobres) revelam uma postura de procura de equilíbrios entre a importância dos filhos para "completarem a vida" e a importância de "controlar o número de filhos", para que tenham possibilidades de os "criar", assumindo uma atitude consciente quanto às despesas associadas aos filhos. Assim, a análise revela que não existe unanimidade relacionada com a estratificação social no que se refere ao procedimento das mulheres para abdicar de despesas consigo em favor dos filhos.

Tanto os profissionais de saúde como os técnicos de serviço social consideraram que as mulheres pobres não pensam nas despesas com os descendendes e que existe um "aproveitamento" instrumental dos filhos - não havendo lugar a um cálculo do custo existe, no entanto, espaço para o cálculo dos benefícios, no seio destes agregados familiares. Este aspecto é sobretudo realçado em interligação com o RSI, uma vez que no âmbito desta medida "ter mais um filho significa ter mais rendimento". Mais uma vez manifestam-se as percepções sobre as especificidades da etnia cigana que, segundo os profissionais, tem vindo a aliar de uma forma muito pragmática a "valorização dos filhos" em contexto da sua cultura, com as possibilidades que uma medida de apoio social como o RSI lhes confere (cfr. Barrett e Wellings, 2002 cit in Kendall *et al*, 2005 quando afirmam que não planear uma gravidez pode ter vantagens em determinados contextos).

No âmbito deste tema surgiu a questão das redes de sociabilidade, especificamente as familiares, e a importância que as ajudas assumem para fazer face às muitas despesas que os filhos implicam. Percebe-se a existência de gradientes sociais na forma como as mulheres se posicionam: quanto ao impacto sentido por uma mulher muito pobre quando deixa de contar com o apoio familiar para as despesas com filhos, sendo mesmo adiantado como um dos motivos para recorrer ao RSI, juntamente com o abandono do companheiro, revelando a grande fragilidade em que estas famílias monoparentais femininas vivem (Wall *et al*, 2002); relativamente à importância reafirmada, também pelas mulheres muito pobres, da necessidade do reforço dos apoios do Estado em creches, para que estas mulheres tenham a possibilidade de se integrarem em termos de mercado de trabalho.

Vários estudos desenvolvidos em Portugal (Torres e Silva, 1998; Wall *et al*, 2001 cit in Wall *et al*, 2002) têm vindo a alertar para as questões relacionadas com a necessidade dos apoios familiares para cuidar das crianças, nomeadamente as famílias monoparentais e no caso de mulheres com dificuldades económicas, quando não há ajudas informais, revelam acesso difícil a

apoio público de IPSS's, instituições muito requisitadas. E este facto assume no caso das mães sós contornos de grande vulnerabilidade, pelo que é preciso ter em atenção a estratificação das famílias monoparentais.

De uma forma geral todas as mulheres revelam estar muito bem informadas sobre as medidas de apoio à maternidade, nomeadamente o abono de família pré-natal, o que é considerável tratando-de de uma medida com implementação muito recente (Decreto-Lei nº 308-A/2007, de 5 de Setembro). Este facto coincide com a percepção que técnicos de serviço social e profissionais de saúde também veicularam, segundo a qual as populações (especificamente, aquelas com as quais trabalham) estão muito bem informadas.

Em termos das necessidades referidas acerca das medidas de apoio à maternidade encontram-se diferenças nos grupos socioeconómicos, por um lado, as mulheres pobres e muito pobres a reivindicarem maior apoio para os filhos no sentido de ficarem libertas para o trabalho, em concordância com as dificuldades que encontram de rede de suporte para essas tarefas e, por outro, as mulheres menos desfavorecidas socioeconomicamente a mencionarem necessidades por "bons colégios" e a reivindicarem a possibilidade de trabalho em *part-time,* revelando uma diferenciação nas reivindicações relacionada com o lugar que ocupam na escala social.

Planeamento familiar

Através da análise dos dados percebem-se os efeitos dos gradientes sociais em termos de planeamento familiar e interligações com o planeamento das gravidezes.

A maioria das mulheres, independentemente do grupo socioeconómico a que pertencem, assume que foi através de amigos, dos media e/ou de vizinhos que obteve as primeiras informações sobre os métodos contraceptivos. E revelam ainda a inexistência de influência familiar, especialmente das mães, na transmissão desses conhecimentos e informações sobre contracepção. Aliás, a percepção generalizada é de que o sexo foi um assunto tabu na educação destas mulheres, sendo mesmo revelada a intenção por parte de uma delas de ter uma postura de maior abertura com as suas próprias filhas.

A percepção dos profissionais de saúde e dos técnicos de serviço social é coincidente quanto ao facto da compreensão da informação sobre métodos contraceptivos estar muito relacionada com o nível educacional da população, continuando a acentuar a "necessidade geral de educação", bem como de acompanhamento na utilização de métodos anticoncepcionais por parte de um

profissionl de saúde. É realçada ainda a importância da relação estabelecida entre o profissional de saúde e as mulheres, nomeadamente com aquelas com menores recursos educacioanis e com dificuldades acrescidas na descodificação da informação. Revela-se, pois, uma consciência, por parte dos profissionais de saúde, sobre a importância do relacionamento que estabelecem com os utentes para o sucesso em termos, nomeadamente, da contracepção e da transmissão da informação, que é vital para as boas práticas relacionadas com os contraceptivos.

A percepção dos técnicos de serviço social vai no sentido de considerar que há ainda desconhecimento sobre os métodos contraceptivos e sua correcta utilização, nomeadamente da pílula. Sendo necessário haver uma intervenção precoce em termos de planeamento familiar, obviando os "efeitos do bairro", i.e., da socialização. Segundo a experiência dos técnicos as mulheres com contactos fora do "bairro" revelam diferenças em termos de informação e utilização do planeamento familiar, através da influência de outras referências e modelos.

É referido por muitas das mulheres que o planeamento familiar aconteceu apenas no seguimento das primeiras gravidezes, ou seja, não aconteceu de forma "preventiva" e organizada no sentido de que os filhos acontecessem de forma planeada.

Parece evidente que em termos de planeamento familiar e/ou planeamento das gravidezes, tão importante como o grupo socioeconómico de proveniência da mulher é, por exemplo, a etnia. Este facto fica comprovado quando foram analisadas as práticas de controlo de fecundidade nas mulheres dos diferentes contextos socioeconómicos: por exemplo, em todos existem situações de mulheres que só passaram a fazer planeamento familiar depois do primeiro filho.

Muitas das mulheres no estudo descrevem também uma preparação inadequada para o sexo e contracepção na primeira gravidez, acontecendo esta como resultado de impreparação e não de planeamento. Estes resultados apontam na mesma direcção de outros já realizados (Kendall *et al*, 2005; Crosby, Sanders, Yarber e Graham, 2003; Macaluso *et al*, 1999; Spruyt *et al* 1998).

Mas existe nestes resultados uma diferença entre mulheres provenientes de grupos socioeconómicos distintos (muito pobres e pobres vs. não pobres) relativamente ao papel do parceiro na contracepção: não utilização do preservativo porque companheiros "não aceitam" *vs*. as mulheres que assume que as decisões quanto à contracepção são e foram sempre da sua responsabilidade. Estes resultados estão de acordo com os estudos que mostram que os parceiros são capazes de manipular o uso ou não uso de contraceptivos em determinados contextos (Kendall *et al*, 2005).

E mais uma vez emergem as especificidades étnicas: mulheres ciganas assumem que tomam o controlo sobre as gravidezes, tomando contracepção "escondidas dos maridos"; uma mulher negra que só engravidou quando assim entendeu, que tomava a pílula "escondido" do marido. Ora, segundo alguns autores (cfr Barrett e Wellings, 2002 cit in Kendall *et al*, 2005) uma gravidez "planeada" implica sempre cumprir quatro critérios: intenção de ficar grávida, parar a contracepção, o acordo do parceiro, chegar o momento certo em termos de estilo de vida e fase da vida. Ou seja, o planeamento efectivo e os comportamentos necessários para evitar a gravidez ocorrem apenas quando existem motivações fortes e ambientes que apoiem a manutenção do estado de não-gravidez (Stevens-Simon, Beach e Klerman, 2001; Zabin, Astone e Emerson, 1993; Miller, 1986; Schoen, Astone, Kim e Nathanson, 1999 cit in Kendall *et al*, 2005).

Outros factores também descritos são os efeitos colaterais dos métodos contraceptivos, conhecimentos e atitudes negativas e falta de apoio do parceiro, com custos para as mulheres e consequente dificuldade na adesão são também relatados noutros estudos (Sable e Libbus, 1998; Miller, 1986 cit in Kendall *et al*, 2005).

A representação quer dos técnicos de serviço social, quer dos profissionais de saúde, acerca das mulheres pobres gira em torno de uma característica-tipo que ambos lhes atribuem: o imediatismo. Este traço identitário está presente em praticamente todas as suas acções, sendo que o entendimento que as mulheres pobres têm dos filhos e da fecundidade cruza-se com as práticas de planeamento familiar, de utilização de contracepção e de planeamento dos filhos, mas também de utilização dos cuidados de saúde (cfr. Dutton, 1978 cit in Cockerham, 1988 sobre o facto dos pobres serem mais imediatos nas suas acções).

Integrando as percepções das mulheres sobre "planeamento / não planeamento" *vs.* as percepções dos técnicos de serviço social sobre existência de "planeamento / não planeamento" por parte das mulheres pobres, percebe-se que a gravidez é utilizada como forma de estabelecer uma dinâmica relacional não alcançada de outra forma. Facto sustentado pelos resultados das mulheres e pelas representações dos técnicos de serviço social, confirmando-se a ideia segundo a qual não planear uma gravidez pode ter vantagens em determinados contextos (Barrett e Wellings, 2002 cit in Kendall *et al*, 2005).

Os profissionais revelam ainda a sua percepção quanto à forma como as mulheres pobres se relacionam com a utilização da contracepção relacionando-a com falhas de toma, nomeadamente da pílula. Estes resultados são consonantes com os estudos que mencionam precisamente que os métodos hormonais são entendidos como produzindo um desgaste físico nos corpos das

mulheres e a toma continuada e sistemática é muitas vezes interrompida devido a faltas a consultas, a eficácia dos métodos é questionada, o conhecimento e uso dos mesmos são inadequados e o relato de falhas nos preservativos é elevado (Kendall *et al*, 2005; Crosby, Sanders, Yarber e Graham, 2003; Macaluso *et al*, 1999; Spruyt *et al* 1998).

Já há algum tempo que existe a noção de que planear uma gravidez é irrelevante em determinados contextos e grupos socioeconomicamente desfavorecidos, portanto resultados nesse sentido não são algo de novo (cfr Moos *et al* 1997). A questão está em perceber a influência dos desenhos de estudo nos resultados e conclusões, sendo que me parece uma mais-valia a componente comparativa, isto é, compreender se não é a diferença socioeconómica de *per si* que explica diferenças, mas outras características associadas.

Utilização de cuidados de saúde materna

As opiniões transmitidas pelas mulheres relativamente aos cuidados de saúde materna revelam não haver necessidade de cuidados pré-concepcionais. Os resultados vêm ainda demonstrar a existência de especificidades na utilização dos cuidados de saúde materna: nas mulheres ciganas veicula-se um posicionamento não compatível com o modelo bio-médico, na linha daquilo que outros estudos já tinham apontado, isto é, em algumas culturas a gravidez é vista como uma etapa normal da vida, não uma patologia que necessite de intervenção (Whiteford e Szelag, 2000). Esta influência estende-se também para os cuidados de saúde no pós-parto.

Os cuidados pré-natais em algumas culturas são vistos como "correctivos" e não preventivos, só recorrendo aos serviços de saúde quando a "normalidade" da gravidez está ameaçada - esta abordagem contrasta com o modelo da biomedicina, que entende a vigilância pré-natal como cuidado preventivo (cfr Whiteford e Szelag, 2000). Aquilo que é considerado e aceite como parte de uma "irregularidade" normal da gravidez é diferente para mulheres e médicos – aliado a uma característica também culturalmente localizada " de reagir no presente e não antecipando o futuro", sendo mais difícil passar a ideia do cuidado preventivo por parte dos profissionais de saúde (Burk, Wieser e Keegan, 1995 cit in Whiteford e Szelag, 2000).

Estas expecificidades étnicas enquadram-se no conhecimento segundo o qual as percepções sobre a necessidade de cuidados de saúde pré-natais variam de acordo com os contextos sociais e culturais, traduzindo-se na forma como entendem a gravidez, e a necessidade de consultas pré-natais (Campbell *et al*, 1995). Essas percepções sobre a necessidade dos cuidados pré-natais, quando discutidas em termos de especificidades culturais, revelam-se em aspectos como seguir

tratamentos e/ou procedimentos que fazem parte de hábitos de algumas culturas. Aqui menciono o exemplo de uma mulher muito pobre que fez referência ao facto de ter seguido os conselhos das tias sobre o tipo de alimentação que podia e devia consumir durante a gravidez, não precisando dos conselhos médicos (cfr Whiteford e Szelag, 2000).

Mas as atitudes relativamente à utilização dos cuidados de saúde são distintas num mesmo grupo étnico, neste caso das mulheres ciganas. Uma das mulheres, devido a uma doença crónica, uma condição de saúde particular, que condiciona a forma como a mulher se relaciona com a situação de gravidez, as suas percepções e as práticas de utilização de cuidados (Thomas, 2003), tem uma perspectiva marcadamente bio-médica em termos, quer de percepções de necessidades de cuidados de saúde, quer depois em termos de utilização dos cuidados. As atitudes e decisões num mesmo grupo cultural / étnico nunca são homogéneas (Whiteford e Szelag, 2000).

Estes resultados vêm ainda mostrar a importância atribuída ao sexo do médico e a vergonha envolvida na utilização dos cuidados de saúde materna, cujas consequências se revelaram impeditivas de realização das consultas pós-parto. Vários estudos já apontaram o desconforto durante o encontro biomédico nos cuidados pré-natais resultando de uma incapacidade da mulher para lidar com certas características do profissional de saúde – podem incluir idade, género, linguagem (cfr Whiteford e Szelag, 2000).

Os resultados indicam que os técnicos de serviço social têm a percepção de que as populações carenciadas, que acompanham, não têm uma utilização dos cuidados de saúde com carácter preventivo, recorrendo muito em situação de urgência (mais uma vez emerge o “imediatismo” que emerge como característica desta população). Mas a maioria dos técnicos deixa antever que esta pode ser uma característica extensível à sociedade em geral e não apenas em contextos socialmente desfavorecidos. Ou seja, estes profissionais elaboram a sua representação acerca da utilização dos cuidados de saúde com base no modelo bio-médico de saúde, defendendo uma cultura de prevenção. Estes resultados segundo os quais os pobres são mais imediatos e não preventivos estão de acordo com a literatura (Dutton, 1978 cit in Cockerham, 1988).

Quanto aos cuidados de saúde materna os resultados apontam uma dicotomia de percepções, entre os que consideram que se vem assistindo a uma melhoria em termos de vigilância das gravidezes nas populações pobres, e os que continuam a perceber a existência de não vigilância e/ou vigilância tardia da gravidez por parte das mulheres pobres. Facto este que, segundo os profissionais, está relacionado com a forma como estas gravidezes acontecem nas vidas das mulheres, ou seja, quanto mais planeadas as gravidezes mais vigiadas serão. É necessário

lembrar que os dados relativos a Portugal sustentam ambas as perspectivas, uma melhoria considerável nos indicadores, mas persistência de números elevados de não vigilância e de vigilância tardia da gravidez (cfr. Alves *et al*, 2005; Dealvaux, 2001; Portugal, 2008b).

Também os profissionais de saúde revelam uma percepção de pouca utilização de cuidados de saúde pré-concepcionais, de que as diferenças de vigilância pré-natal não são determinadas pelo nível socioeconómico da mulher, mas antes "pela vontade" de ter ou não aquele filho, reconhecendo, em todo o caso, a grande melhoria nos cuidados de saúde materna. E de pouca utilização das consultas de revisão do parto, sobretudo devido a uma tendência para a mulher não se valorizar, não cuidar de si, no período pós-parto. Este facto coexiste muitas vezes associado a uma sobrecarga de trabalho depois de os filhos nascerem, como é o exemplo que nos foi relatado por uma mulher cigana que foi lavar roupa dois dias depois do parto, porque não tinha alternativas "*se não fosse eu quem ia fazer dra? tinha outros filhos em casa para tratar*". Este tipo de sobrecarga de trabalho concomitante com o descuidado em vigiar a sua saúde no pós-parto coloca riscos acrescidos para a saúde da mulher (Doyal, 2001).

Um outro aspecto que sai realçado nos resultados é o efeito positivo do abono pré-natal, impulsionando um primeiro contacto obrigatório com os cuidados de saúde. Esta percepção foi revelada tanto por técnicos de serviço social, como por profissionais de saúde, que o apontaram como uma das principais motivações para a utilização dos cuidados de saúde pré-natais por parte das mulheres pobres, existindo uma lógica de negociação, i.e., a vigilância pré-natal em troca de "um papel". Mas este pragmatismo associado à utilização de cuidados de saúde estende-se aos "papéis" do RSI, ao comprovativo das vacinas para os filhos e a saber o sexo do bebé.

Um resultado que merece destaque está relacionado com as preocupações demonstradas pelos profissionais de ambas as áreas (social e saúde) com a elevada negligência com os cuidados de saúde com as crianças, mais uma vez salientando as especificidades da etnia cigana. As especificadades grupais são um aspecto emergente quer nas representações de técnicos de serviço social, quer de profissionais de saúde.

Os profissionais de saúde têm a percepção de que as mulheres reagem bem às exigências terapêuticas, reconhecendo também a influência do relaciomento estabelecido entre profissional de saúde e utente para os níveis de adesão verificada.

Para os profissionais de saúde os factores para a utilização dos cuidados estão relacionados com os próprios serviços de saúde, a dois níveis: 1) nível interpessoal, relacionamento profissional/utente, que tem condicionalismos: a) por um lado, as dificuldades de comunicação

impostas pela diferença, neste caso linguística, associada à população emigrante, consonante com resultados de uma revisão da literatura sobre as experiências com cuidados de saúde pré-natais, que realçava as dificuldades de linguagem com emigrantes (cfr. Gina Novick 2009,); b) por outro, a necessidade de tempo para estabelecer uma relação de confiança - mencionada aqui a importância do trabalho comunitário, que é favorecedor deste tipo de relacionamento (cfr. Sheppard *et al*, 2004; Abouzahr, 1988; Sword, 1999; 2) nível organizacional dos serviços, a forma como aqueles se encontram organizados nem sempre se coaduna a uma das principais características apontadas a estas populações, isto é, o "imediatismo". Ou seja, preconizam-se serviços de saúde capazes de integrar soluções de flexibilidade organizativa para dar resposta, mas com o contraponto de exigência nos comportamentos da população (e.g. pontualidade, consequências quando faltam a consultas).

Ou seja, os profissionais de saude têm presente a existência de relações entre a estrutura social, organização dos cuidados de saúde e o possível impacto que estes têm na saúde dos indivíduos e das populações. Aspectos que têm vindo a ser mencionados por extensa literatura e abordados em muitos estudos, nomeadamente sobre os determinantes sociais de saúde (Brunner e Marmot, 1999; Dahlgren e Whitehead, 1991; Diderichsen e Hallqvist, 1998; Najman, 2001; Stronks *et al*, 1997; Turrel *et al*, 1999 cit in Graham, 2004: 106).

As especificidades étnicas na utilização dos cuidados de saúde emergiram mais uma vez, sendo que os profissionais de saúde realçaram as seguintes características: 1) relativa instabilidade que caracteriza o relacionamento cigano / profissionais de saúde, nomeadamente devido ao facto de a população desta etnia ter "pouca capacidade para esperar"; 2) não cumprimento de horários; 3) não fazer vacinação; 4) preocupação em fazer consultas pré-concepcionais no primeiro filho, porque é "muito importante essa primeira gravidez"; 5) consultas pré-natais, sendo mais uma vez realçado o cuidado acrescido na vigilância do primeiro filho, percebendo-se que se vão descurando com os filhos seguintes (cfr. Silva, 2005).

Mas os profissionais de saúde adiantam também as suas percepções sobre as barreiras para a utilização dos cuidados de saúde materna por parte das mulheres pobres:

1) O corpo - forma como as mulheres se relacionam com o seu próprio corpo (independentemente do nível socioeconómico), e os eventuais constrangimentos à utilização de consultas de ginecologia / obstetrícia realizadas por médicos homens. São realçados os aspectos associados à "vergonha de expor o corpo" e de "ser tocada";

2) A família - o papel que exerce de incentivador, ou não, em termos de utilização de cuidados de saúde, nomeamente no que diz respeito à vigilância pré-natal;

3) Falta de informação – reconhecida como uma das características destas mulheres e que tem influência na forma como elas se relacionam com os cuidados de saúde, podendo mesmo constituir-se como uma barreira à utilização dos cuidados de saúde materna;

4) Educação – relacionando-a com a falta de informação e com o tipo de utilização, ou não, dos cuidados de saúde, influenciando a própria percepção de "necessidade", num contexto em que as referências próximas não são favorecedoras de comportamentos de utilização dos cuidados de saúde.

Os resultados indicam diferenças de estratificação social quanto às barreiras para a utilização de cuidados de saúde materna, apontadas pelas mulheres: a barreira económica é apenas mencionada por uma mulher de condição social mais elevada, devido à sua opção pela medicina privada, as restantes realçam o facto de todos os procedimentos envolvidos na vigilância da gravidez (consultas e exames) serem gratuitos; "barreira interna" do medo, apenas mulheres de grupos sociais desfavorecidos a mencionaram como justificação para ter faltado à amniocentese. O medo de exames ou outros procedimentos clínicos, que impedem a utilização de cuidados de saúde pré-natais, inclui-se entre as "barreiras internas" (Novick, 2009).

Existe por parte de todas as mulheres uma percepção positiva acerca do relacionamento com os profissionais de saúde, as excepções vão para o desconforto demonstrado pelo facto de não ter sido explicada uma intervenção aquando de um exame e o desagrado por uma indicação para cesariana sem ter havido uma explicação acerca dos motivos. Existem estudos recentes que revelam que os médicos devem perguntar às mulheres quais as suas necessidades e preferências (Gina Novick 2009).

Existe uma diferença nítida entre compreender e aceitar as recomendações dos profissionais de saúde no decorrer da utilização dos cuidados, nomeadamente da vigilância pré-natal e revisão do parto. Ou seja, todas as mulheres referem, taxativamente, terem compreendido todas as indicações terapêuticas e/ou recomendações diversas dos profissionais de saúde, mas muitas delas assumem também que não as seguiram: "*não fazemos tudo o que as médicas mandam*". Estes resultados não acontecem associados a gradientes sociais. Os exemplos são diversos: não tomar um determinado medicamento porque a saúde do feto foi colocada de forma prioritária em comparação com o conforto e/ou a saúde da mãe; não fazer a consulta de revisão do parto; não

fazer a aminiocentese; não seguir as indicações sobre restrições alimentares. Estes resultados estão de acordo com outros já revelados (cf. Thomas, 2003).

No que diz respeito aos profissionais (saúde e social), estes demonstram nas suas representações as influências do modelo biomédico de saúde. Quanto às mulheres, consoante o seu contexto cultural, elas tendem a integar num "modelo próprio" a sua relação com os cuidados de saúde, especificamente com os cuidados pré-natais. Modelo esse que não exclui o uso dos serviços biomédicos durante a gravidez, o que acontece é que as mulheres conservam as suas crenças e algumas práticas tradicionais em face de novas. Deixando em aberto a possibilidade de negociação e transmissão de conhecimentos por parte dos profissionais de saúde, processo facilitado com existência de diálogo e abertura dos profissionais de saúde para as especificades culturais (Atkinson e Farias, 1995; Whiteford e Szelag, 2000).

Este trabalho surge enquadrado em estudos que realçam a importância de conhecer as características e as percepções sobre as necessidades de cuidados de saúde materna / pré-natal por parte de grupos específicos, como por exemplo as mulheres provenientes de grupos socioeconómicos distintos ou mulheres ciganas, no sentido de conseguir elaborar medidas específicas e efectivas de sensiblização para a utilização dos cuidados de saúde e adequação às necessidades das populações (cfr. Melnikow *et al*, 1991).

Um outro aspecto a merecer destaque é a necessidade de haver uma intervenção intersectorial. Num estudo recente de Ziglio (2003) são reveladas barreiras culturais à vigilância pré-natal por parte, nomeadamente de mulheres ciganas, sendo que uma das medidas propostas foi a educação das jovens raparigas.

Rendimento social de inserção

Todas as mulheres beneficiárias de RSI foram unânimes em reconhecer a importância da medida, porém as diferenças acontecem na forma como se posicionam perante este apoio social. Por um lado, as mulheres que a entendem como uma ajuda pontual, como as mulheres negras. Por outro, as mulheres que percepcionam o apoio de forma mais duradoura, como é o exemplo das mulheres ciganas.

As expectativas reveladas em torno do RSI centram-se no trabalho, mas com nítidos cambiantes, pois dividem-se entre aquelas que sentem que o que esperam dos beneficiários é que "vão trabalhar" e as outras que esperam "conseguir trabalho", sendo que o objectivo que estas traçam

enquanto beneficiárias é de não permanência na medida, que é vista como algo temporário (condizente aliás com a medida).

O trabalho continua a revelar a sua centralidade, na medida em que as principais dificuldades citadas pelas mulheres para os cumprimentos dos programas de inserção se prendem com o não alcançar de um lugar no mundo laboral. Associada de forma transversal a esta dificuldade aparecem as já mencionadas debilidades em termos de redes de apoio (sociais e creches), que precisamente se constituem como um dos mais mencionados entraves a conseguir cumprir os referidos programas de inserção na vertente trabalho.

Um outro aspecto que surge nos resultados é o desconhecimento sobre o que significa o programa de inserção, bem como do conteúdo do mesmo por parte dos beneficiários, facto também já referido no estudo da CNRM (2002).

As mulheres falaram das suas próprias experiências de desigualdade e a forma como são abordadas, veiculando a forma discriminatória como se sentem tratadas, nomeadamente as mulheres de etnia cigana, nas tentativas de conseguir trabalho. Este resultado está de acordo com o estudo de Davidson *et al* (2006) segundo o qual os participantes do estudo conseguiram dar voz às suas perspectivas acerca das desigualdades e vivências de pobreza. Revela-se uma sensibilização dos "leigos" acerca das hierarquias sociais e o seu impacto na condição económica.

Relativamente a outros apoios que as mulheres pudessem conhecer e/ou beneficiar, o Banco Alimentar foi o mais referido. Foi ainda mencionado o Abono de Família Pré-natal. O cartão de saúde da SCML foi também referido, sendo indicados os seus benefícios e os cuidados aos quais permite aceder, nomeadamente as especialidades médicas (e.g. dentista, oftalmologia).

Os técnicos investem geralmente poucas expectativas nas possibilidades de melhoria da condição subjacente aos beneficiários, facto alicerçado nas experiências de múltiplos anos, que vão mostrando as dificuldades dos beneficiários alcançarem o que lhes é proposto nos programas de inserção. As explicações avançadas pelos próprios para estes baixos níveis de expectativas prendem-se, por um lado, com os programas de inserção "*demasiado ambiciosos*" – com muitas medidas contratualizadas e, por outro, com a necessidade de "*trabalhar competências muito básicas"*, denunciando as dificuldades resultantes, nomeadamente dos fracos níveis educacionais da generalidade desta população.

Os técnicos de serviço social revelaram aspectos positivos e negativos do Rendimento Social de Inserção. Os aspectos positivos referidos são: ter permitido a interiorização da necessidade de

escola e vacinação por parte de beneficiários; ter sido meio para aquisição de competências por vezes "*básicas*", mas indispensáveis para os grupos mais desfavorecidos; fornecer a "*resposta social*" de que o país precisa. Os aspectos negativos são: dificuldades de que as parcerias funcionem; tempos de permanência exagerados na medida, contrariando a lógica inerente a este apoio social; RSI visto como "*prestação social de direito*" pelos beneficiários, sem "*deveres*" associados; os problemas existentes em termos de aplicação da medida; poucos técnicos para fazerem o devido acompanhamento da medida.

As razões apontadas pelos técnicos de serviço social para os não cumprimentos dos programas de inserção assinados pelos beneficiários de RSI são as seguintes:

a) Falta de motivação dos beneficiários para cumprirem os programas, sendo mencionado que muitas vezes os técnicos verificam um "*desinteresse na inserção*";

b) Dificuldades de compreensão das acções que estão contempladas nos programas de inserção;

c) Nem sempre as regras de funcionamento da medida são compreendidas pelos beneficiários;

d) Falta de respostas, nomeadamente em termos de emprego (as parcerias, regra geral, funcionam mal);

e) Tipo de respostas que se conseguem: ofertas para os beneficiários são "limitadas". Por exemplo, a formação é muitas vezes a única alternativa (não sendo possível a maior parte das vezes colocação em termos de emprego) e, não raras vezes, em áreas nas quais os beneficiários não têm nenhuma experiência e/ou interesse.

Os resultados revelam a seguinte posição dos técnicos de serviço social: por um lado, os que consideram que a saúde é uma preocupação "sempre presente" aquando da elaboração dos programas de inserção e na assinatura dos respectivos programas de inserção; por outro, os que pensam que o acompanhamento em termos de saúde não é, nem pode ou deve ser, uma rsponsabilidade dos técnicos sociais. De uma forma geral todos concordam que a área da saúde está contemplada nos programas de inserção quando se adequa e tal é necessário para melhorar a condição social e favorecer a inserção do agregado, segundo o diagnóstico social previamente elaborado acerca de cada beneficiário do RSI.

A área da saúde foi um dos aspectos considerados pelos técnicos de serviço social como não sendo da sua "responsabilidade". Lembro a este propósito que uma das recomendações de um dos estudos de "avaliação de impactes do RMG" (CNRM, 2002) era no sentido de se "*dar mais atenção às dimensões da saúde nos programas de inserção*". Um dos aspectos realçados prende-

se com a intercausalidade verificada, isto é, os problemas de saúde agravam a pobreza, e esta contribui para o aparecimento e/ou agravamento de problemas de saúde (Braveman e Gruskin, 2003; Mackenbach e Martijntje, 2003; Braveman, 2006; Whitehead e Dahlgren, 2007b).

Domínios prioritários de intervenção

Foi minha preocupação abordar os domínios prioritários de intervenção, isto é, perceber quais as medidas propostas por todos os actores sociais estudados (mulheres – profissionais de saúde – técnicos de serviço social), parecendo-me pertinente que todos tivessem oportunidade de expressar as suas ideias sobre formas, meios, áreas e actores necessários para combater as desigualdades sociais de que me ocupei enquanto objecto de estudo.

A tabela seguinte permite visualizar as semelhanças e diferenças das propostas apresentadas, facilitando a comparação entre elas, bem como a sua discussão.

Tabela 4. 15. Comparação dos Domínios Prioritários de Intervenção

Mulheres	**Profissionais**	
	Profissionais de saúde	**Técnicos serviço social**
Mais dinheiro; Alimentos (são muito caros); **Trabalho:** Apoios à criação de micro-empresas / negócios próprios; Apostar no mercado de trabalho para os jovens; **Saúde**: Mais médicos; **Educação.**	**Sistema de saúde:** Revisão papel do médico; Alargamento horário CS; Visitas domiciliárias na gravidez e pós-parto; Transformação das Unidades Móveis em Unidades de Saúde Locais (“*atendimento de proximidade*”); Recursos humanos: formação e gestão; **Sistema social:** Construção de bairros sociais integrados **Educação:** Escolarização “*apostar em ensinar [em educar]”*; Educação cívica: Criação de hábitos: por exemplo, avisar os serviços das não comparencias; Consciencialização sobre forma de utilização dos serviços de saúde; Promoção de cultura de prevenção de doença	**Sistema de saúde** Melhorias no acesso aos cuidados de saúde; Recursos humanos: Formação; Criação de serviços de saúde de proximidade **Sistema social** Revisão de medidas de apoio social: Realocação de fundos para criação de equipamentos sociais; Criação de um sistema de Vales Sociais; Limitação do tempo em que o beneficiário de RSI está inserido na medida de apoio social; Prestação social complementar (para os “penalizados pelo sistema”) **Educação** Educação cívica; Promoção de uma cultura de prevenção; **Articulação: Saúde / Social – Educação / Emprego** Promoção de trabalho conjunto saúde / social (especial atenção para os problemas de origem social que precisam também de resposta em termos de saúde); Integrar respostas sociais e de saúde (Serviços sociais e de saúde de proximidade); Revisão do trabalho em parceria: articulação dos trabalhos desenvolvidos; Intervenção multidisciplinar em multi-problemáticas.

Parece interessante realçar que, comparando as perspectivas das mulheres e dos profissionais – quando colocam as medidas necessárias para combater a pobreza, o que transparece são algumas semelhanças: relevo para as áreas do trabalho, da saúde e da educação, mas sobretudo as diferenças. Ou seja, as mulheres referem o combate "à privação material" (mais dinheiro e alimentos para os filhos), facto que não é equacionado pelos profissionais. Estes colocam as prioridades no combate "à falta de recursos". Um factor de esperança parece ser a menção que as mulheres (pobres) fazem ao trabalho, à necessidade de apoios para criarem os seus próprios empregos, para mudarem a sua situação económica e social. Como nos lembra Bruto da Costa (2008: 63) existem formas de combater a privação sem resolver a falta de recursos – o procedimento mais corrente consiste em apoio monetário ou em espécie, que permite resolver as necessidades básicas, mas quando o apoio é monetário o pobre mantém-se em situação de dependência.

É interessante verificar que os profissionais de saúde continuam a mencionar a necessidade de formação de recursos humanos, de fortalecer competências relacionais, de forma a melhorar o relacionamento das mulheres (e utentes em geral) com os profissionais de saúde. Pois, como nos recordam Sheppard *et al* (2004), a acessibilidade inclui mais do que a existência e disponibilidade dos serviços, também inclui a qualidade do relacionamento com os prestadores de cuidados com os pacientes.

A variedade de medidas de intervenção propostas pelos profissionais revela uma consciência da complexidade dos fenómenos em causa, da necessidade de respostas diferenciadas, que estejam de acordo com as exigências que advêm do facto de estarmos a equacionar realidades em constante mutação, registando-se o aparecimento de novos grupos sociais atingidos pela pobreza e situações de pobreza "persistente". Daí a importância da revisão da política social, bem como da política de saúde ou ainda das propostas de articulação entre saúde e social; educação e emprego. Estes resultados apontam numa direcção diferente dos resultados encontrados por Baptista *et al* (1995) quando detectaram uma sub-representação das áreas da saúde e da política social nos domínios prioritários de intervenção propostos por técnicos de serviço social.

Aliás, como nos recorda Sakellarides (2005: 210) é muito importante promover a "governação horizontal" e conseguir estabelecer acções intersectoriais: "*para promover ganhos e saúde, sabe que tem de promover a participar nalguma forma de coordenação intersectorial – saúde, educação, agricultura e veterinária, acção social, desenvolvimento tecnológico*". Mas isso

"*implica grandes investimentos em elaborar uma linguagem comum e hábitos de decisão partilhada quando cada um está perigosamente imerso nos "seus problemas". Mas há coisas muito importantes em saúde que não se podem fazer de outra maneira*".

Também a OCDE (2003) alerta para a necessidade de uma actuação de outras políticas sectoriais no sentido de combater as desigualdades em saúde e promover a melhoria da saúde das populações pobres.

Deste estudo saiu reforçada a importância de estudar as representações dos diversos actores sociais: "utentes e/ou clientes" dos serviços de saúde e da intervenção social, dos diferentes profissionais (de saúde, trabalhadores sociais), adicionar os responsáveis políticos e decisores dos diferentes níveis (governo, autarquias, instituições locais) dos vários sistemas implicados (social, saúde, educação), de par com os estudos sobre as características objectivas do problema da pobreza e da temática da fecundidade. Estudando as diferentes representações, evidenciando os aspectos em que todos convergem, mas também os que os separam, poderemos contribuir para a definição de políticas mais condizentes com a(s) realidade(s) e logo mais eficientes e efectivas.

CAPÍTULO *5*. ANÁLISE CONJUNTA DE PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES

Neste capítulo procuro fazer a comparação dos resultados dos dois estudos anteriores, demonstrando analiticamente as semelhanças e as diferenças entre os resultados obtidos através do estudo de caso-controlo, sobre as práticas de fecundidade das mulheres e formas de acesso e utilização de cuidados de saúde reprodutiva e do estudo qualitativo, sobre as representações sociais. Adicionalmente explorei as percepções dos profissionais (saúde e sociais) a propósito de cada um dos temas apresentados. As três tabelas resumo dizem apenas respeito às temáticas abordadas simultaneamente nos dois estudos, sendo que os assuntos abordados apenas no estudo de caso-controlo e/ou no estudo qualitativo foram já apresentados, analisados e discutidos nos capítulos 3 e 4, respectivamente.

Como é possível observar na Tabela 5. 1, o estudo de caso-controlo evidencia, fundamentalmente as diferenças entre as práticas de fecundidade, as idealizações envolventes, bem como as tensões resultantes das diferenças entre o que as mulheres idealizaram para a sua vida em termos de fecundidade, o que já alcançaram e o que querem ainda (ou não) alcançar. Um dos aspectos em que há diferenças entre grupos socioeconómicos nos resultados do estudo de caso-controlo, e que vem ser ainda mais aprofundado através do estudo qualitativo, está relacionado com os apoios recebidos quando os filhos nascem e quando existe uma situação de doença. As mais pobres encontram-se numa posição de vulnerabilidade acrescida, porque não podem colmatar a falta de apoios, por exemplo com amas para tomar conta dos filhos, como é admitido por uma mulher de etnia cigana. Aqui surge a primeira semelhança entre as mulheres dos diferentes grupos socioeconómicos, quando reivindicam a necessidade de existir mais apoio, nomeadamente uma rede de creches.

Ou seja, através do estudo qualitativo percebe-se que, por detrás das diferenças que os números encerram, existem semelhanças entre mulheres de diferentes proveniências sociais e económicas, sendo que o aspecto cultural característico da etnia cigana permaneceu evidente, transversalmente aos diferentes temas abordados, o que lhes confere traços distintivos. Um desses aspectos está relacionado com a centralidade que os filhos assumem na vida das mulheres ciganas, mesmo antes de existirem já são o centro das suas aspirações (e pressões?).

As semelhanças entre os diferentes gradientes sociais, reveladas através do estudo qualitativo, incluem a confirmação dos seguintes aspectos: as despesas com os filhos são calculadas; existem stressores de gravidez e maternidade considerados pelas mulheres, como a perda de emprego, as

consequências físicas e psicológicas, as preocupações e as limitações a que ficam sujeitas - mesmo as mulheres ciganas admitem perda de alguma "liberdade".

Um último ponto de contacto entre as diferentes mulheres está relacionado com os conhecimentos revelados sobre as medidas de apoio social existentes, bem como o facto comum de uma boa parte desta informação ser passada por via dos meios de comunicação social – este aspecto vem reforçar a importância que os media assumem nas nossas sociedades contemporâneas, transversalmente, podendo e devendo ser equacionado como veículo promotor, nomeadamente junto de mulheres e jovens provenientes de contextos pobres nas mais diversas vertentes aqui abordadas, e.g., contracepção e planeamento familiar, efeitos adversos e/ou protectores da utilização de cuidados de saúde materna, nomeadamente pré-concepcional e pós-parto, passando mensagens sobre a importância da valorização pessoal mesmo depois de os filhos nascerem. A mulher não se resume a ser mãe, as mensagens que recebe de múltiplas fontes (e.g., media e serviços de saúde) deverão dar conta disso mesmo.

Quando analisei, comparativamente, o que pensam os profissionais (saúde e social) percebi que estão conscientes, por um lado, das diferenças em termos de fecundidade, práticas e representações, baseadas no estatuto socioeconómico da mulher, por outro, do nível elevado de conhecimentos que as mulheres, de todos os grupos socioeconómicos, revelam sobre as medidas de apoio à maternidade (mas também de apoio ao rendimento) - factos coincidentes com os resultados e a evidência recolhida no contexto desta investigação.

Mas consideram a inexistência do cálculo dos custos dos filhos por parte das mulheres pobres que, não sendo coincidente com as opiniões recolhidas junto das mulheres, no estudo qualitativo, é pertinente de ser realçado. Porque é uma representação transmitida por profissionais com muita experiência de trabalho com as populações e porque levanta a hipótese de existir um cálculo dos "benefícios" que os filhos poderão representar.

Tabela 5. 1. Análise conjunta: fecundidade – importância dos filhos

Mulheres		**Profissionais**
Estudo Caso-controlo	**Estudo qualitativo**	
<u>Diferenças entre grupos:</u> Número de filhos que têm; Nos ideais de filiação; Tensões de fecundidade *Existe uma aparente contradição: a idealização dos filhos é superior nas mulheres muito pobres, mas a tensão de fecundidade revela que as mulheres muito pobres queriam ter menos filhos do que aqueles que têm. E efectivamente têm filhos em maior número do que as mulheres menos pobres.* *Poderá ser esta situação paradoxal explicada pela pressão social, cultural, "força do bairro", para ter filhoa?* *Aliado à estratégia de sobrevivência e cálculo dos "benefícios" adiantado pelos profissionais?* *Isto é, quais as razões para terem "mais" quando "queriam ter "menos"?*	<u>Diferenças entre grupos:</u> Valorização dos filhos / inversão de centralidade; Centralidade dos filhos (especificidades etnia cigana); Relação entre gravidez / corpo <u>Semelhanças entre grupos:</u> Existência de cálculo dos custos dos filhos; Stressores de gravidez / maternidade (perda de emprego, consequências físicas e psicológicas, preocupações e limitações diversas) - etnia cigana	Diferenças de comportamentos de fecundidade segundo grupo socioeconómico de pertencça; Importância dos filhos varia consoante a etnia (mais do que somente relacionando com gradientes de pobreza, importante o aspecto cultural); Não existe cálculo dos custos por parte das mulheres pobres; existe cálculo dos "benefícios".
<u>Diferenças entre grupos:</u> Diferentes apoios recebidos aquando do nascimento dos filhos; Redes de sociabilidade em caso de doença (menor protecção das mulheres mais pobres).	<u>Diferenças entre grupos:</u> Maior vulnerabilidade à falta de apoios e redes de sociabilidade reveladas por parte das mulheres mais pobres; Necessidades diferenciadas (mais pobres precisam de ter mais tempo para trabalhar; menos pobres "bons colégios") <u>Semelhanças entre grupos:</u> Necessidade de apoios de creches;	
	<u>Semelhanças entre grupos:</u> Bons conhecimentos sobre medidas de apoio à maternidade; Influência dos media.	Percepção de que as mulheres de uma maneira geral estão muito bem informadas, sobretudo as mais pobres

Analisando a Tabela 5. 2 compreende-se que o estudo qualitativo nos auxilia, mais uma vez, a compreender o que os números nos indicavam em termos de práticas de controlo de fecundidade; planeamento familiar e planeamento das gravidezes.

Assim, em termos quantitativos a indicação é no sentido de haver diferenças entre os grupos socioeconómicos em termos de: posicionamentos distintos relativamente a uma gravidez indesejada; divergências em termos de práticas abortivas – as mulheres menos pobres estão mais associadas a este tipo de práticas; escolhas diferentes em relação ao método contraceptivo para evitar gravidez – as mulheres muito pobres optando mais pela pílula e as não pobres mais pelo preservativo, o que poderá significar riscos acrescidos para este grupo socioeconómico, nomeadamente a DST's; elevadas percentagens de primeiras relações sexuais deprotegidas – mais uma vez com vulnerabilidades acrescidas reveladas pelas mulheres mais pobres; tipos diversos de aconselhamento sobre métodos de contracepção – mulheres não pobres mais aconselhadas pelos profissionais de saúde e as muito pobres por "outro" aconselhamento (que inclui, vizinhas, amigas, comunicação social, entre outros) e distinções quanto ao planeamento do último filho e utilização de contracepção aquando da gravidez do último filho – as mulheres mais pobres a terem planeado menos o último filho e as menos pobres identificando-se com a característica de não fazer contracepção quando engravidaram do último filho.

Quanto às semelhanças entre os gradientes sociais, os números mostraram: precocidade na entrada na vida sexual por parte das mulheres; existência de um paradoxo na posição das mulheres quanto ao planeamento da gravidez e contracepção, isto é, não pensavam ter um filho no momento, mas também não tomavam precauções contra. Entre aquelas que faziam contracepção no momento da gravidez, a maioria usava pílula. Haverá aqui lugar a falhas na utilização deste método contraceptivo ou haverá uma ligação com a justificação para a preferência da pílula, nomeadamente por parte das mulheres ciganas, pelo facto de permitir maior liberdade às mulheres, logo o exercício de menor controlo por parte do parceiro?

Aliás, a ajuda à compreensão dos factos, por parte do estudo qualitativo, continua quando nos aponta diferenças acerca do papel do parceiro masculino no planeamento familiar e no planeamento das gravidezes, sendo que as mulheres não pobres revelam uma maior capacidade para impor as suas opções, quer sobre a escolha do método, com maior poder negocial para usar, nomeadamente o preservativo, quer sobre o momento em que acontecem as gravidezes. Mas, analisando as especificidades relativas à etnia cigana, o que o estudo

qualitativo nos demonstra, igualmente, é uma forma de lidar com o controlo exercido pelo homem que revela a astúcia feminina – na verdade é assumido que os filhos acontecem quando a mulher "planeia", porque caso contrário "os homens queriam sempre mais filhos".

Uma outra semelhança entre grupos socioeconómicos, demonstrada pelo estudo qualitativo, diz respeito ao papel da mulher em termos de planeamento familiar, dando voz às próprias mulheres "planeamento é mais coisa de mulher". Este facto deixa o "planeamento / não planeamento"; "intencionalidade / não intencionalidade" na manutenção do estado de "não-gravidez" entregue nas mãos da mulher. Ou seja, existe uma espécie de compensação pela responsabilidade entregue à mulher e assumida pela própria como fazendo parte do seu papel.

Ainda segundo os resultados qualitativos, todas as mulheres, independentemente do grupo socioeconómico, embora beneficiando do aconselhamento dos profissionais de saúde em termos de contracepção, juntam o papel dos media (mais uma vez a importância dos meios de comunicação social) e dos amigos, bem como a fraca influência familiar neste assunto.

Finalmente, o estudo qualitativo acrescentou aos números do estudo de caso-controlo uma opinião veiculada por todas as mulheres sobre a impreparação para o sexo e para a contracepção aquando da primeira relação sexual.

Os profissionais (saúde e social) revelam uma percepção segundo a qual a utilização correcta da contracepção dependerá do nível educacional da mulher, ou seja, as mulheres mais pobres tenderiam a usar de forma mais incorrecta os contraceptivos, nomeadamente a pílula. Comparando com os dados recolhidos nos dois estudos, percebe-se que tal facto não se comprova – haverá mesmo indício de uma certa transversalidade nas "falhas" de utilização.

O que a análise dos resultados manifesta é que os profissionais atribuem ao "pobre" uma característica-tipo: o imediatismo. E que vai condicionar a actuação dos indivíduos "pobres" em diferentes níveis: nas práticas de planeamento familiar; nas formas de utilização da contracepção e no planeamento das gravidezes.

Outras características atribuídas ao "ser pobre" prendem-se, por um lado, com a volatilidade das relações, traduzindo-se, nomeadamente, na mudança de parceiro frequente e no facto muito usual de mulheres com filhos de vários pais, por outro, com as práticas e conhecimentos sobre contracepção, revelando falhas.

Tabela 5. 2. Análise conjunta: práticas de controlos de fecundidade; planeamento familiar – planeamento das gravidezes

Mulheres		**Profissionais**
Estudo caso-controlo	**Estudo qualitativo**	
<u>Diferenças entre grupos:</u> Posicionamento a uma gravidez indesejada - a maioria das mulheres assume a opção de "ter o bebé e ficar com ele"; mulheres não pobres mostram menor pendor pela opção "fazer aborto"; Ter feito aborto* - é uma prática mais frequente nas mulheres mais pobres; Primeira contracepção para evitar gravidez - muito pobres usaram mais a pílula, não pobres usaram mais o preservativo; Percentagens elevadas de primeiras relações sexuais desprotegidas – superior nas muito pobres Aconselhamento sobre métodos anticoncepcionais é sobretudo feito pelos profissionais de saúde - muito pobres têm "outro" tipo de aconselhamento; as não pobres são sobretudo aconselhadas por profissionais de saúde Descoincidência entre planeamento* e contracepção de gravidez** (último filho) e existência de diferenças entre os grupos <u>Semelhança entre grupos:</u> Descoincidência entre contracepção e gravidez (gravidez actual) – 10% não pensavam ter um filho no momento, mas simultaneamente não faziam contracepção; Das mulheres que estavam a fazer contracepção, a maior parte usava pílula – tal facto deixa antever "falhas" na toma da pílula; Início precoce do historial de relações sexuais. ** Não ter feito planeamento_último filho e as práticas de aborto são características mais associadas com a pobreza* ***não fazer contracepção quando engravidou_último filho está mais associado a mulheres menos pobres*	<u>Diferenças entre grupos:</u> Papel dos parceiros no planeamento familiar e "planeamento das gravidezes" – as mulheres não pobres revelam capacidade negocial superior; Especificidades étnicas – mulheres ciganas contornam o controlo masculino com uso da pílula, método favorecedor de "esquecimento" e falha. <u>Semelhança entre grupos:</u> Início do planeamento familiar acontece muito em reacção a uma primeira gravidez acidental; Impreparação para o sexo e contracepção na primeira relação sexual; *"Planeamento é mais coisa de mulher"* Informação inicial /aconselhamento sobre contraceptivos é muito através dos media e amigos, profissionais de saúde – baixa influência familiar.	Aborto: percepções contraditórias dos técnicos de serviço social – mulheres pobres recusam a ideia vs. mulheres pobres utilizam muito esta prática. A utilização correcta dos métodos contraceptivos está relacionada com nível educacional da mulher. Sinal positivo por parte de alguns (emboar poucos) jovens rapazes de etnia cigana com abertura para a utilização do preservativo Percepção sobre o pobre: Característica central **–** **imediatismo**. Consequências em todas as esferas da vida das mulheres: práticas de planeamento familiar; formas de utilização de contracepção; planeamento das gravidezes. Volatilidade das relações, práticas e conhecimentos de contracepção com falhas são características das mulheres mais pobres.

Como se pode verificar na Tabela 5. 3 relativa às questões de acesso de utilização de cuidados de saúde materna (pré-concepcional, pré-natal, parto e pós-parto), o estudo de caso-controlo evidencia sobretudo diferenças de utilização associadas à condição social de pobreza da mulher. Quer em termos de consultas pré-concepcionais (menos utilizadas pelas mulheres não pobres), quer na vigilância pré-natal (as percentagens de vigilância tardia, i.e., depois das 15 semanas é superior nas mulheres muito pobres) e ainda em relação às consultas de revisão de puerpério (mais usadas pelas mulheres não pobres). Uma outra diferença resultante da análise quantitativa diz respeito à maior utilização do sector privado por parte das mulheres não pobres.

Como fica evidente na análise da tabela resumo (Tabela 5. 3), através do estudo qualitativo existem diferenças entre grupos socioeconómicos que são explicadas, mas também semelhanças que surgem. Em termos das diferenças entre grupos, temos que existe uma maior confiança no trabalho de médicos especialistas para o acompanhamento da gravidez e da saúde dos filhos, por parte de mulheres não pobres. Facto, eventualmente, explicativo e interligado com a maior utilização da medicina privada comprovada pelo estudo de caso-controlo.

As barreiras à utilização de cuidados de saúde materna são diferentes – barreira económica indicada por uma mulher não pobre (revelando as dificuldades e encargos financeiros resultantes da opção pelo sector privado); sobretudo indicada por mulheres pobres, a "barreira interna = medo" - de realização de exames, de contacto com profissionais de saúde devido ao sexo, sendo impeditiva de realização de consultas de revisão do parto (interligando com os dados quantitativos, que comprovam percentagens superiores de não utilização pelas mulheres muito pobres).

Mais uma vez surgem as especificidades da etnia cigana – com percepção de necessidades / procura dos cuidados de saúde materna nem sempre coincidentes com um modelo bio-médico de saúde, que enfatiza o carácter preventivo deste conjunto de cuidados. Ora, as mulheres ciganas, na sua maioria, relacionam a utilização e necessidade de cuidados de saúde pré-natal apenas com uma quebra de normalidade no decorrer da gravidez e as consultas de pós-parto perdem necessidade quando o bebé está bem e a mãe teve um parto normal.

É necessário chamar a atenção para a não homogeneidade das posições por parte das mulheres ciganas, motivada por uma representação influenciada pela existência de uma

doença crónica, que se sobrepõe aos aspectos culturais como influência e/ou motivação para as formas de utilização de cuidados de saúde materna.

As semelhanças entre grupos socioeconómicos evidenciadas pelo estudo qualitativo são a percepção generalizada de não haver muita necessidade de consultas pré-concepcionais. O desconforto sentido pelas mulheres quando os profissionais de saúde não dialogam e ignoram as explicações sobre intervenções clínicas e/ou medicação. Não se regista uma posição negativa das mulheres quanto ao número de exames e de consultas, sendo geralmente bem aceites e não consideradas "excesso de medicalização".

Um aspecto interessante prende-se com o facto de, embora compreendendo as informações e/ou explicações e recomendações dos profissionais de saúde sobre determinados procedimentos, medicação, exames, cuidados de diversa ordem, as mulheres nem sempre traduzem em práticas tais recomendações.

Quanto aos profissionais (saúde e social), eles percepcionam, de forma coincidente com toda a nossa evidência, que a utilização de consultas pré-concepcionais é muito reduzida.

E, obviamente, revelam nas suas percepções e considerações sobre as formas de utilização dos cuidados de saúde materna, por parte de mulheres pobres, as influências do modelo bio-médico de saúde, criticando a postura pouco preventiva que estas populações adoptam.

Os profissionais consideram ainda que uma vigilância pré-natal adequada ou tardia está sobretudo dependente da forma como o filho acontece nas vidas das mulheres, se foi ou não planeado, mais até do que relacionado com a condição socioeconómica de pertença. No conjunto de evidência disponível, de um e outro estudo, não tenho dados que permitam discutir esta posição.

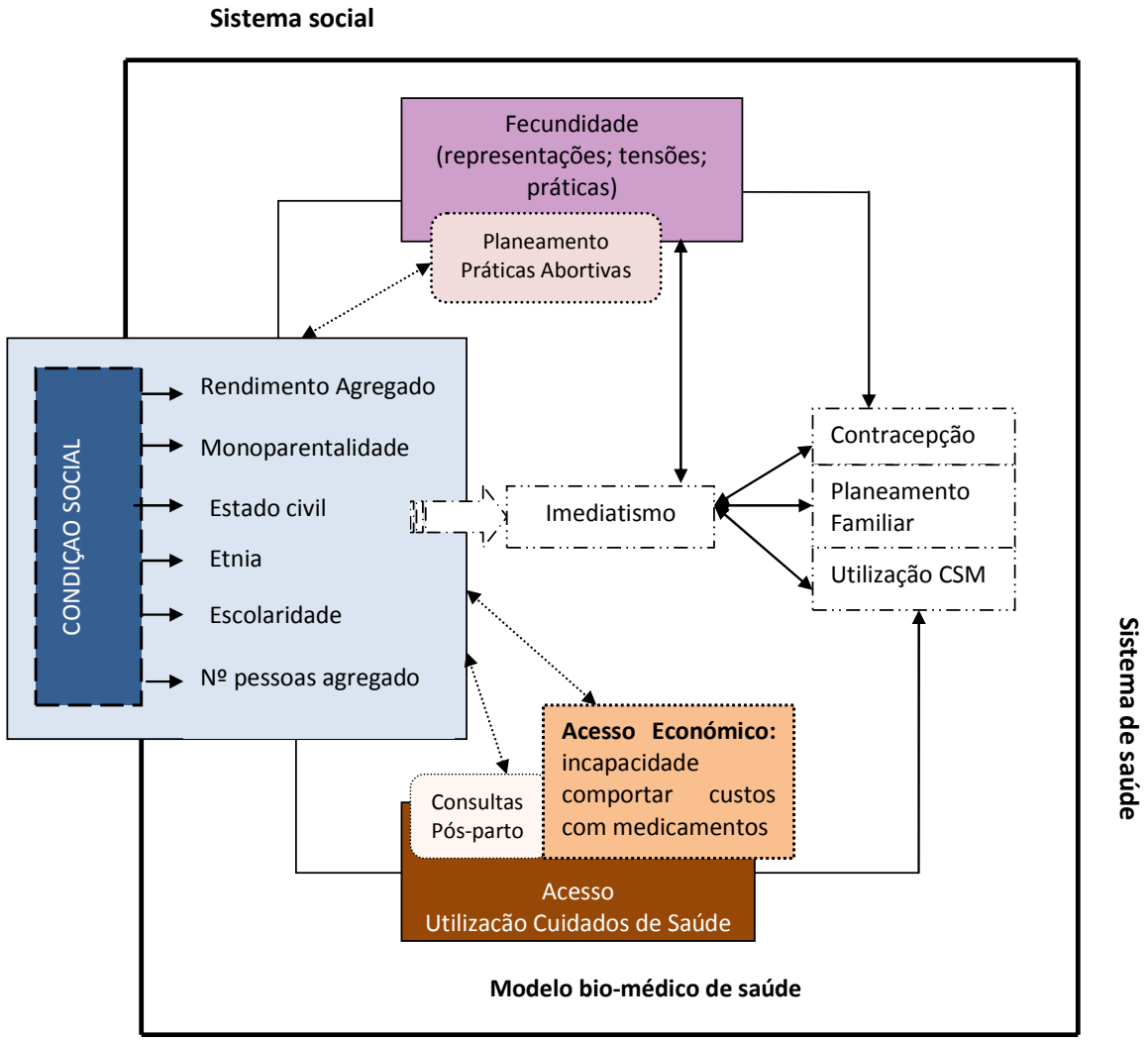
Finalmente, os profissionais de saúde percepionam uma boa aceitação por parte das mulheres sobre as indicações que são veiculadas sobre os cuidados a ter durante a gravidez. No entanto, não se revelou por parte dos profissionais de saúde a consciência dos factos que foram obtidos junto das mulheres, quer sobre o desconforto resultante de não haver explicações sobre os procedimentos clínicos, quer sobre o não seguimento das indicações e/ou recomendações dos profissionais de saúde.

Tabela 5. 3. Análise Conjunta: acesso e utilização de cuidados de saúde materna

Mulheres		**Profissionais**
Estudo caso-controlo	**Estudo qualitativo**	
Diferença entre grupos: O acesso económico – incapacidade de comportar custos dos medicamentos (mulher e algum outro elemento do agreagdo) é superior nas mulheres muito pobres* Utilização baixa de pré-concepcional, mas não pobres têm percentagens superiores de utilização; Vigilância pré-natal, mulheres muito pobres com maior percentagem de vigilância tardia (depois das 15 semanas); Maior utilização da medicina privada por parte de não pobres; Consultas de revisão do parto são mais usadas pelas mulheres não pobres**. * *Ter deixado de comprar medicamentos (para a mulher e alguma outra pessoa do agregado) é uma característica mais associada com as mulheres muito pobres.* * *Não fazer consulta de revisão do parto é uma característica associada às mulheres que pertencem ao grupo muito pobre.*	Diferença entre grupos: Maior confiança no trabalho de especialistas para acompanhamento de gravidez / saúde dos filhos; Especificidade de utilização na etnia cigana – procura de cuidados / necessidade de cuidados pré-natais relacionado com uma quebra de normalidade; Não homogeneidade de formas de utilização na mesma etnia (ter doença crónica sobrepõem-se enquanto influência no posicionamento perante o pré-natal); Barreiras à utilização são diferentes – económica considerada por não pobre (dificuldades em pagar no sector privado); vergonha / medo dos profissionais de saúde impeditivo de utilização, sobretudo revisão do parto. Semelhança entre grupos: Não há muita necessidade de pré-concepcional; Desconforto devido à falta de diálogo / explicações dos profissionais de saúde a propósito de intervenções clínicas e/ou medicação; Exames e consultas são bem aceites pelas mulheres, não sendo considerandos “excesso de medicalização”; Compreensão generalizada sobre exames / medicação e/ou recomendações dos profissionais de saúde, mas tal não significa práticas sempre concordantes com tais recomendações.	Profissionais pensam que a utilização de pré-concepcional é muito baixa; Influência do modelo bio-médico na forma como encaram os cuidados de saúde materna e pré-natal – deverá ser encarado de uma forma preventiva. A vigilância pré-natal, e o momento em que é iniciada, tardiamente ou não, depende do nível socioeconómico, mas sobretudo do facto daquele filho ter sido ou não desejado e/ou planeado. Percepção de boa aceitação das indicações médicas sobre cuidados a ter durante a gravidez.

Assim, com base em todos os resultados, comparação e integração, elaborei um modelo explicativo sobre as interligações entre: 1) a saúde - acesso e utilização de cuidados e a fecundidade; 2) condição social actual da mulher.

Figura 5. 1. Modelo Explicativo – interligações entre condição social, fecundidade e cuidados de saúde



IIIª PARTE: CONTRIBUTOS PARA O CONHECIMENTO

CAPÍTULO 6: CONCLUSÕES

Neste capítulo são apresentadas as conclusões dos resultados e das discussões, bem como da análise conjunta, e ainda algumas recomendações sobre actuações necessárias em áreas como a relação entre desigualdades sociais e saúde (planeamento familiar e cuidados de saúde materna) e a equidade dos sistemas de saúde, tendo em vista uma actuação intersectorial para reduzir desigualdades e iniquidades.

Colocando este trabalho numa lógica de perceber as características associadas no continuum de pobreza (nesta investigação foram definidos os grupos em estudo e colocados em diferentes lugares desse continuum – muito pobres, privação material máxima; pobres - assim considerados por terem alguma dependência em termos de ajuda social disponibilizada; não pobres – não cumpriam critérios para estar nas situações anteriores), procuraram-se os factores que explicam a posição relativa dos grupos nesse continuum.

Os estudos efectuados demonstraram a existência de características diferenciadas entre grupos sociais de condição social distinta - os gradientes de pobreza em termos de condições materiais de vida e privações; diferenças no meio envolvente e nas características ocupacionais quer das mulheres, quer dos seus cônjuges. E as distinções acontecem também em termos de fecundidade (nas práticas, nas representações, nas tensões existentes entre os filhos que as mulheres têm e os que queriam ter e/ou idealizavam) e em termos de acesso e utilização de cuidados de saúde reprodutiva (saúde materna e planeamento familiar). O tipo de dados e, portanto, de resultados obtidos com os estudos são diversos, mas complementares para compreender o objecto de estudo.

Ou seja, existem aspectos diferenciadores, por relação à condição social da mulher, por um lado, a etnia, a monoparentalidade, o escalão de rendimento baixo do agregado, a dimensão do agregado, a baixa escolaridade da mulher e o estado civil revelaram-se características associadas a uma maior chance de pertença a um grupo socioeconómico mais pobre.

Por outro, em termos de fecundidade, emergiu uma associação entre as mulheres mais pobres e uma característica relacionada com o facto de quererem ter menos filhos do que aqueles que têm. Isto, paralelamente com idealizações de filiação superiores nas mulheres mais pobres.

Perante a existência deste aparente paradoxo, coloca-se aqui também a hipótese de um eventual conflito interno, com condicionalismos do meio envolvente externo, como os aspectos culturais, o papel social de "ser mãe", a pressão exercida pela socialização em contexto de padrões de fecundidade elevados.

E, em termos de saúde, emergiu uma associação entre a não realização de consultas de revisão do parto e as chances superiores de pertencer a um grupo socioeconómico mais pobre. Haverá aqui lugar a um cuidado acrescido em termos de organização de cuidados de saúde para que este grupo de mulheres, com vulnerabilidades de vária ordem, sejam devidamente acompanhadas, orientadas, apoiadas para a realização deste tipo de consultas, envolvendo uma sensibilização para "gostar de si própria", de valorização individual, mesmo depois de o filho nascer.

As redes de sociabilidade são distintas consoante a posição que a mulher ocupa em termos de gradiente social, sendo que a posição é mais vulnerável para as mulheres muito pobres e pobres, quer em situação de doença, quer em situação de apoio para os filhos.

O nascimento dos filhos está envolto em apoios diversos, sendo que as distinções no tipo de apoio que as mulheres recebem estão ligadas às diferenças na sua condição social. Ou seja, as mulheres mais pobres têm ajuda daqueles que as rodeiam sobretudo de "materiais para o bebé" e muito menos de "apoio afectivo". Se a isto somarmos o aparente conflito em relação aos filhos, já referido (porque estão mais situadas no pólo de tensão negativa de fecundidade, i.e., têm mais filhos do que aqueles que queriam ter). Em jeito de conclusão, configura-se uma situação de aparente vulnerabilidade psicológica, que considero merecedora de atenção. Se adicionarmos todas as outras vulnerabilidades temos um panorama que justifica cuidados acrescidos em termos de intervenção multisectorial a estes grupos populacionais.

Os estudos vêm mostrar que também em termos de privação material (menor capacidade financeira para "ir ao restaurante, uma vez por mês", para receber "amigos e familiares para uma refeição em casa") existe um efeito em termos de diluição das sociabilidades para grupos já tão fragilizados a outros níveis.

Mas os eventuais efeitos das privações materiais far-se-ão sentir também em termos de saúde das populações, uma vez que ficam demonstradas as situações mais gravosas para as mulheres mais pobres, quer em termos de conseguir "fruta e vegetais frescos todos os dias", fazer "duas refeições quentes por dia", condições deficientes de habitalidade – "fundações,

paredes e chão húmidos" e "poluição e problemas ambientais" no meio envolvente, acrescido de "vizinhos barulhentos" e "crime e vandalismo nas áreas de residência".

Ao descrever, analisar e caracterizar os gradientes de pobreza e privação múltipla entre os grupos de mulheres em estudo posso concluir que não são poucos os aspectos que diferenciam as mulheres pobres em relação às mulheres não pobres, são isso sim maioritariamente as características que as aproximam das mulheres muito pobres. Ou seja, este grupo de pessoas está particularmente envolta numa multiplicidade de riscos sociais, uma vez que são mulheres que têm filhos, trabalham, têm redes de sociabilidade enfraquecidas e não podem contar com a ajuda do Estado em termos de medidas de apoio social, não sendo elegíveis, por exemplo, para o RSI. Urge rever as condições de atribuição de medidas, não necessariamente com a configuração actual, mas que tenham em atenção este conjunto populacional.

Também em termos de padrões de fecundidade (número de filhos que as mulheres tiveram, idealizaçao de fecundidade, tensões resultantes das diferenças entre as práticas de fecundidade e os ideais expressos, idade precoce de entrada na parentalidade) as mulheres muito pobres e pobres aproximam-se, deixando mais afastadas as mulheres não pobres. As semelhanças acontecem também em termos de precocidade no início das relações sexuais, com elevadas percentagens de primeiras relações sexuais desprotegidas. Sendo que também existem distinções entre as mulheres que referiram o uso de preservativo nessa primeira relação sexual – utilização superior nas mulheres não pobres.

A actividade sexual começa muito cedo nas vidas das jovens, independentemente da proveniência socioeconómica, pelo que esse é um aspecto que, penso, deverá continuar a ser considerado em termos de saúde sexual e reprodutiva por parte das diferentes entidades no que se refere à educação e promoção para a saúde.

Um aspecto diferenciador entre mulheres muito pobres, comparativamente a mulheres pobres e não pobres prende-se com as percentagens superiores quanto ao carácter *acidental* do último filho.

As áreas relativas ao planeamento de gravidezes, intencionalidade e acidentalidade envolvida na situação da gravidez estarão mais dependentes de interligações conjugais, condicionalismos internos, do que da posição socioeconómica. Será resultado de uma interface de prós e contras, que conjugados resultam ou não em gravidez. O que parece

também evidente é que uma boa parte da responsabilidade, aliás assumida, pertence à mulher, o que lhe deixa na maioria das vezes o poder da decisão quanto ao percurso de fecundidade.

Parece haver necessidade de estudos sobre gravidez não planeada – sobretudo em contextos urbanos pobres, nomeadamente através da comparação entre as representações acerca da maternidade das mulheres e dos profissionais deixa antever a necessidade de mais conhecimento sobre estas temáticas e intervenções.

Estes factos não nos podem deixar perder de vista, quer as especificidades étnicas emergentes nos diferentes estudos e perspectivas dos diversos actores sociais auscultados, quer as especificidades inerentes a contextos relacionais em que a mulher perde qualquer tipo de controlo relativamente ao parceiro (por exemplo, existência de violência). Esta é uma área a merecer mais atenção em termos de estudos e aprofundamento do conhecimento, nomeadamente as situações de violência durante a gravidez, com todas as consequências psicológicas e físicas, para mulheres e gerações futuras.

De facto, as características étnicas específicas sobressaem em todos os estudos e sob todos os ângulos e perspectivas de análise. Ou seja, a atenção dada aos grupos vulneráveis deverá ter em conta os aspectos de privação material e a pobreza, mas também a heterogeneidade existente nas populações vulneráveis. Nomeadamente, as especificidades da etnia cigana e os aspectos culturais devem ser considerados nas políticas, nas acções de promoção de saúde e prevenção da doença.

Gostaria de enfatizar a necessidade de estudos em que também a perspectiva masculina seja considerada e estudada, nomeadamente no que se refere ao papel do parceiro na contracepção, no planeamento familiar e no planeamento das gravidezes. Estes estudos de género parecem tanto mais pertinentes se tiverem em consideração as especificidades de várias etnias. Por exemplo, a etnia cigana que, tanto quanto consegui perceber, é muito pouco estudada ainda em Portugal relativamente às questões sobre saúde. E menos ainda dando voz a estas representações masculinas, facto que assume neste contexto cultural uma importância acrescida quando sabemos que as mudanças só se poderão fazer sentir se a perspectiva do homem for ponderada.

Com a intenção de discutir as questões de equidade no acesso à saúde tenho presente os aspectos relativos à acessibilidade ao sistema de saúde, com preferência idêntica por todas as mulheres pelo SNS, com os serviços de saúde da SCML a ser usados, maioritariamente, por mulheres muito pobres e pobres. Este apoio recebido da SCML é, aliás, enfatizado por muitas

destas mulheres, reconhecendo a diferença que este apoio faz, sobretudo dando a posssibilidade de acesso e utilização de consultas com médicos especialistas (as especialidades de oftalmologia e dentista foram destacadas).

A existência de seguro privado de saúde manifestou pouca expressão, ao contrário da indicação sobre a elevada percentagem de mulheres que revelou ter médico de família. Este dado surge concerteza enquadrado numa política de saúde dos últimos anos, que procurou reformar os cuidados de saúde primários, incrementado nomeadamente a sua acessibilidade.

Quanto ao acesso geográfico, verificaram-se diferenças em termos socioeconómicos, com as mulheres mais pobres a deslocarem-se mais a pé para o Centro de Saúde e as mulheres não pobres a usarem mais o automóvel. Para a deslocação ao hospital, mantendo as diferenças em termos de gradientes sociais, mas neste caso com as mulheres muito pobres e pobres a usarem mais o transporte público. Deverá ser indicativo de que os Centros de Saúde terão uma proximidade física superior, que permite deslocações a pé e o hospital, ficando mais longe, necessitará de deslocações em transportes públicos. Também as mulheres muito pobres e pobres que usam os serviços de saúde da SCML se deslocam sobretudo a pé, muito se devendo certamente ao facto de as unidades de saúde da SCML se encontrarem localizadas preferencialmente nos “bairros sociais”, com uma política de “proximidade”.

As questões relacionadas com a incapacidade para comportar custos de saúde - deixar de comprar medicamentos, sobretudo, para as próprias mulheres, não poder pagar consultas em médicos especialistas e dentistas - revelam-se sérias, na medida em que fazem emergir as diferenças em termos de grupos socioeconómicos, constituindo-se como um factor associado com as iniquidades em saúde ainda existentes em Portugal. Como é sabido pelos estudos realizados, estas são também causas de pobreza. Assim, esta é uma das áreas a merecer actuação prioritária no sentido de contribuir para que caminhemos para uma sociedade com mais equidade.

Parece-me pertinente ressalvar uma possível linha de investigação a explorar, ou seja, analisar o impacto do custo dos medicamentos na situação social das famílias, mas também investigar a pobreza como factor de limitação das capacidades de aquisição de medicamentos.

As diferenças baseadas no estatuto socioeconómico revelaram-se também em termos do tempo de espera para a utilização dos cuidados de saúde, no Centro de Saúde – mulheres

muito pobres têm percentagens superiores de espera, i.e., mais do que um dia de espera pela última consulta.

As mulheres não pobres revelaram uma percepção mais negativa sobre a disponibilidade de cuidados de saúde na área de residência, relativamente às mulheres muito pobres e pobres, ou seja, mais uma vez existem diferenças baseadas na condição social da mulher.

Mas em termos de utilização de cuidados as diferenças continuam, com as mulheres não pobres a utilizarem menos vezes o Centro de Saúde. Quanto às especialidades médicas utilizadas no Centro de Saúde as diferenças baseadas no grupo socioeconómico aconteceram apenas relativamente às consultas de pediatria, com as mulheres muito pobres a revelarem usar mais. Muito povavelmente este facto está relacionado com a maior utilização do sector privado pelas mulheres não pobres, incluindo ainda as consultas pré-concepcionais, as consultas pré-natais e a realização do parto, bem como o tipo de parto – maior percentagem de cesarianas entre as não pobres.

A utilização de consultas de pediatria e de vigilância pré-natal nas unidades de saúde da SCML é elevada por parte das mulheres pobres, deixando novamente antever a importância atribuída ao apoio de saúde recebido pela Misericórdia.

Relativamente à utilização de cuidados de saúde materna as consultas pré-concepcionais são muito pouco usadas pelas mulheres de todos os grupos, quer no primeiro quer no último filho, mas em ambos os casos os resultados indicam as diferenças por parte dos grupos socioeconómicos (as mulheres menos desfavorecidas usam mais). O local escolhido para a realização das consultas pré-concepcionais foi maioritariamente o Centro de Saúde, no primeiro e último filhos, logo seguido da medicina privada, mas com registo de diferenças socioeconómicas nesta escolha (as mulheres não pobres são quem mais utiliza a medicina privada).

Quanto à vigilância pré-natal os resultados são muito evidentes no sentido de existência de diferenças resultantes dos gradientes sociais, e embora a grande maioria das mulheres revele ter recebido algum cuidado de saúde quer no primeiro quer no último filho, quando se analisam os dados relativos à adequação da vigilância pré-natal (antes e depois das 15 semanas) percebem-se as diferenças existentes entre mulheres pobres, comparando com as não pobres. Haverá aqui lugar a um trabalho mais específico de acompanhamento a este grupo de mulheres, com a promoção de práticas de vigilância de saúde pré-natal adequadas em mulheres provenientes de contextos de pobreza.

A maioria das mulheres fez as consultas pré-natais no Centro de Saúde, quer no primeiro quer no último filho, e a análise revelou a existência de gradientes sociais nesta utilização, isto é, as mulheres não pobres utilizaram menos o Centro de Saúde, o hospital e a SCML e muito mais a Medicina Privada, por oposição às formas de utilização das mulheres muito pobres e pobres.

Na questão relativa ao profissional de saúde que fez as consultas pré-natais, os resultados indicam que, no primeiro filho, as mulheres referem de forma idêntica o obstetra e o médico de família e que, no último filho, as percentagens totais são maiores para a realização das consultas no obstetra seguido do médico de família, com a existência de diferenças significativas entre os grupos, possivelmente relacionadas com os dados anteriores de uma maior utilização da medicina privada por parte das mulheres não pobres.

O local do parto preferencial é o hospital público, quer do primeiro quer do último filho, sendo que são as mulheres não pobres que, maioritariamente, contribuem com respostas para os partos no sector privado. Revelando-se mais uma vez os gradientes sociais e as diferenças existentes entre os grupos socioeconómicos.

Finalmente, quanto à utilização de consultas de revisão do parto, no primeiro e no último filho, os resultados mostram que a maioria das mulheres afirmam fazê-las sendo que, mais uma vez, se verificam diferenças significativas nesta utilização por parte das mulheres dos três grupos, com as muito pobres e pobres a usarem muito menos estes cuidados de saúde do que as não pobres.

Em todos os aspectos que dizem respeito aos cuidados de saúde materna (pré-concepcional, pré-natal, parto e pós-parto) estes estudos mostram a existência de padrões de utilização de cuidados de saúde marcadamente diferentes por parte das populações mais pobres.

Na esteira do mais recente relatório da OMS sobre saúde das mulheres (WHO, 2009) importa reforçar a ideia de que o reforço que os sistemas de saúde dedicarem a melhorar a saúde das mulheres, será um investimento na melhoria da saúde das suas famílias, comunidades e sociedade em geral.

Existem distribuições desiguais em vários itens, bem como os gradientes de pobreza já discutidos, ou seja, evidentemente estamos perante a existência de desigualdades. Diferenças na distribuição de recursos e na distribuição do acesso e utilização de cuidados de saúde. Isto é, comparativamente entre grupos, encontraram-se características que denunciam a existência de pobreza e desigualdades sociais.

A existência das diferenças na acessibilidade e no acesso geográfico e económico, marcada pelas diferenças em termos de gradientes sociais, deixa em aberto a necessidade de actuar no sentido de que o sistema de saúde tenha políticas de promoção da equidade. Penso, pois, que fica realçada também a importância de considerar as questões da equidade de acesso, nomeadamente económico, na investigação desenvolvida sobre "sistemas de saúde". As (in)capacidades e desigualdades podem ser aferidas indirectamente pelo acesso, neste caso como se comportavam os elementos dos três grupos relativamente ao acesso e à utilização de cuidados de saúde reprodutiva (saúde materna e planeamento familiar).

Será necessário fazer a avaliação da forma como o sistema de saúde tem integrado ou não o objectivo de obter a equidade em saúde e nos cuidados de saúde.

Parece que fica evidente a necessidade de monitorizar quais as interacções entre as políticas, de saúde e sociais, e a variabilidade nas desigualdades sociais ao longo do tempo, ou seja, a importância de monitorizar os efeitos das políticas nos grupos vulneráveis. Só avaliando poderemos saber se as medidas devem continuar com conteúdo e formas de implementação actuais ou se, pelo contrário, deverão acontecer mudanças nas medidas de apoio para melhorar as condições sociais e de saúde das populações.

Mudanças de políticas que poderão, inclusivamente beneficiar das sugestões que foram encontradas, comparatavimente, entre as perspectivas das mulheres e dos profissionais. Existe aqui o que me parece ser uma vantagem adicional, na medida em que é uma síntese de propostas de alterações que resulta, por um lado, de quem beneficia efectivamente, ou potencialmente, das medidas e, por outro, de profissionais que têm muito conhecimento das realidades, do "terreno" colocando as suas próprias palavras.

E o que transparece em termos de recomendações de mulheres e profissionais são algumas semelhanças: relevo para as áreas do trabalho, da saúde e da educação, mas sobretudo as diferenças. Ou seja, as mulheres referem o combate "à privação material" (mais dinheiro e alimentos para os filhos), que não é equacionado pelos profissionais. Estes colocam as prioridades no combate "à falta de recursos". Um factor de esperança parece ser a menção que as mulheres (pobres) fazem ao factor trabalho, à necessidade de apoios para criarem os seus próprios empregos, para mudarem a sua situação económica e social. Isto é, a perspectiva subjacente será de criar mecanismos que tendencialmente cortem a situação de dependência e não perpetuem o assistencialismo.

Os profissionais de saúde continuam a mencionar a necessidade de formação de recursos humanos, de fortalecer competências relacionais, de forma a melhorar o relacionamento das mulheres (e utentes em geral) com os profissionais de saúde.

A variedade de medidas de intervenção propostas pelos profissionais revela uma consciência da complexidade dos fenómenos em causa, da necessidade de respostas diferenciadas, que estejam de acordo com as exigências que advêm do facto de estarmos a equacionar realidades em constante mutação, registando-se o aparecimento de novos grupos sociais atingidos pela pobreza de par com situações de pobreza "persistente". Daí a importância da revisão da política social, bem como da política de saúde ou ainda das propostas de articulação entre saúde / social e educação / emprego.

No seguimento de outros (nomeadamente, Sakellarides, 2005; OECD, 2003) parece-me importante persistir com a indicação sobre a necessidade de existir uma "governação horizontal" e a intersectorialidade, com a actuação de outras políticas sectoriais no sentido de combater as desigualdades em saúde e promover a melhoria da saúde das populações pobres.

Através da análise da evolução normativa das políticas de saúde e cuidados de saúde materno-infantis, fica evidente a relação intrínseca entre as áreas sociais, o próprio papel da Misericórdia e da "assistência" e a área da saúde. Portanto, é longa a tradição de perspectivar os diferentes campos de actuação de forma interligada, resta saber se é possível reaproximar as diferentes áreas que por razões históricas, conjunturais e estruturais se foram, em certa medida, apartando.

Desta investigação estudo sai, também, reforçada a importância de estudar as representações dos diversos actores sociais: "utentes / clientes" dos serviços de saúde / da intervenção social, dos diferentes profissionais (de saúde, trabalhadores sociais), adicionar os responsáveis políticos e/ou decisores dos diferentes níveis (governo, autarquias, instituições locais), dos vários sistemas implicados (social, saúde, educação), de par com os estudos sobre as características objectivas do problema da pobreza e as situações de fecundidade. Estudando as diferentes representações, evidenciando os aspectos em que todos convergem, mas também os que os separam, poderemos contribuir para a definição de políticas mais condizentes com a(s) realidade(s) e logo mais eficientes e efectivas.

"*e agora pergunta qual é o sucesso? É que se calhar das 80 se salvarmos 2 é uma grande taxa de sucesso aqui, se 2 romperam o ciclo, agora nós somos muito poucos*" GF_T2

A frase acima foi referida por um dos técnicos de serviço social, num dos grupos focais, e a razão para ter sido aqui mencionada prende-se com o facto de considerar que resume de uma forma feliz toda a discussão acerca do RSI que empreendi, quer com as mulheres beneficiárias da medida, quer com os técnicos que com elas trabalham. Porque aborda o tema do "sucesso", incita a questionarmo-nos sobre o que esse conceito significa num contexto de pobreza extrema, porque trata-se de uma medida prevista para lidar com os muito pobres, consequentemente com máximos de "privação material". Não pretendia com o estudo, nem pretendo com as conclusões avaliar a medida RSI, mas apenas compreender sob várias perspectivas algumas das realidades e características do apoio recebido.

Realço o facto de o factor "trabalho" se revelar central, na medida em que as principais dificuldades citadas pelas mulheres para os cumprimentos / incumprimentos dos acordos de inserção se prenderem com o não alcançar de um lugar no mundo laboral. Associada de forma transversal a esta dificuldade aparecem as já mencionadas debilidades em termos de redes de apoio (sociais / creches), que precisamente se constituem como um dos mais mencionados entraves a conseguir cumprir os referidos programas de inserção na vertente trabalho. Ou seja, fazendo a ligação com os aspectos já discutidos sobre as vulnerabilidades das redes de sociabilidade, é forçoso concluir que os apoios a serem fornecidos terão necessariamente de ter este aspecto em atenção, sob pena de não serem eficazes e efectivos.

O desconhecimento revelado pelas beneficiárias sobre os significados dos programas de inserção, e dada a centralidade que estes assumem na medida RSI, parece ser indicador da necessidade de intervenção direccionada neste sentido.

Um outro aspecto a merecer alguma atenção, parece ser o carácter "*demasiado ambicioso*" dos programas de inserção – com muitas medidas contratualizadas e, por outro, com a necessidade de "*trabalhar competências muito básicas"*, denunciando as dificuldades resultantes, nomeadamente dos fracos níveis educacionais da generalidade desta população. A actuação em termos de reforço dos níveis educacionais continua a revelar-se necessária, devendo por isso ser um aspecto prioritário.

São realçados aspectos positivos da medida: ter permitido a interiorização da necessidade de escola e vacinação por parte de beneficiários; ter sido meio para aquisição de competências por vezes "*básicas*", mas indispensáveis para os grupos mais desfavorecidos; fornecer a "*resposta social*" de que o país precisa. Os aspectos negativos são: dificuldades de que as

parcerias funcionem; tempos de permanência exagerados na medida, contrariando a lógica inerente a este apoio social; o RSI visto como "*prestação social de direito*" pelos beneficiários, sem "*deveres*" associados; os problemas existentes em termos de aplicação da medida; poucos técnicos para fazerem o devido acompanhamento da medida. Registam-se as dificuldades do trabalho articulado em parceria para obter respostas de combate às desigualdades sociais e à pobreza. Mas também a falta de recursos humanos para fazer o devido acompanhamento das populações que beneficiam da medida.

O objectivo deveria ser no sentido de que os beneficiários de um apoio do Estado não necessitassem de ser "acompanhados", mas antes procurar que a responsabilização funcionasse, isto é, se as regras não são cumpridas, as consequências precisam ser claras e consequentes. Caso contrário, persistirão as situações mencionadas de "navegar na medida", aproveitando as suas fragilidades, nomeadamente de "acompanhamento".

Relativamente à posição que a área da saúde assume nos programas de inserção, é consensual que a sua consideração existe quando se adequa e tal é necessário para melhorar a condição social e favorecer a inserção do agregado, segundo o diagnóstico social elaborado acerca de cada beneficiário do RSI. Mas foi um dos aspectos mencionados pelos técnicos de serviço social como não sendo da sua "responsabilidade". Sabendo das intercausalidades, isto é, os problemas de saúde agravam a pobreza e esta contribui para o aparecimento e/ou agravamento de problemas de saúde, parece que algo deveria ser considerado para mudar.

Questiono-me ainda sobre as razões porque a nomenclatura adoptada se mantém em termos de política de saúde materno-infantil (SMI), ao contrário do que é o movimento internacional (cfr. indicações, nomeadamente, das Conferências do Cairo e Pequim) na área: para que seja saúde sexual e reprodutiva. Mas o facto é que esta designação nunca aparece, tanto nos documentos legais como nos documentos técnico-normativos. Haverá aqui mais do que uma simples diferença linguística ou traduzir-se-á na organização e nas práticas em termos de cuidados disponibilizados às populações? Um aspecto fundamental a considerar é que esta política de saúde sexual e reprodutiva seja inclusiva, abrangendo respostas a necessidades de homens e mulheres, com respostas adequadas por parte do sistema de saúde.

O último assunto que gostaria de referir está relacionado com os aspectos metodológicos da investigação. A opção tomada no sentido de utilizar uma abordagem mista, qualitativa e quantitativa, com resultados analisados de forma conjunta e complementar, desenvolvendo um modelo resultante desta comparação, efectuando um processo de triangulação

metodológica parece-me ter sido uma opção pertinente para estudar fenómenos como estes, com um nível elevadíssimo de interligações.

Contudo, é necessário reconhecer as dificuldades em termos de recolha de dados, de tratamento e análise de uma quantidade avassaladora de informação, com uma grande dimensão de variáveis envolvidas, de perspectivas de diferentes actores sociais e de níveis de análise (simples e comparativa).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOUZAHR, C. (1988), "Improving access to quality maternal health services", *Planned Parenthood Challenges / International Planned Parenthood.* 1: 6-9.

AGUIAR, P. (2007), *Guia Prático Climepsi de Estatística em Investigação Epidemiologia: SPSS.* Climepsi Editores, Lisboa.

ALBARELLO, L., DIGNEFFE, F., *et al* (1995), *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva, Lisboa.

ALBUQUERQUE, C. M. S e OLIVEIRA, C. P. F. (2006), *"Saúde e Doença: Significados e Perspectivas em Mudança"*, p. 1-11 on-line em www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25_27.htm

ALCALAY, R.; GHEE, A. e SCRIMSHAW, S. (1993), "Designing prenatal care messages for low-income Mexican women", *Public Health Reports,* 108 (3): 354-362.

ALMEIDA, J. F. de e PINTO, J. M. (1982), *A investigação nas ciências sociais*. Presença, Lisboa.

ALMEIDA, J. F. et al (1992), *A exclusão social – factores e tipos de pobreza em Portugal.* Celta Editora, Oeiras.

ALVES, O.; MENDONÇA. D. e MACIEL-BARBOSA, A. (2005), "Saúde da mulher e da criança: necessidades, comportamentos e atitudes". *Revista Nacional de Saúde Pública*, 23 (1): 69-80.

ARBER, S.; KHLAT, M. (2002), "Introduction to 'social and economic patterning of women's health in a changing world". *Social Science and Medicine*, 54: 643-647.

ATKINSON, S. e FARIAS, M. F. (1995), "Perceptions of risck during pregnancy amongst urban women in Northeast Brasil", *Social Science and Medicine*, vol. 41 (11): 1577-1586.

BACHRACH, C. A. e NEWCOMER, S. (1999) "Intended pregnancies and unintended pregnancies: distinct categories or opposite ends of a continuum?". *Family Planning Perspectives*, 31 (5): 251-252.

BAILEY, K. D (1994). *Methods of Social Research.* (4th edition), The Free Press, NY.

BALSA, C; BONETI, L. W. e SOULET, M. (org.) (2006), Conceitos e dimensões da pobreza e da exclusão social, uma abordagem transnacional. Editora Unijuí e CEOS – Investigações Sociológicas, Rio Grande do Sul.

BAPTISTA, I.; PERISTA, H. e REIS, A. L. (1995), *A pobreza no Porto: representações sociais e práticas institucionais.* Cadernos REAPN – Rede Europeia Anti-Pobreza / Portugal, Porto.

BARDIN, L. (2008). *Análise de Conteúdo*. Edições 70, Lisboa.

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTROM (2003), *Epidemiologia Básica,* ENSP, Lisboa.

BELL, J. (1993), *Como realizar um projecto de investigação.* (3ª ed.), Gradiva, Lisboa.

BERGHMAN, Y. (1995), "Social Exclusion in Europe: Policy Context and Analytical Framework" in G. Room (ed.), *Beyond the Threshold: The Measurement and Analysis of Social Exclusion*. Bristol, The Policy Press, p. 10-28.

BIRD, C. E.; RIEKER, Pa. P. (1999), "Gender matters: an integrated model for understanding men's and women's health", *Social Science and Medicine.* 48: 745-755.

BISCAIA, A. et al (2008), *Cuidados de Saúde Primários em Portugal – reformar para novos sucessos.* (2ª ed.), Grande Prémio Fundação AstraZeneca, 2005.

BLAXTER, M. (1990), *Health and Lifestyles*. Tavistock, London.

BOGDAN, R. e BIKLEN, S. (1994), *Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos.* Porto Editora, Porto.

BOWLING, A. (1999), *Research Methods in Health: investigating health and health services.* Open University Press, Buckingham, Philadelphia.

BRAVEMAN, P. e GRUSKIN, S. (2003), "Defining equity in health", *Journal of Epidemiology and Community Health.* 57: 254-258.

BRAVEMAN, P. A.; EGERTER, S.A.; CUBBIN, C . e MARCHI, K. S (2004) "An approach to studying social disparities in health and health care", *American Journal of Public Health*, vol. 94 (12): 2139-2148.

BRAVEMAN, P. (2006), "Health disparities and health equity: concepts and measurements", *Annual Review of Public Health.* 27: 167-194.

BRAVEMAN, P. (2007), "We also need bold expirements: A response to Starfield's "Commentary: Pathways of influence on equity in health", *Social Science and Medicine*, 64: 1363-1366.

BRESLOW, N. E. e DAY, N. E. (1980), *Statistical Methods in Cancer Research*. vol.1 – The analysis of case-control studies, WHO, International Agency for Research on Cancer, Lyon.

BRYMAN, A. (2004), *Social Research Methods*. Oxford University Press, UK.

BRUTO DA COSTA, A. (1984), "Conceitos de Pobreza", Estudos de Economia. Vol. IV, nº 3, Abril-Junho, pp. 275-295.

BRUTO DA COSTA, A. (1985), *A pobreza em Portugal*. Cáritas Portuguesa, Lisboa.

BRUTO DA COSTA, A. (1991), *Minorias étnicas pobres em Lisboa.* Centro de Reflexão Cristã, Lisboa.

BRUTO DA COSTA, A. (1998a), *Exclusões Sociais.* Colecção Fundação Mário Soares, Gradiva, Lisboa.

BRUTO DA COSTA, A. (1998b), "Depoimento" in Debates Presidência da República, *Pobreza, Exclusão: Horizontes de Intervenção.* INCM.

BRUTO DA COSTA, A. (coord.) (2008), *Um olhar sobre a Pobreza: vulnerabilidade e exclusão social no Portugal contemporâneo.* Gradiva, Lisboa.

BUEKENS, P., et al (1993), "A Comparison of prenatal care use in the United States an Europe", *American Journal of Public Health*. vol. 83, nº 1: 31-36.

BURGESS, Robert G. (1984), *A pesquisa de terreno, uma introdução*. Celta Editora, Oeiras.

BUSS, P. e PELLEGRINI, A. (2007), "A saúde e seus determinantes sociais", *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, 17 (1): 77-93.

CABRAL, M. V. (2002), *Saúde e Doença em Portugal. Inquérito aos comportamentos e atitudes da população portuguesa perante o Sistema Nacional de Saúde.* (com a colaboração de Pedro Alcântara da Silva e Hugo Mendes), Imprensa de Ciências Sociais, Lisboa.

CABRAL, M. V. e SILVA, P. A. (2009), *O Estado da Saúde em Portugal*, Imprensa de Ciências Sociais, Ministério da Saúde, Lisboa.

CALNAN, M. (1987), *Health and Illness: The lay perspective*. Tavistock, London.

CAMPBELL, J. D.; MITCHELL, P.; STANFORD, J. B. e EWIGMAN, B. G. (1995) "Validating a model developed to predict prenatal care utilization", *The Journal of Family Practice*, vol. 41 (5): 457-464.

CAMPOS, A.C. (1983), *Saúde: o custo de um valor sem preço.* Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos, Lisboa.

CAPUCHA, L. (1998a), "Pobreza e Exclusão Social e Marginalidades", cap.7, pp. 209 – 242, in José Manuel Leite Viegas e António Firmino da Costa (ed.), *Portugal Que Modernidade?* Celta Editora, Oeiras.

CAPUCHA, L. (1998b), *Rendimento Mínimo Garantido: avaliação da fase experimental.* Ministério do Trabalho e da Solidariedade, CIES, Lisboa.

CARAPINHEIRO, G. (1986), "A saúde no contexto da sociologia", *Sociologia – Problemas e Práticas*, (1): 9-22.

CARAPINHEIRO, G. e PAGE, P. (2002), "As determinantes globais do sistema de saúde português", cap.3, pp.81-121, in Pedro Hespanha e Graça Carapinheiro (orgs.), *Risco Social e incerteza, pode o Estado Social recuar?* Edições Afrontamento, Porto.

CARAPINHEIRO, G. (2005) "Do bio-poder ao poder médico", *Revista Estudos do Século XX – Ciencia, Saúde e Poder*, (5): 383-398.

CARDOL, M.; GROENEWEGEN, P. P.; SPEEUWENBERG, P; VAN DIJK, L; VAN DEN BOSCH, W. e BAKKER, D. H. (2006), "Why does it run in families? Explaining family similarity in help-seeking behavior by shared circumstances, socialization and selection", *Social Sciences and Medicine*, 63: 920-932.

CARDOSO, S. (2002), *Representações Sociais dos Distúrbios Alimentares – Estudo empírico junto a ex-pacientes, familiares e técnicos de saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia.

CARMO, H. (1996), *Exclusão Social: Rotas de Intervenção.* Universidade Técnica de Lisboa, ISCSP.

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela Malheiro (1998), *Metodologia da Investigação, Guia para a auto-aprendizagem*. Universidade Aberta, Lisboa.

CASTEL, R. (1995), *Les metamorphoses de la question sociale: une chronique du salariat*. Fayard, Paris.

CASTEL, R. (2000), "The road to disaffiliation: insecure work and vulnerable relationships", *International Journal of Urban and Regional Research*, 24 (3): 519-535.

CHAKRABORTY, N.; ISLAM, M. A.; CHOWDHURY, R. I.; BARI, W. e AKHTER, H. H. (2003), "Determinants of the use of maternal health services in rural Bangladesh", Health *Promotion International*, vol. 18 (4): 327-337.

CIDM (COMISSÃO PARA A IGUALDADE E PARA OS DIREITOS DAS MULHERES) (1999), *A Abordagem Integrada da Igualdade de Género,* Agenda Global nº 3, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa.

CIDM (COMISSÃO PARA A IGUALDADE E PARA OS DIREITOS DAS MULHERES) (2001a), *Situação das Mulheres, Portugal 2001*. Lisboa.

CIDM (COMISSÃO PARA A IGUALDADE E PARA OS DIREITOS DAS MULHERES) (2001b), *Plataforma de Acção de Pequim, 1995 e Iniciativas e Acções Futuras: Igualdade de Género, Desenvolvimento e Paz para o Século XXI,* Agenda Global nº 5, Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa.

CNRM (2002), *Avaliação de impactes do Rendimento Mínimo Garantido – Caracterização dos perfis de beneficiários RMG: Família com problemas de saúde*. IDS – Colecção Estudos, Lisboa.

COCKERHAM, W. C. (1983), "The state of medical sociology in United States, Great Britain, West Germany and Austria: applied vs. pure theory", *Social Science and Medicine*. 17 (20): 1513-27.

COCKERHAM, W. C. (1988), "Medical Sociology", cap. 17, pp 575-599 in Neil J. Smelser (ed,), *Handbook of Sociology*. Sage Publications, London.

COE, Rodney M. (1978), *Sociology of Medicine*. (2º ed.), McGraw-Hill Book Company.

CONCEIÇÃO, C. *Webpage* pessoal (2009), acedido *on-line* em Agosto de 2009 em http://www.ensp.unl.pt/claudiac

CORREA, S.; JANNUZZI, P.M. e ALVES, J. E. D. (2003), *"Direitos e Saúde Sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores"*. p.1-16, on-line em www.abep.org.br/fotos/Dir_Sau_Rep.pdf

CROSBY R.; SANDERS, S.; YARBER, W. L. e GRAHAM, C. A. (2003) "Condom-Use Errors and Problems, A Neglected Aspect of Studies Assessing Condom Effectiveness". American Journal of Preventive Medicine, 24(4): 367-370.

CRESSWELL, J. W., (2009), *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Method Approaches.* 3th edition. Sage Publications, London.

CSDH (2008), *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization, Geneva.

CSDH (COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE) (2005), *Rumo a um Modelo Conceitual para Análise e Acção sobre os Determinantes Sociais de Saúde*. Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde, p.1-36.

CUBBIN, C.; BRAVEMAN, P. A.; MARCHI, K. S.; CHAVEZ, G.; SANTELLI; J. S. e GILBERT, B. J. S. (2002) "Socioeconomic and racial/ethnic disparities in unintended pregnancy among postpartum women in California". Maternal and Child Health Journal, 6 (4): 237-246.

CUNHA, V. (2004), "A Fecundidade das Famílias Portuguesas" in Karin Wall (coord.), *Famílias no Portugal Contemporâneo*. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais / ICS.

CUNNINGHAM-BURLEY, Sarah; MCKEGANEY, Neil (eds.) (1990), *Readings in Medical Sociology*. Routledge, London.

DALY, M. (1992), "Europe's poor women? Gender in research on poverty", *European Sociological Review*. vol. 8, nº 1, p. 1-12.

DAVIDSON, R.; KITZINGER, J e HUNT, K. (2006) "The wealthy get healthy, the poor get poorly? Lay perceptions of health inequalities". *Social Science and Medicine,* 62: 2171-2182.

DEBATES PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (1998), *Pobreza, Exclusão: Horizontes de Intervenção.* INCM.

DELLA FAVE, R. (1974), "The culture of poverty revisited: a strategy for research", Social Problems. 21: 609-621.

DELGADO-RODRIGUEZ, M., et al (1997), "Unplanned pregnancy as a major determinant in inadequate use of prenatal care", *Preventive Medicine*. vol. 26: 834-838.

DELVAUX, T.; BUEKENS, P; GODIN, I. e BOUTSEN, M. (2001) "Barriers to prenatal care in Europe", *American Journal of Preventive Medicine*. vol. 21, nº1, p. 52-59.

DEMAKAKOS, P.; NAZROO, J.; BREEZE, E. e MARMOT, M. (2008), "Socioeonomic status and health: the role of subjective social status", *Social Science and Medicine*. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.038. in press, pp.1-11.

DENZIN, Norman, K., (1970) The *Research Act in Sociology: A Theoretical Introduction to Sociological Method*. McGraw Hill, NewYork.

DENZIN, Norman, K., (1989) The *Research Act.* Prentice Hall, New York.

DENZIN, N e LINCOLN, Y (1994) *Handbook of Qualitative Research.* (eds). Sage, Thousand Oaks.

DENZIN, N e LINCOLN, Y (2006) O sétimo momento, deixando o passado para trás. In Denzin, N e Lincoln, Y *O Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. (eds). Tradução Sandra Regina Netz. Artmed, Porto Alegre. pp.389-406.

DEX, Shirley (1991) *Life and work history analyses: qualitative and quantitative developments.* Routledge, London and NY.

DOYAL, L. (2000), "Gender equity in health: debates and dilemmas", *Social Science and Medicine*. 51: 931-939.

DOYAL, L. (2001) "Sex, gender, and health: the need for a new approach", *BMJ*, 323 (3): 1061-1063.

DUARTE, S. (2002) *Saberes de Saúde e de Doença: Porque Vão as Pessoas ao Médico?.* Ed. Quarteto, Coimbra.

EGGLESTON, E., et al (2001), "Unintended Pregnancy and Low Birthweight in Ecuador", *American Journal of Public Health*. vol. 91, nº 5 (May): 808-810.

EUROSTAT (1990*), La pauvreté en chiffres: l'Europe au début des années. 80*, 3C.

ERBAYDAR, T. (2003), "Utilization of prenatal care in poorer and wealthier urban neighbourhoods in Turkey", *European Journal of Public Health*. 13: 320-326.

FERN, E.F. (2001), *Advanced focus group research*. Thousand Oaks, Califórnia.

FERNANDES, A. T. (1998), "O pobre em luta pela cidadania" in Debates Presidência da República, *Pobreza, Exclusão: Horizontes de Intervençã.*, INCM.

FERRARI, A. T. (1982), *Metodologia da Pesquisa Científica*. MacGraw-Hill, S. Paulo.

FERREIRA, A.G. (1990), *História da saúde e dos serviços de saúde em Portugal.* Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

FERREIRA C. (1986), "Administração da saúde em Portugal. Apontamentos para análise", *Revista Portuguesa de Saúde Pública.* 4 (1/2): 135-158.

FERREIRA, L. (1995), "A pobreza infantil em Portugal 1980/1981 – 1989/1990", *Estudos de Economia*. Vol. XIV, nº 4, Julho – Setembro, pp. 451-464.

FERREIRA, L. (1997), *Teoria e Metodologia da Medição da Pobreza. Aplicação à situação portuguesa na década de 80*, Dissertação de Doutoramento. ISEG/UTL, Lisboa.

FISHER, C.; HAUCK, Y. e FENWICK, J. (2006) "How social context impacts on women's fears of childbirth: a Western Australian example", *Social Science and Medicine*, 63: 64-75.

FLICK, U., (2002), *An Introduction to Qualitative Research.* Sage Publications, London.

FLICK, U.; FISCHER, C.; SCHWARTZ, F. W. e WALTER, U. (2002), "Social representations of health held by health professionals: the case of general practitioners and home-care nurses", *Social Science Information*, 41: 581-602.

FLICK, U. (2006), *An Introduction to Qualitative Research.* (3rd Ed.), Sage Publications, London.

FODDY, W. (2003), *Constructing questions for interviews and questionnaires, theory and practice in social research.* University Press, Cambridge.

FURNHAM, A. (1988), *Lay Theories – everyday understanding of problems in the social sciences*. Pergamon Press, Oxford.

GALVÃO, L. (1999), *Saúde sexual e reprodutiva, saúde da mulher e saúde materna: a evolução dos conceitos no mundo e no Brasil.* In: GALVÃO, L. DÍAZ, J. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. Hucitec, Population Council, São Paulo.

GERHARDT, U. (1990), "Models of illness and the theory of society: Parsons contribution to the early history of Medical Sociology", *International Sociology*. vol. 5, nº 3, Sep., p. 337-355.

GIBBS, A. (1997), *Focus Groups.* Social Research Update, Issue 19. Department of Sociology, University of Surrey.

GIRALDES, M. R. (2002), "Desigualdades regionais nos subsistemas de saúde em Portugal", *Análise Social*. vol. XXXVII (164): 939-947.

GISSELMANN, M. D. (2006) "The influence of maternal childhood and adulthood social class on the health of the infant", *Social Science and Medicine*, 63: 1023-1033.

GODDARD, M.; SMITH, P. (2001), "Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK", *Social Science and Medicine*. 53: 1149-1162.

GORDON, D. (2000), "The scientific measurement of poverty: recent theoretical advances", In Jonathan Bradshaw e Roy Sainsbury (ed.), *Researching Poverty, Studies.* in Cash e Care, Ashgate Publishing Ltd, England.

GOSS J.D., Leinbach T.R. (1996) 'Focus groups as alternative research practice', *Area* 28 (2): 115-23.

GRAHAM, H. (2004), "Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings", *Milbank Quarterly*, vol. 82 (1): 101-124.

GUERRA, I. C. (2006), *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdos: sentidos e formas de uso*. Princípia Editora, Estoril.

GWATKIN, D. R. (2000), Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do? *Bulletin World Health Organization*, 78 (1): 3-18.

GWATKIN, D. R. (2003), "How well do health programmes reach the poor?", *The Lancet*. Vol. 361 (February), pp. 540-541.

GWATKIN, D. R.; BHUIYA, A. e VICTORA, C. G. (2004), "Making health systems more equitable". *The Lancet*, vol. 364: 1272-1280.

HALLERÖD, B. (2000), "Poverty, inequality and health", cap. VIII, In Gordon, David e Townsend, Peter, Breadline Europe. *The measurement of poverty*. The Policy Press, Southampton.

HANCOK, B. (2002), *Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care: An Introduction to Qualitative Research*. Division of General Practice, University of Nottingham, Trent Focus.

HERA (1999), *Direitos sexuais e reprodutivos e saúde das mulheres: ideias para acção*, HERA – Health, Empowerment, Rights e Accoutability. [online] www.iwhc.org/hera

HERZLICH, C. (1973), *Health and Illness: A Social-Psychological Analysis*. Academic Press, New York.

HERZLICH, C. (1985), "Sociology of health and illness in France, retrospectively and prospectively", *Social Science and Medicine*. 20 (2): 121-122.

HERZLICH, C. (2004), "Saúde e Doença no Início do Século XXI: Entre a Experiência Privada e a Esfera Pública", *PHYSIS: Revista de Saúde Colectiva*, Rio de Janeiro, 14(2): 383-394.

HILL, M. M e HILL, A. (2002), *Investigação por Questionário.* (2ª Edição). Edições Sílabo, Lisboa.

HILLIER, S. (1991a) "Women as Patients and Providers". In Graham Scambler (ed.) *Sociology as applied to Medicine.* Baillière Tindall, London.

HILLIER, S. (1991b) "The limits of medical knowledge". In Graham Scambler (ed.) *Sociology as applied to Medicine.* Baillière Tindall, London.

HOLBROOK, B. and JACKSON, P. (1996) 'Shopping around: focus group research in North London', *Area* 28 (2): 136-42.

HOLLIDAY, A. (2002), *Doing and Writting Qualitative Research*. Sage Publications, UK.

HOPPE M.J., Wells E.A., Morrison D.M., Gilmore M.R., Wilsdon A. (1995) 'Using focus groups to discuss sensitive topics with children', *Evaluation Review*. 19 (1): 102-14.

HOSMER, D e LEMESHOW, S. (2000), *Applied Logistic Regression* (2nd ed.). Wiley Series of Probability and Statistics, a Wilry-Interscience Publication, NY.

HOWARD, M.; GARNHAM, A.; FIMISTER, G. e VEIT-WILSON, J. (2001), *Poverty: the facts*. (4th ed.). Child Poverty Action Group, London.

HUNT, L. et al. (1989), "Views of what's wrong: diagnosis and patients concepts of illness", *Social Science and Medicine*. 28 (9): 945-956.

IGEA, D.; AGUSTIN, J.; BELTRÁN, A. e MARTIN, A. (1995), *Métodos y técnicos cualitativos de investigación en ciencias sociales.* Editorial Síntesis, Madrid

ILLITCH, I. (1977), *Limites para a Medicina.* Sá da Costa, Lisboa.

INE (2001a), Inquérito à Fecundidade e Família 1997, INE.

INE (2001b), Painel de agregados domésticos privados da União Europeia, Departamento de Estatísticas Demográficas e Sociais.

INE (2005), Inquérito às Condições de Vida e Rendimento, 2ª Vaga, Departamento de Estatísticas Demográficas e Sociais.

INE (2005-2006), Inquérito às despesas das famílias, Departamento de Estatísticas Demográficas e Sociais.

INE (2006), *Glossário de conceitos para fins estatísticos na área temática saúde*, on-line em http://conceitos.ine.pt/pesquisa2.asp

INE (2008a), "Destaque: Estimativas de População Residente 2007".

INE (2008b), "A situação Demográfica Recente em Portugal", *Revista de Estudos Demográficos*, nº 42.

LACY, M. G. (1997), "Efficiently Studying Rare Events: Case-Control Methods for Sociologists", *Sociological Perspectives.* Vol. 40, Nº 1. pp. 129-154.

LANKSHEAR A.J. (1993) 'The use of focus groups in a study of attitudes to student nurse assessment', *Journal of Advanced Nursing*. 18: 1986-89.

LAST, J. M. (1995), *Um Dicionário de Epidemiologia.* (2ª ed.) Editado para a Associação Internacional de Epidemiologia, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, Lisboa.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. (1992), *Metodologia Científica.* Ed. Atlas, S. Paulo.

LEVINE, S. (1987), "The changing terrains in medical sociology: emergent concern with quality of life", *Journal of Health and Social Behavior*. 28 (Mar): 1-6.

LEVITAS, R. (2000), "What is social exclusion?", cap. XV, In Gordon, David e Townsend, Peter, *Breadline Europe. The measurement of poverty*. The Policy Press, Southampton.

LEWIS, O. (1979), *Os Filhos de Sanchez*. Moraes Editores, Lisboa.

LIA-HOAGBERG, B.; RODE, P.; SKOVHOLT, C. J.; OBERG, C. N.; BERG, C.; LIU, G. G. (1998), "Birth Outcomes and the Effectiveness of Prenatal Care", *Health Services Research.* 32: 6 (February): 805-823.

LYU, G. G. (1998), "Birth outcomes and the effectiveness of prenatal care", *Health Services Research*", 32 (6): 805-823.

LOCKER, D. (1991),"Social causes of disease". In Graham Scambler (ed.) *Sociology as applied to Medicine.* Baillière Tindall, London.

LYNCH, J.; SMITH DAVEY, G.; HARPER, S.; HILLEMEIER, M.; ROSS, N.; KAPLAN, G. A.; WOLFSON, M. (2004), "Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review", *Milbank Quarterly*. vol. 82, nº1, on-line em www.milbank.org/820101.html

LWANGA, S.K.; TYE, Cho-Yook; AYENI, O. (1999), *Teaching Health Statistics: lessons and seminars outlines.* WHO. 2ª Ed. Geneva.

JOAQUIM, T. (1999), "Panorama geral da situação das mulheres em Portugal nos últimos 25 anos", in Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, *A Saúde da Mulher*. DGS, Lisboa.

JODELET, D. (1989), "Représentations Sociales: un domaine en expansion" in Denise Jodelet (dir), *Les Représentations Sociales*. P.U.F., Paris.

JOHNSON, S. L.; CLARK, L.; GOREE, K.; O'CONNOR, M. e ZIMMER, L. M. (2008), "Healthcare providers' perceptions of the factors contributing to infant obesity in a low-income Mexican American community", *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, vol. 13, nº 3 (July), pp. 180-190.

JOHNSON, K.A. (2006), "Public Finance Policy Strategies to Increase Access to Preconception Care", *Maternal Child Health J.* 10: S85-S91.

JONES, R. K e JONES, P. A. (1975), *Sociology in Medicine.* John Wiley and Sons, NY.

JULIAN, J. (1977), *Social Problems* (2ª ed.). Prentice-Hall, New Jersey.

KAWACHI, I. et al. (1998), "Women's status and the health of women and men: a view from the States", *Social Science and Medicine*. 48 (1): 21-32.

KELLY, M. P. e FIELD, D. (1996), "Medical Sociology, chronic illness and the body", Sociology of Health and Illness. 18 (2): 241-257.

KENDALL, C.; AFABLE-MUNSUZ, A.; SPEIZER, I.; AVERY, A.; SCHMIDT, N. e SANTELLI, J. (2005) "Understanding pregnancy in a population of inner-city women in New Orleans – results of a qualitative research". *Social Science and Medicine,* 60: 297-311.

KERBO, H. R. (1996), *Social stratification and inequality: class conflict in historical and comparative perspective.* WCB/McGraw-Hill, Boston.

KERLINGER, F. N. (1979), *Metodologia da pesquisa em ciências sociais: um tratamento conceitual.* EPU/EDUSP, São Paulo.

KING, L.; QUINN, G. P.; VADAPARAMPIL, S. T.; MIREE, C. A.; WILSON, C.; CLAYTON, H. e ZEBRACK, B. (2008), "Oncology social workers' perceptions of barriers to discussing fertility preservation with cancer patients", *Social Work in Health Care*, 47 (4): 479-501.

KITZINGER, J. (1994), "The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants", *Sociology of Health e Illness*. vol. 16, nº 1: 103-121.

KITZINGER, J. (1995) 'Introducing focus groups', *British Medical Journal*. 311: 299-302.

KORENBROT, C. C.; STEINBERG, A.; BENDER, C. E NEWBERRY, S. (2002) "Preconception care: a systematic review", Matern Child Health J, 6: 75-88.

KRIEGER, N (2001), "A glossary for social epidemiology", *J. Epidemiology Community Health.* 55; 693-700. [online, acedido em Novembro 2006].

MACALUSO M.; ARTZ L.; KELAGHAN J.; AUSTIN H.; FLEENOR M. e HOOK E.W. (1999), "Prospective study of barrier contraception for the prevention of sexually transmitted diseases: study design and general characteristics of the study group". *Sexually transmitted diseases*, Mar; 26(3):127-36.

MACKENBACH, J. e MARTIJNTJE, J. B. (2003), "Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences", *The Lancet*, vol. 362 (October 25), pp. 1409-1414.

MACINTOSH J. (1981) 'Focus groups in distance nursing education', *Journal of Advanced Nursing*.18: 1981-85

MAKINEN, M. et al (2000), "Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition", *Bulletin of World Health Organization*, 78 (1): 55-65.

MANN, P. H. (1983), *Métodos de Investigação Sociológica*. Biblioteca de Ciências Sociais, Zahar Editores, S. P.

MARMOT, M. e WILKINSON, R. G. (ed.) (2006), *Social Determinants of Health* (second edition). Oxford University Press.

MAROCO, J. (2007), *Análise Estatística com utilização de SPSS* (3ª ed.). Edições Sílabo, Lisboa.

MATZA, D. (1966), "The disreputable poor" (cap. XI), Neil J. Smelser e Seymour Martin Lipset (eds), *Social Structure and Mobility in Economic Development*. Free Press, New York.

MECHANIC, D. (1990), "The role of sociology in health affairs", *Health Affairs.* 9 (3): 85-97.

MECHANIC, D. (1993), "Social research in health and the American sociopolitical context: the changing fortunes of medical sociology", *Social Science and Medicine*. 36 (2): 95-102.

MEDEIROS, M. e COSTA, J. (2006), *Poverty among women in Latin America: feminization oro ver-representation?,* Working Paper nº 20, International Poverty Centre, United Nations Development Programme (UNPD), Brasilia.

MELLO, F. G. (2007), *Probabilidades e Estatísticas, conceitos e métodos fundamentais II.* Escolar Editora, Lisboa.

MELNIKOW, J.; ALEMAGNO, S.A.; ROTTMAN, C. e ZYZANSKI, S.J. (1991), "Characteristics of Inner-City Women Giving Birth with Little or No Prenatal Care: A case-control study", *The Journal of Family Practice*. vol. 32, nº 3: 283-288.

MENDONÇA, D.; CALADO, B. P. (2002), "Situação da Saúde Reprodutiva em Portugal", in Craveiro, Isabel e Ferrinho, Paulo (coord.), *Saúde Reprodutiva no Países e Territórios de Língua Portuguesa.* Associação para o Desenvolvimento e Cooperação Garcia de Orta (AGO), Lisboa.

MILES, M.B. e HUBERMAN, A.M. (1994), *Qualitative Data Analysis: A Sourcebook of New Methods.* (2nd ed.), Newbury Park, CA: SAGE.

MILLIGAN, R.; et al (2002), "Perceptions about prenatal care: views of urban vulnerable groups", *BMC Public Health*. 2 (1): 25.

MOLLER, I. H. e HESPANHA, P. (2002), "Padrões de exclusão e estratégias pessoais". *Revista Crítica de Ciências Sociais.* 64, Dezembro, 55-79.

MONTAGNER, M.A. (2008), "Sociologia médica, sociologia da saúde ou medicina social? Um escorço comparativo entre França e Brasil", *Saúde Soc.* [online]. Vol. 17, n.º 2, pp. 193-210.

MOOS, M. K.; PETERSEN, R.; MEADOWS, K.; MELVIN, C.L. e SPITZ, A. M. (1997), "Pregnant women's perspectives on intendedness of pregnancy", *Women's Health Issues*, 7 (6): 385-392.

MORGAN, D.L. (1988), *Focus groups as qualitative research*. Sage, London.

MORGAN, M.; CALNAN, M. e MANNING, N. (1993), *Sociological Approaches to Health and Medicine*. (3th ed.) Routledge, London.

Morgan, D. (1997). *Focus group as qualitative research*. Qualitative Research Methods Series. 16. Sage Publications, London.

MOSS, N. E. (2002), "Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health", *Social Science and Medicine*, 54: 649-661.

MULLETT, S. (1990), "Barriers and motivators to prenatal care among low-income women", *Social Science and Medicine*. 30 (4): 487-495.

NOVICK, G. (2009), "Women's experience of prenatal care: an integrative review". *Journal of Midwifery e Women's Health*, vol. 54 (3): 226-237.

NYE, Robert A. (2003), "The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century" in *Journal of History of the Behavioural Sciences*. Vol. 39(2), Spring, 115-129.

OECD (2003), *Poverty and Health*, DAC Guidelines and Reference Documents, ISBN-92 64 10018-0.

OMS (1986), *As metas da saúde para todos: metas da estratégia regional europeia da saúde para todos*. Ministério da Saúde, Lisboa.

OPPENHEIM, A. N. (2000), *Questionnaire Design, Interviewing and Attitude Measurement.* New edition, Continuum, London and New York.

OIT (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO) (2003), *A luta contra a pobreza e a exclusão social em Portugal. Experiências do programa nacional de luta contra a pobreza.* Bureau Internacional do Trabalho, Programa Estratégias e Técnicas contra a Exclusão Social e a Pobreza, Genebra.

PAHO (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION - WORLD HEALTH ORGANIZATION) (2003), *20th session of the subcommittee on women, health and development of the executive committee*, Washington, D.C. pp.1-15.

PATRICK, T. E. e BRYAN, Y. (2005) "Research strategies for optimizing pregnancy outcomes in minority populations". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192: S64-70.

PATTON, M. Q., (1990), *Qualitative Research and Evaluation Methods*. Second edition. Sage Publications, London.

PATTON, M. Q., (2002), *Qualitative Research and Evaluation Methods*. Sage Publications, London.

PEOPLES, M. D e SIEGEL, E. (1983), "Measuring the impact of programs for mothers and infants on prenatal care and low birth weight: the values of refined analysis", *Medical Care.* 21: 586-608.

PEREIRA MIGUEL, J.; BUGALHO, M. (2002), "Economia da saúde: novos modelos", *Análise Social*. vol. XXXVIII (166): 51-75.

PEREIRA, J. (_____), *Economia da saúde: Glossários de termos e conceitos*. Documento de trabalho 1/93. Lisboa: Associação portuguesa de Economia da Saúde.

PERISTA, H. (1991), *A Pobreza no Feminino na Cidade de Lisboa*. Colóquio Internacional A Mulher em Debate, Centro de Estudos para a Intervenção Social.

PETERSDORF, Robert G. e FEINSTEIN, Alvan, R. (1980), "An Informal Appraisal of the Current Status of 'Medical Sociology', in Einsenberg, Leon e Kleinman, Arthur (ed), *The relevance of social science for medicine.* D. Reidel Publishing Company, London.

PHIPPS, S. (2003), *The impact of poverty on health: a scan of research literature.* Canadian Institute for Health Information Collected Papers, Otawa.

PIERRET, Janine (2003), "The illness experience: State of Knowledge and perspectives for research*", Sociology of Health and Illness.* Silver Anniversary Issue, p. 41-57.

POLAND, M. L., et al (1987), "Barriers to receiving adequate prenatal care", *American Journal of Obstetrics Gynaecology*. 157: 297-303.

POLGAR, S. e THOMAS, S.A. (1991), *Introduction to Research in the Health Sciences.* 2ª ed. Churchill Livingstone, Melbourne.

PORTUGAL, Secretaria de Estado da saúde, Despacho da Direcção Geral da Saúde, de 24 de Março de 1976 (1976). Lisboa.

PORTUGAL, Direcção Geral da Saúde, Despacho da Direcção Geral da Saúde, de 6 de Abril de 1977 (1977). Lisboa.

PORTUGAL, Ministério dos Assuntos Sociais, Portaria n.º 336/81, de 09 de Abril de 1981 (1981). Lisboa.

PORTUGAL, Ministério dos Assuntos Sociais, Portaria n.º 239/82, de 24 de Fevereiro de 1982 (1982). Lisboa.

PORTUGAL, Ministério dos Assuntos Sociais, Despacho do Gabinete de Ministros, de 21 de Junho de 1982 (1982). Lisboa.

PORTUGAL, Assembleia da República, Lei n.º 3/84 de 24 de Março - Educação sexual e planeamento familiar (1984). Lisboa.

PORTUGAL, Assembleia da República, Lei n.º 4/84 de 5 de Abril - Protecção da maternidade e da paternidade (1984). Lisboa.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Portaria n.º 52/85 de 26 de Janeiro de 1985 (1985). Lisboa.

PORTUGAL, Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários (1989), *Cuidados Primários em Saúde Materna e Saúde Infantil*, 3ª reedição, pp. 1-15. Grupo de trabalho para a melhoria dos cuidados em perinatalogia. DGCSP, Lisboa.

PORTUGAL, Direcção-Geral de Saúde (1995), *Orientações Técnicas: Planeamento Familiar*, nº3, 3ª edição revista, pp. 1-14. Divisão de Saúde Materna Infantil e Adolescentes. DGS, Lisboa.

PORTUGAL, Direcção Geral da Saúde (1999), *A Saúde da Mulher*. DGS, Lisboa.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde (2001). *Rede de Referenciação Materno-Infantil*, pp. 1-72. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. DGS, Lisboa.

PORTUGAL, Direcção Geral da Saúde (2003), *Saúde na Comunidade: Guia Orientador para Elaboração de Indicadores*, edição revista e actualizada, pp. 1-68. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. DGS, Lisboa.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (2004), *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos* (Vol. II – Orientaçoes Estratégicas). DGS. Lisboa.

PORTUGAL, Direcção Geral da Saúde (2006), Circular Normativa n.º2 / DSMIA de 16.01.06 – Prestação de Cuidados Pré-concepcionais, pp.1-5. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. DGS, Lisboa.

PORTUGAL, Direcção Geral da Saúde (2008a), *Orientações - Saúde Reprodutiva, Planeamento Familiar*. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. DGS, Lisboa.

PORTUGAL, Direcção Geral da Saúde (2008b), *Saúde, Sexo e Género – factos, representações e desafios.* Vasco Prazeres (coord.). DGS, Lisboa.

POWELL R.A. and SINGLE H.M. (1996) 'Focus groups', *International Journal of Quality in Health Care*. 8 (5): 499-504.

Questionnaire for the Survey on Poverty and Social Exclusion (1999) Bristol University, UK (http://www.bris.ac.uk/poverty/pse/question.htm acedido em Outubro de 2006).

QUIVY, R., CAMPENHOUDT, L. (1992), *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Gradiva, Lisboa.

RAVALLION, M. (1992), Poverty *Comparison; a guide to concepts and methods, Living Standards Measurement Study*. Working Paper nº 88, The World Bank.

RIBEIRO, J.L. (1993), *Características Psicológicas Associadas à Saúde*. Dissertação de Doutoramento, Universidade do Porto.

RICHARDSON et. al. (1985), *Pesquisa social: métodos e técnicas.* Atlas, São Paulo.

RODMAN, H. (1963), "The lower class value stretch", *Social Forces*. 42: 205-215.

ROSENBERG, M. W.; WILSON, K. (2000), "Gender, poverty and location: how much difference do they make in the geography of health inequalities?" *Social Science and Medicine*. 51: 275-287.

RUSPINI, E. (2000), "Women and Poverty: a new research methodology" (cap. VI). David Gordon e Peter Townsend (eds), *Breadline Europe. The measurement of poverty*. The Policy Press, Southampton.

SAKELLARIDES, C. (2005), *De Alma a Harry, crónica da democratização da saúde.* Ed. Almedina, Coimbra.

SANTANA, P. (2002), "Poverty, Social Exclusion and Health in Portugal", *Social Science and Medicine*. 55: 33-45.

SCHLESSELMAN, James J. (1982), *Case-Control Studies, Design, Conduct, Analysis*. Oxford University Press, New York, Oxford.

SCML (2004), *Plano de Actividades - Execução Mensal.* Direcção de Serviços de Saúde, Lisboa.

SHEPPARD, V. B.; ZAMBRANA, R. e O'MALLEY, A. S. (2004), "Proving health care to low-income women: a matter of trust", *Family Practice*, vol. 21, nº 4, pp.484-491.

SHERWEN, I.; SCOLOVENO, M. A.; WEINGARTEN, C. T. (1999), *Maternity Nursing - Care of the Childbearing family*. Appleton e Lange, Stamford, Connecticut.

SIEGRIST, J. e MARMOT, M. (2006), "Social inequalities in health: basic facts", cap.1, Johannes Siegrist e Michael Marmot (ed.), *Social inequalities in health – new evidence and policy implications.* Oxford University Press, New York.

SLVA, A. S. e PINTO, J. M. (1986), *Metodologia das Ciências Sociais.* Edições Afrontamento, Porto.

SILVA, J. B e BARROS, M. B. A. (2002), "Epidemiologia e desigualdade: notas sobre a teoria e a história", *Revista Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 12 (6): 375-383.

SILVA, J.M.C. (1990), "Reflexões sobre a Lei de Bases da Saúde", *Revista Portuguesa de Saúde Publica*. 8(3): 3-4.

SILVA, L. F. (1999), "Saúde das Mulheres: o género, determinante cultural de saúde", *Arquivos de Medicina*. 13 (supl. 5): 31-34.

SILVA, L. F. e ALVES, F. (2002), "A Saúde das Mulheres em Portugal", in LEANDRO, Mª Engrácia; ARAÚJO, Mª Marta Lobo; COSTA, Manuel da Silva, *Saúde, As Teias da Discriminação Social*. Actas do Colóquio Internacional Saúde e Discriminação Social, ICS, Universidade do Minho, Braga, pp. 165-179.

SILVA, L. F. (2005), *Saúde / Doença é Questão Cultural, Atitudes e comportamentos de saúde materna das mulheres ciganas em Portugal.* Centro de Estudos das Migrações e Relações Interculturais, Universidade Aberta, ACIME, Lisboa.

SILVA, M. (1982), "Crescimento económico e pobreza em Portugal (1950-1974)", *Análise Social*. vol. XVIII, n^{os} 72-73-74, pp. 1077-1096.

SILVA, M. (1984), "Uma estimativa da pobreza em Portugal em Abril de 1974", *Cadernos de Ciências Sociais*, nº1, Junho, pp. 117-128.

SILVA, M. (1989a), *A pobreza infantil em Portugal*. Unicef.

SILVA, M. (19889b), *Ser pobre em Lisboa. Conceitos e questões*. Centro de Reflexão Cristão, Lisboa.

SILVA, M. (1991), *Precariedade e vulnerabilidade económica. Nova pobreza em Portugal – uma aproximação empírica*. Centro de Reflexão Cristão, Lisboa.

SIMÕES, J. (2004), *Retrato Político da Saúde – dependência do percurso e inovação em saúde: da ideologia ao desempenho*. Ed. Almedina, Coimbra.

SOUSA, José (2006), *Os imigrantes ucranianos em Portugal e os cuidados de saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Alto-Comissariado para a imigração e minorias étnicas (ACIME), Lisboa.

SPRUYT, A.; STEINE, M. J.; JOANIS, C.; GLOVET, L.H.; PIEDRAHITA, C.; ALVARADO, G.; RAINOS, R.; MAGLAYA, C.; e CORDERO, M. (1998) "Identifying Condom Users at Risk for Breakage and Slippage: Findings from Three International Sites". *American Journial of Public Health.* 88: 239-244.

STACEY, M. (1988), *The Sociology of Health and Healing*. Unwin Hyman, London.

STAFFORD, M; CUMMINS, S.; MACINTYRE, S.; ELLAWAY, A. e MARMOT, M. (2005), Gender differences in the assotiations between health and neighbourhood environment", *Social Science and Medicine,* 60: 1681-1692.

STARFIELD, B. (2006), "State of the art in research on equity in health", *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 31, nº 1 (February), pp.11-32.

STARFIELD, B. (2007), "Pathways of influence on equity in health". *Social Science and Medicine*, vol. 64, pp. 1355-1362.

STRAUS, R. (1957), "The nature and status of medical sociology", *American Sociological Review*. 22: 200-204.

SUNDQUIST, J. e JOHANSSON, S. E. (1998), "The influence of socio-economic status, ethnicity and lifestyle on body mass index in a longitudinal study", *International Journal of Epidemiology*. 27: 57-63.

SUNIL, T. S.; SPEARS D. W.; HOOK, L.; CASTILLO, J e TORRES, C. (2008), "Initiation of and barriers to prenatal care use among low-income women in San Antonio, Texas". *Matern Child Health J.* 1573-6628 (Online) acedido em 20 de Agosto 2009, pp. 1-8.

SWORD, W. (1999), "A socio-ecological approach to understanding barriers to prenatal care for women of low-income", *Journal of Advanced Nursing*, 29 (5): 1170-1177.

THOMAS, H. (2003) "Pregnancy, illness and the concept of career". *Sociology of Health and Illness*, 25 (5): 383-407.

THURMOND, V. A., (2001). "The Point of Triangulation". *Journal of Nursing Scholarship*. Vol 33, Issue 3, p. 253-258.

TOWNSEND, P e DAVIDSON, N. (eds) (1992), *Inequalities in health: the Black report*. Penguin Books, Harmondsworth.

TRAVASSOS, C. e MARTINS, M. (2004), "Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde", *Cadernos de Saúde Pública*. 20 Sup 2: 190-198.

TUCKMAN, B. (2002), *Manual de investigação em saúde – como conceber e realizar o processo de investigação em educação.* (2ª ed.), Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.

VALA, J. (1986) "A análise de conteúdo" in Silva, A.S e Pinto, J.M. (Eds.). *Metodologia das ciências sociais.* Afrontamento, Porto, p.101-128.

VALA, J. (1993), "As representações sociais no quadro dos paradigmas e metáforas da psicologia social". *Análise Social*, vol. XVIII, n^{os} 123-124. ICS, Lisboa. Pp. 887-919.

VALANIS, B. (1999), *Epidemiology In Health Care*. (3ª Ed.). Appleton e Lange, Stamford, Connecticut, p.149-176.

VALENTE, P.; DIAS, C. M.; GARCIA, A. C. (1999), "Evolução Epidemiológica da Mulher em Portugal", in Portugal, Ministério da Saúde, Direcção Geral da Saúde, *A Saúde da Mulher*.

VALENTIM, A. (1997), *Representações sociais da Droga e da Toxicodependência.* Universidade de Lisboa, ICS.

VASCONCELOS, P. (2002), "Redes de apoio familiar e desigualdade social: estratégias de classe" *Análise Social*, vol. 163: 507-544.

VILLELA, W. (1992), *Mulher e saúde mental – da importância do conceito de género na abordagem da loucura feminina*. Tese de Doutoramento, FMUSP. São Paulo.

VICENTE, P; REIS, E.; FERRÃO, F. (1996), *Sondagens, A amostragem como factor decisivo de qualidade*. Edições Sílabo, Lisboa.

WADSWORTH, M. e BUTTERWORTH, S. (2006), "Early Life" in Marmot T, M. e Wilkinson, R. G. (ed.), *Social Determinants of Health*. (second edition) University Press, Oxford.

WAGSTAFF, A. (2002), "Poverty and health sector inequalities", *Bulletin of World Health Organization, Theme Papers*, 80 (2): 97-105.

WAGSTAFF, A. e WATERS, H. (2005), "How Were the Reaching the Poor Studies Done?". Davidson Gwatkin, Adam Wagstaff e Abdos Yazbeck (eds.), *Reaching the Poor – with health, nutrition and population services, what works, what doesn't, and why.*The World Bank, Whashington, DC.

WALL, K. (2000) *Inquérito Português à Fecundidade e Família – Questionário para Mulheres.* (http://www.unece.org/pau/_docs/ffs/FFS_2000_Prog_CntrQuestPRT_o.pdf acedido em Setembro de 2006).

WALL, K.; SÃO JOSÉ, J. e CORREIA, S. V. (2002), "Mães sós e cuidados às crianças". *Análise Social*, vol. 163: 631-663.

WASHINGTON, J.; PAYLOR, I.; HARRIS, J. (2000), "Poverty Studies in Europe and the Evolution of the Concept of Social Exclusion" in J. Bradshaw e R. Sainsbury, *Researching Poverty*. Ashgate Publishing Limited, UK.

WATERS, Hugh R. (2000), "Measuring equity in access to health care", *Social Science and Medicine*. 51: 599-612.

WHITE, K. (1991), "The sociology of health and illness", *Current Sociology*. vol. 39 (2); pp. 1-115.

WHITEFORD L.M. e SZELAG B.J. (2000) "Access and utility as reflections of cultural constructions of pregnancy", *Primary care update for Ob/Gyns*. May 1;7(3): 98-104.

WHITEHEAD, M. (1992), "The concepts and principles of equity in health". *International Journal of Health Services*, 22: 429-445.

WHITEHEAD, M. e DAHLGREN, G. (2007a), *Concepts and principles for tackling social inequities in health: leveling up part 1*. Studies on social and economic determinants of population health, Nº 2. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. [http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf, acedido em Agosto de 2009).

WHITEHEAD, M. e DAHLGREN, G. (2007b), *European strategies for tackling social inequities in health: leveling up part 2*. Studies on social and economic determinants of population health, Nº 3. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. [http://www.euro.who.int/document/e89384.pdf, acedido em Agosto de 2009).

WILLIAMS, D. R. (2005), "Patterns and causes of disparities in health" (cap. 8). David Mechanic; Lynn Rogut; David Colby e James Knickman (eds.), *Policy Challenges in Modern Health care.* Rutgers University Press, London

WILKINSON, G. R. (1997), "Socioeconomic determinants of health: Health inequalities: relative or absolute material standards?, *BMJ*, vol. 314 (22 February): 591-595.

WISE, J. (1998), "Mothers are the key to reducing future inequalities in health", *British Medical Journal*, vol. 317: 1099.

WORLD BANK (2001), World Development Report 2000-2001 Report – Attacking Poverty. Oxford University Press, New York. [on-line] www.worldbank.org/INTPOVERTY/resources/WDR/English-Full-Text-Report/toc.pdf

WORLD HEALTH ORGANISATION (1994), *WHO promotes a vision of health in human development.* Press Release WHO/64 – 6 September 1994, p. 1-3, on-line em www.who.int/archives/inf-pr-1994/pr94-64.html.

WORLD HEALTH ORGANISATION (1997), *Progress in Reproductive Health Research.* nº 42, part 1, p. 1-4, [on-line] www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/42/news42_1.en.html,

WORLD HEALTH ORGANISATION (1998), *Gender and Health.* Technical paper, Geneva.

WSDH (Washington State Department of Health) (2002), *Prenatal Care, The Health of Washington State*. Research and Data Analysis Division, p.1-6.

WORLD HEALTH ORGANISATION (2004), Commission on social determinants of health: note by the Secretariat. WHO (document number: EB115/35). Geneva.

WORLD HEALTH ORGANISATION (2009), *Women and health: today's evidence tomorrow's agenda* (ISBN 978 92 4 156385 7). Geneva.

ZABIN, L. S. (1999) "Ambivalent feelings about parenthood may lead to inconsistent contraceptive use of pregnancy". *Family Planning Perspectives*, 31 (5): 250-251.

ZAIDI, S. A. (1996), "Gender perspectives and quality of care in underdeveloped countries: disease, gender and contextuality". *Social Science and Medicine*, 43 (5): 721-730.

ZIGLIO, E.; BARBOSA, R.; CHARPAK, Y e TURNER, S. (2003), *Health Systems Confront Poverty*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Public Health Case Studies, nº 1.