

O passado, o presente e o futuro do planeamento familiar em Portugal

Paulina Cristina Almeida Remoaldo

Revista de Demografia Histórica, XIX, I, 2001, segunda época, pp. 139-155

Resumo

Foi em 16 de Março de 1976 que o Dr. Albino Aroso (então Secretário de Estado da Saúde e considerado o Pai do Planeamento Familiar em Portugal), criou um despacho que estabeleceu consultas de Planeamento Familiar nos Centros de Saúde portugueses, integradas nos serviços de saúde materno-infantil.

Um mês depois, em Abril de 1976, foi publicada a Constituição que consagrou o Planeamento Familiar como um direito de todo o cidadão. De qualquer modo, o processo foi lento e só em finais dos anos setenta a maioria dos Centros de Saúde possuíam este tipo de consultas.

Outros documentos jurídicos surgiram nas décadas de oitenta e de noventa, direccionando-se para a Educação Sexual e o Planeamento Familiar, mas simplesmente nos primeiros anos do terceiro milénio parecem estar criadas as condições para uma verdadeira aplicação daqueles documentos.

Na presente comunicação é realizada, para além de uma análise retrospectiva do Planeamento Familiar em Portugal, salientando alguns aspectos de base jurídica, uma discussão sobre os trabalhos que foram realizados em Portugal até ao momento à escala nacional e regional relacionando-se com esta temática.

Palavras chave: Planeamento Familiar, Fecundidade, Educação Sexual, Aspectos Socio-Culturais.

Abstract

In March 1976, Dr. Albino Aroso (then the Secretary of State of Health and considered the father of Family Planning in Portugal) ratified a law establishing the implementation of consultations of Family Planning in the portuguese Health Centers, integrated in the maternal and infant health services.

A month later, in April 1976, the portuguese Constitution was approved by the Parliament, consecrating Family Planning as a right to all citizens. Nevertheless, the process of implementation of consultations was slow and only by the end of the seventies the majority of the health centers had Family Planning consultations.

Other juridical documents, concerning Sexual Education and Family Planning, appeared in the eighties and nineties, but only in the new millenium the conditions for a real application of these documents were created.

The present paper analyses the past and present of Family Planning in Portugal, focusing on some juridical aspects and analysing the work done on this subject until this moment in Portugal at the national and regional scale.

Key words: Family Planning, Fertility, Sexual Education, Socio-Cultural Aspects.

Résumé

En 1976, le Dr. Albino Aroso (Secrétaire de l'État de la Santé et considéré le Père de la Planification Familiale en Portugal), a créé legislation sur la création de consultations de Planification Familiale dans les Centres de Santé portugais, intégrés dans les services de santé maternelle et infantile.

Un mois plus tard, en Avril de 1976, la Constitution a consacré la Planification Familiale comme un droit de tous les citoyens. Mais le processus a été lent et seulement à la fin des années soixantes-dix la majorité des Centres de Santé avaient ce type de consultations.

Autres documents ont été publiés dans les années quatre-vingts et quatre-vingts-dix, sur la Éducation Sexuelle et la Planification Familiale, mais seulement dans le nouveau millénium les conditions ont été créées pour l'application de ces lois.

Dans cette article est réalisé une analyse rétrospective de la Planification Familiale en Portugal, remarquant quelques aspects juridiques et une discussion sur les travaux réalisés au Portugal jusqu'au moment à l'échelle national et régional sur cette problématique.

Mots clef: Planification Familiale, Fécondité, Education Sexuelle, Aspects Socio-Culturels.

Introducción

O conceito de Planeamento Familiar, criado nos anos 30 do século XX, altura em que surgiu para substituir a expressão «controle dos nascimentos», tem vindo a sofrer algumas mutações nas últimas décadas. Durante muito tempo este conceito foi considerado erradamente

como sinónimo de anticoncepção ou de contracepção, já que o Planeamento Familiar deve ser considerado como uma filosofia de vida que encara não só a forma racional e saudável de espaçar os nascimentos, mas igualmente inclui a infertilidade e a sexualidade.

De acordo com o Programa de Acção da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento datado de 1994 (Cairo - 1994), o Planeamento Familiar afigura-se actualmente como um conceito que ganhou uma maior abrangência em termos de significado e que passou a estar relacionado mais de perto com o conceito de saúde reprodutiva. As actividades de Planeamento Familiar começaram então a ser encaradas como uma componente fundamental da prestação de cuidados em Saúde Reprodutiva. De acordo com o mesmo Programa, o conceito de Saúde Reprodutiva *implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e que tenham a capacidade de se reproduzir e decidir se, quando e com que frequência o fazem. Esta última condição pressupõe o direito de homens e mulheres serem informados e terem acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha, (...)* (Direcção-Geral da Saúde, 1998: 5).

Actualmente, os principais objectivos do Planeamento Familiar são os seguintes:

- 1) promover a vivência da sexualidade de forma saudável e segura;
- 2) regular a fecundidade segundo o desejo do casal;
- 3) preparar para uma maternidade e paternidade responsáveis;
- 4) reduzir a mortalidade e a morbilidade materna, perinatal e infantil;
- 5) reduzir a incidência das D.T.S. e as suas consequências, nomeadamente a infertilidade;
- 6) melhorar a saúde e o bem-estar da família.

Dos seis objectivos equacionados importa salientar a insistência que se tem vindo a denotar, desde a década de noventa, no impacte do Planeamento Familiar na redução da incidência das Doenças de Transmissão Sexual (D.T.S.), já que a infertilidade (uma das principais consequências) começa a assumir-se como um importante problema de saúde pública.

1. Aspectos jurídicos subjacentes ao Planeamento Familiar em Portugal

Apesar do ano de 1976 se ter revelado como determinante para a introdução do Planeamento Familiar em Portugal, com a criação de um despacho que estabeleceu consultas de Planeamento Familiar nos Centros de Saúde portugueses e integradas nos serviços de saúde materno-infantil, não podemos olvidar o papel pioneiro desempenhado pela Associação Para o Planeamento da Família (Organização Não Governamental). Esta Associação, fundada em 1967 e federada na *International Planned Parenthood Federation* (I.P.P.F.), soube lutar contra as adversidades políticas e religiosas existentes, tendo ganho um novo *élan* após o 25 de Abril, constituindo actualmente um importante interlocutor na definição das políticas nacionais relacionadas quer com o Planeamento Familiar quer com as restantes políticas direccionadas para a saúde e o bem estar da família.

Concomitantemente, e como seria previsível, foi um médico que aproveitou o panorama político favorável e o facto de fazer parte do executivo governamental (sendo então Secretário de Estado da Saúde) o principal mentor da introdução do Planeamento Familiar em Portugal. Este eminente médico, nunca é por demais lembrar, de seu nome Albino Aroso, é reconhecido unanimemente como o Pai do Planeamento Familiar em Portugal, tendo assumido o cargo de Presidente da Associação Para o Planeamento da Família no período que medeou entre 1970 e 1981.

Ainda no ano de 1976, foi publicada a Constituição que consagrou o Planeamento Familiar como um direito de todo o cidadão. De qualquer modo, o processo foi lento e tivemos que aguardar pelos finais dos anos setenta para assistirmos à criação de consultas de Planeamento Familiar na maioria dos Centros de Saúde.

Entretanto, outros documentos jurídicos surgiram nas décadas de oitenta e de noventa. O ano de 1984 foi particularmente profícuo, visto ter assistido à aprovação das Leis nº 3/84, de 24 de Março (versando sobre a Educação Sexual e o Planeamento Familiar), nº 4/84, de 5 de Abril (relacionada com a Protecção da Maternidade e da Paternidade) e nº 6/84, de 11 de Maio (direccionada para a Exclusão de Ilicitude em Alguns Casos de Interrupção Voluntária da Gravidez).

Na Lei n.º 3/84 o Estado garantia o direito à educação sexual, como componente do direito fundamental à educação, chamando a si a responsabilidade da promoção da divulgação dos métodos de Planeamento Familiar. Foi ainda assegurado a todos, sem discriminações, o livre acesso às consultas e outros meios de planeamento familiar, bem como o fornecimento gratuito dos meios contraceptivos. Não obstante, esta Lei teve ainda que aguardar pelo ano seguinte para ser regulamentada pela Portaria n.º 52/85, de 26 de Janeiro (Regulamento das Consultas de Planeamento Familiar e Centros de Atendimento para Jovens).

Apesar de estar consagrado na Lei o fornecimento gratuito dos meios contraceptivos, nos últimos anos da década de noventa foi largamente divulgada pelos *mass media* a ocorrência em Centros de Saúde da distribuição descontínua destes meios. Aliás, os próprios responsáveis pela Divisão de Saúde Materna, Infantil e Adolescentes da Direcção-Geral da Saúde, admitiram na imprensa que, por vezes, faltavam contraceptivos nos centros de saúde pelas mais variadas razões.

Importa ainda referenciar que no artigo 2º daquela Lei, foi clarificado que os programas escolares incluíam conhecimentos científicos sobre anatomia, fisiologia, genética e sexualidade humanas. Até finais dos anos noventa, foi um dos pontos em que pouco se avançou em Portugal. Os jovens continuaram a estar pouco informados e os conhecimentos que foram transmitidos nas escolas direccionaram-se maioritariamente para o foro anatómico e fisiológico.

O final da década de noventa, inegavelmente na sequência do importante debate surgido com o referendo sobre o aborto, por sinal também o primeiro referendo nacional, que ocorreu a 28 de Junho de 1998, afigurou-se como um período de reforço dos documentos jurídicos aprovados na década anterior.

Assistimos à aprovação da Lei n.º 120/99, de 11 de Agosto (reforçando as garantias do direito à Saúde Reprodutiva) e ao Decreto-Lei n.º 259/2000, de 17 de Outubro (regulamentando a Lei n.º 120/99), bem como à publicação da Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos na sequência da importante Resolução do Conselho de Ministros n.º 7/99, de 9 de Fevereiro, que aprovou o Plano para uma Política Global de Família.

Na realidade, e apesar de até ao momento se ter afigurado como débil a divulgação pública deste último documento, finalmente o

Governo resolveu apostar numa política de família com carácter global e integrado. Constitui um documento jurídico bastante arrojado que contempla dez domínios, desde a educação, a cultura, a comunicação social e os tempos livres, passando pela saúde, até à habitação, urbanismo e ambiente.

No âmbito da saúde, importa salientar a medida 2.5, que se prende com o assegurar uma maior acessibilidade às consultas de Planeamento Familiar, pressupondo *o incrementar e apoiar a acessibilidade, por parte dos adolescentes e jovens, às consultas e serviços de saúde reprodutiva, nomeadamente planeamento familiar, sejam estes prestados no âmbito da medicina familiar, nos centros de atendimento de jovens estatais ou de organizações não governamentais, assim como valorizar a articulação interinstitucional e multiprofissional* (sub-item 2.5.1 do anexo da mencionada Resolução). Ressalte-se ainda a vontade de publicar a Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos (sub-item 2.6.1), que foi entretanto concretizada em 1999, mas muito pouco divulgada até ao momento junto da população, contrariamente ao que a Resolução previa (Promover o conhecimento público dos direitos sexuais e reprodutivos no contexto global da promoção da saúde, pressupondo a organização de debates, com base na referida Carta - item 2.6 e sub-item 2.6.2).

No que concerne à Lei n.º 120/99, de 11 de Agosto, pretendeu-se reforçar o acesso ao Planeamento Familiar e aos métodos contraceptivos, tendo como principal finalidade, a prevenção de gravidezes indesejadas e o combate às doenças sexualmente transmissíveis (essencialmente as transmitidas pelo HIV e pelos vírus das hepatites B e C). Esta Lei direccionou-se para a efectiva implementação da educação sexual nos estabelecimentos de ensino, mas como a sua regulamentação é muito recente (Decreto-Lei n.º 259/2000, de 17 de Outubro), até ao momento, pouco podemos avançar sobre a concretização deste pacote legislativo.

Na nossa opinião, um dos *handicaps* desta legislação prende-se com o facto de não ter sido, *exempli gratia*, prevista a criação de uma disciplina de Educação Sexual, tendo-se apostado na interdisciplinaridade e na transversalidade curricular, caminho que já no passado demonstrou dar mínguos frutos.

2. Estudos realizados em Portugal até ao momento versando sobre o Planeamento Familiar

2.1. Principais ilações a retirar destes estudos

Só muito recentemente foi possível construirmos um retrato dos comportamentos dos portugueses em matéria de Planeamento Familiar, já que simplesmente em 1980 foi realizado o primeiro Inquérito Português à Fecundidade, enquadrado no *World Fertility Survey*.

Se focalizarmos a nossa atenção somente no uso de métodos contraceptivos, uma importante vertente do Planeamento Familiar, recordamos outros estudos que foram realizados em Portugal entre a década de oitenta e a de noventa, nomeadamente:

- o Inquérito Nacional de Saúde (1987);
- um estudo promovido, entre 1985 e 1991, pela Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários — *Necessidades não satisfeitas em Saúde Materna e Planeamento Familiar: Relatório do estudo realizado em 1990/91* (1992);
- um Inquérito realizado no Minho (1994-95);
- o Inquérito à Fecundidade e Família (1997) no seguimento do Inquérito Português à Fecundidade (1980).

Os estudos existentes não são de fácil comparabilidade, por possuírem características, volume de amostra e objectivos diferentes, e por parte deles se debruçar apenas sobre as mulheres casadas ou que já tenham estado nessa situação, mas podemos retirar algumas ilações.

In primis, se a pílula continua a ser o método mais utilizado, verifica-se que o preservativo tem vindo a ganhar posição, sobretudo nas gerações mais jovens. Em 1980 só 30% das mulheres usava a pílula e na década de noventa cifrava-se na casa dos 60%. Por outro lado, enquanto em 1980 só 8% usava o preservativo em 1997 medeou entre 10 a 30%.

Estes resultados contrariam a imagem que tem sido construída do sul da Europa de baixa utilização do preservativo e, nomeadamente, o cenário sugerido por Peter Gould em 1993, quando ensaiou uma Geografia do Preservativo, propondo baixos índices de utilização no sul da Europa. É, aliás, o único Geógrafo que até ao momento ensaiou uma

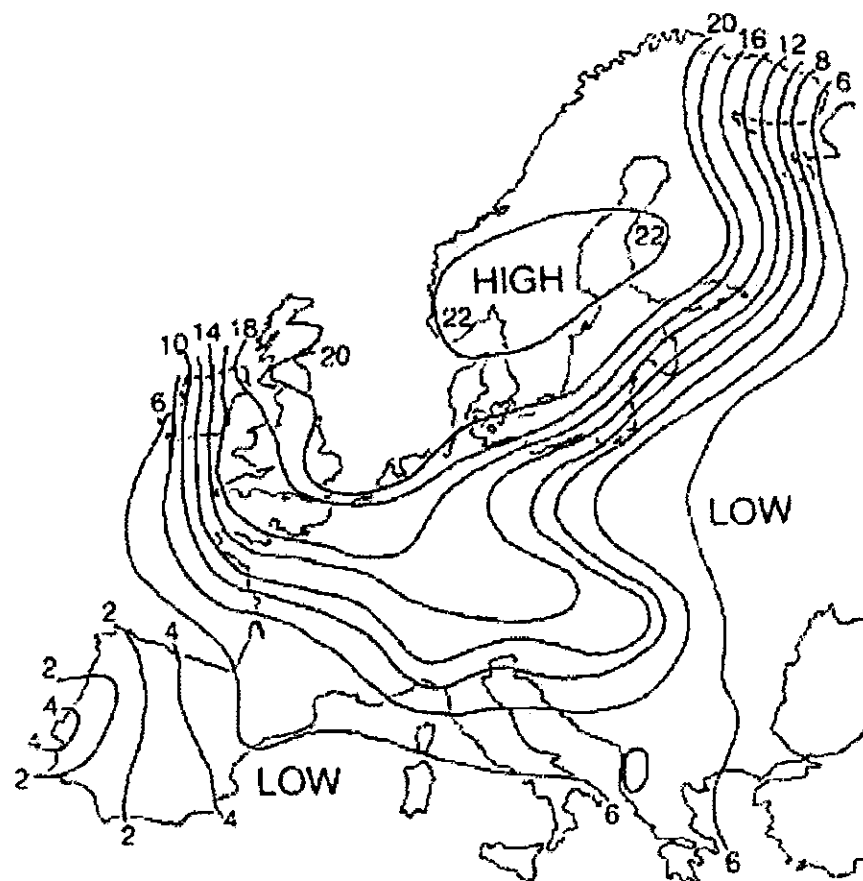
hipotética, mas plausível, *condom surface* na Europa, propondo um gradiente importante (Figura 1). Partiu de valores elevados de utilização do preservativo no norte da Europa (22% de utilização na Noruega, Suécia e Finlândia), diminuindo em direcção ao sul e alcançando valores mínimos em Portugal e Espanha (entre 2 e 4% - Peter Gould, 1993: 48-50).

Assistimos também, por outro lado, a uma significativa redução do uso do coito interrompido (*coitus interruptus*), que é um método muito falível e cuja designação popular é «o marido tem cuidado» ou «ter cuidado».

Enquanto em 1980 se cifrava em 38%, em finais da década de oitenta havia descido para 20% e na década de noventa medeava entre 8 e 15%, consoante os territórios considerados.

FIGURA 1

Uma Geografia do Preservativo equacionada em 1993 para o espaço europeu



No entanto, continua a revelar-se como elevada a sua utilização se compararmos com países como a França, a Holanda, o Reino Unido, a Itália, o Japão ou os E.U.A., onde as percentagens se estimam que não ultrapassam os 5% (Pramilla Senanayake, Malcolm Potts, 1995).

2.2. Alguns aspectos socio-culturais e territoriais subjacentes a estes estudos

Apesar de se afigurarem como significativas as mutações comportamentais ocorridas em Portugal nas últimas décadas, o número de gravidezes não planeadas continua a ser muito elevado. Cifravam-se em 32% em Lisboa e 47% em Bragança na década de noventa e em 37% no seio da amostra que recolhemos no Minho em meados dos anos noventa.

Constituem percentagens elevadas, tendo em consideração que o Planeamento Familiar já foi introduzido em Portugal há 25 anos. Somos de opinião que estas devem ser ainda mais elevadas, pelo menos nos quatro concelhos estudados no Minho, pois nessa investigação só foram contabilizadas as gravidezes que chegaram a seu termo, não incluindo as mulheres que interromperam a gravidez legal ou ilegalmente e as que abortaram espontaneamente ou que, por outros motivos, a sua gravidez não foi bem sucedida.

Importa lembrar que o mencionado trabalho de investigação abordou as inequidades territoriais e sociais subjacentes à morbilidade e à mortalidade infantil em quatro concelhos do distrito de Braga - concelhos de Guimarães, Fafe, Cabeceiras de Basto e Celorico de Basto.

A pesquisa realizada alicerçou-se num vasto trabalho de campo, com particular realce para a execução de inquéritos à população feminina em dois momentos distintos, com um *décalage* de um ano, correspondendo a uma coorte de 1412 crianças que nasceram entre Outubro de 1994 e Março de 1995 nos quatro concelhos referenciados. No total dos dois inquéritos realizados conseguimos obter informações sobre cerca de 160 variáveis do agregado familiar a que pertencia o recém-nascido, entre elas, a vertente que se direcciona para o Planeamento Familiar.

Relativamente ao elevado quantitativo de gravidezes não planeadas diagnosticado no Minho, importa sobressair que 14,7% das mul-

heres não utilizava qualquer método contraceptivo (Quadro 1), revelando-se como um valor mais baixo do que o encontrado no Inquérito Nacional de Saúde realizado em 1987 e reportando-se ao Norte de Portugal, onde as percentagens foram da ordem dos 25,7%. Concomitantemente, das mulheres inquiridas no Minho, 14,0% utilizava o coito interrompido e o preservativo masculino detinha pouca expressão (3,1%), enquanto o feminino nenhuma utilização.

No que concerne à escala do continente português a percentagem de mulheres que não usavam qualquer método ascendia em 1980 a 22% e nos estudos de âmbito nacional mais recentes não é possível quantificarmos o fenómeno, pois a vertente do Planeamento Familiar deixou de ser contemplada, *exempli gratia*, no Inquérito Nacional de Saúde realizado em 1995/96.

QUADRO 1

Método contraceptivo usado pelas mulheres inquiridas, 1994-95

<i>Método contraceptivo usado</i>	<i>n.º</i>	<i>%</i>
1. Nenhum	208	14,7
2. Pílula	927	65,7
3. Preservativo masculino	44	3,1
4. Coito interrompido	198	14,0
5. Calendarização/ritmo	7	0,5
6. Dispositivo intra-uterino (D.I.U.)	22	1,6
7. Outro método	6	0,4
TOTAL	1412	100,0

FONTE: Inquérito por nós realizado entre 1994 e 1995.

Vários foram os motivos evocados pelas mulheres minhotas para a não utilização de métodos de controle da natalidade, prendendo-se, na maior parte dos casos, com *não está interessada, por enquanto, em evitar ter filhos* (49,0%. Quadro 2).

Um número razoável de mulheres (n=102) não utilizava métodos contraceptivos até terem um ou dois filhos, tendendo a evidenciar uma fecundidade não controlada nos primeiros anos do casamento até atingir um determinado número de filhos e só depois procurou informar-se e aderiu aos métodos contraceptivos.

Em Portugal e particularmente no Minho ainda prevalece uma cultura de que a mulher deve testar a sua fertilidade logo após o casamento, devido a pressões de cariz familiar ou a medos que são incutidos pelos familiares. Este deverá ser encarado como corolário da mulher minhota manifestar ainda um curto intervalo de tempo entre a data do casamento e o nascimento do primeiro filho.

Não ter filhos ou só ter um filho pode ser encarado, em determinadas sociedades ou ambientes culturais, como sinal de fraqueza ou mesmo de impotência masculina. Tanto o homem como a mulher procuram, entre outros meios, afirmar a sua potência e capacidade reprodutora gerando filhos.

Por outro lado, é importante ressaltar que o motivo *o marido ou companheiro não permite que use qualquer método ou não está disposto a usar*, foi referido por 26,0% das mulheres (Quadro 2), revelando um baixo grau de emancipação da mulher neste território. Subjacente a este comportamento poderão estar várias hipóteses explicativas, entre elas, a dos homens recearem que as mulheres tenham mais facilmente relações extra-conjugais ao adoptarem um método seguro. É, aliás, uma hipótese advogada pelos profissionais de saúde que na sua prática clínica estão mais atentos aos aspectos culturais que determinam os comportamentos em saúde reprodutiva.

QUADRO 2

Motivos evocados pelas mulheres para a não utilização de métodos contraceptivos, 1994-95

<i>Motivos de não uso de métodos contraceptivos</i>	<i>n.º</i>	<i>%</i>
1. Não tem conhecimento dos métodos a usar	4	1,9
2. O marido/companheiro não permite que use qualquer método ou não está disposto a usar	54	26,0
3. Tem medo das contra-indicações dos métodos contraceptivos (pensa que alguns deles causam esterilidade, cancro, hemorragias,...)	7	3,4
4. Vai contra as suas convicções religiosas ou outras	1	0,5
5. Não está interessada, por enquanto, em evitar ter filhos	102	49,0
6. Porque tem relações irregulares	14	6,7
7. Ia começar a utilizar, tendo entretanto, engravidado	19	9,1
8. Outro motivo	7	3,4
TOTAL	208	100,0

Relativamente às mulheres que justificaram a não utilização de um método contraceptivo, foi possível escutar algumas narrativas, *ipsis verbis*:

Não sei. Deus deu-me quatro filhos. Espero que Deus não me dê mais filhos (mulher de 36 anos, de freguesia de características transitórias do concelho de Guimarães, com quatro filhos, cujo quarto filho não era desejado, possuindo o 1º ciclo do ensino básico e encontrando-se desempregada).

Logo que casei quis logo engravidar, porque a minha família dizia que eu não era fértil por ser gémea e por ter nascido ao contrário e quis verificar se era verdade!... (mulher de 25 anos, operária, cujo filho era o primeiro, tendo engravidado logo após o casamento, residente numa freguesia de características transitórias do concelho de Guimarães).

Engravidou logo na lua-de-mel, pois penso e ouvi dizer que para se ser feliz no casamento tem que se engravidar logo e tem que se ter três filhos (mulher de 21 anos, que residiu vinte anos numa freguesia rural do concelho de Cabeceiras de Basto, que engravidou logo após o casamento, possuindo seis anos de escolaridade e sendo doméstica).

Outras ainda não usavam nada porque o namorado não permitia, porque dizia que a pílula lhe ia fazer mal.

Mário Pedro Sousa, lembra a propósito dos obstáculos da contraceção, o facto desta poder ser considerada como uma maior possibilidade de acesso ao desejo e à satisfação sexual, o que para muitas mulheres é sinónimo de medo, isto é, existem mulheres que têm medo de expressar os seus sentimentos livremente, e estas mulheres tendem a racionalizar a não utilização de métodos contraceptivos, nomeadamente, da pílula (A. Bacelar Antunes, M. Pedro Sousa (col.), 2000: 15).

Outras usam-na e somatizam: são as dores de cabeça, as dores ao terem relações sexuais, *et cetera*.

Por outro lado, a pílula, para muitas mulheres, também pode simbolizar uma castração porque «paralisa» o funcionamento dos ovários!...

Outras vezes a mulher tem medo que o sangue lhe suba à cabeça se tomar a pílula, parando de tomar por iniciativa própria para limpar o organismo, como fazem questão de frisar. Aliás, das mulheres inquiridas no Minho que usavam normalmente a pílula e que engravidaram, cerca de 36% resultou do facto de terem parado de a tomar por iniciativa própria ou por indicação médica. Neste domínio afigura-se também como importante o papel desempenhado pela prática clínica de alguns médicos, que aconselham a mulher a parar e a fazer «descanso» da pílula, apesar de tal conselho não existir nos manuais actuais de medicina reprodutiva.

Relativamente ao eventual medo de *que o sangue suba à cabeça da mulher se tomar a pílula*, torna-se interessante entender esta perspectiva. O uso da pílula conduz a vários efeitos colaterais, a maior parte deles sem consequências para a saúde da mulher, sendo um deles a alteração do fluxo menstrual, traduzindo-se numa diminuição na quantidade e duração do fluxo (Direcção-Geral da Saúde, 1998: 13). Deste modo, as mulheres têm medo que o sangue «sobrante» lhes suba à cabeça.

Estas influências são mais nítidas nas mulheres que possuem até quatro anos de escolaridade, pois são aquelas que detêm menos conhecimentos científicos sobre anatomia, fisiologia e sexualidade humanas. Estes, fizeram parte dos *curricula* somente após o quarto ano de escolaridade.

É assim natural que estas mulheres detenham um baixo conhecimento de como funciona o seu organismo, estando pouco preparadas para assimilar a informação que lhes pode ser transmitida relacionada com a forma de actuação de certos métodos contraceptivos, como é o caso dos contraceptivos orais (vulgo pílula).

Neste domínio os profissionais de saúde detêm um papel fulcral no ultrapassar destes medos e crenças, cabendo-lhes uma maior divulgação da utilização e das vantagens dos métodos contraceptivos e um maior cuidado na linguagem utilizada na explicação. Parte dos clínicos continua a acreditar que é suficiente a prescrição do método sem necessidade de muitas elucidações do modo de utilização, pensando que a mulher procederá a uma leitura atenta da informação escrita que vem na embalagem do contraceptivo oral. Outras vezes, a rotina e o elevado número de consultas realizadas diariamente acabam por dificultar ou conduzem ao esquecimento da transmissão destes conhecimentos.

Em termos territoriais também diagnosticámos dicotomias acentuadas para o espaço minhoto, não sendo possível cotejar os resultados encontrados neste espaço com o cenário nacional, visto os inquéritos realizados não permitirem uma leitura abaixo da escala nacional ou continental.

No que concerne ao espaço minhoto registou-se uma relação entre o método utilizado e o concelho de residência (Qui-quadrado=32,9 para 12 gl; $p=0,001$). Foi nos concelhos de *facies* mais ruralizante como Celorico de Basto, onde a não utilização de qualquer método ou a utilização do coito interrompido detiveram maior relevância (Quadro 3), atingindo, respectivamente, 23,4% e 24,3%, ou seja, 47,7% das mulheres ou não usam qualquer método ou usam um altamente falível e nada aconselhável para o bem-estar do casal.

Inversamente, foi no concelho de Guimarães que o não uso ou a utilização do coito interrompido revelaram menor expressão - respectivamente, 12,8% e 11,8%. Traduzindo em termos de eficácia dos métodos utilizados, enquanto em Guimarães, 74,5% das mulheres utilizavam um método eficaz, em Celorico de Basto o *score* cifrou-se em 52,3%.

Foi ainda mais evidente a relação entre os métodos usados e a dicotomia urbano/transição/rural (Qui-quadrado=44,3 para 8 gl;

QUADRO 3

Método contraceptivo usado pelas mulheres inquiridas segundo o concelho de residência, 1994-95

Método contraceptivo usado	Guimar.		Fafe		Cabec, de Basto		Celor. de Basto	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%	n.º	%
1. Nenhum	117	12,8	49	17,4	16	15,1	26	23,4
2. Pílula	640	70,1	167	59,2	64	60,4	56	50,5
3. Preservativo masculino	27	3,0	11	3,9	4	3,8	2	1,8
4. Coito interrompido	108	11,8	44	15,6	19	17,9	27	24,3
5. Outro método	21	2,3	11	3,9	3	2,8	-	-
TOTAL	913	100,0	282	100,0	106	100,0	111	100,0

FONTE: Inquérito por nós realizado entre 1994 e 1995.

$p < 0,001$). Por um lado, foi nas freguesias rurais tradicionais que 44,9% ou não utilizavam qualquer método ou usavam o coito interrompido e foi nas freguesias urbanas onde estes detiveram menor expressão (24,0%, Quadro 4).

QUADRO 4

Método contraceptivo usado pelas mulheres inquiridas segundo a terminologia urbano/transição/rural, 1994-95

Método contraceptivo usado	Urbano		Transição		Rural	
	n.º	%	n.º	%	n.º	%
1. Nenhum	52	12,6	110	13,8	46	22,7
2. Pílula	278	67,1	544	68,4	105	51,7
3. Preservativo masculino	24	5,8	17	2,1	3	1,5
4. Coito interrompido	47	11,4	106	13,3	45	22,2
5. Outro método	13	3,1	18	2,3	4	2,0
TOTAL	414	100,0	795	99,9	203	100,1

FONTE: Inquérito por nós realizado entre 1994 e 1995.

Por último, e tal como previmos, também foi encontrada uma forte relação entre o nível de instrução da mulher e o método contraceptivo utilizado pela mãe da criança (Qui- -quadrado=69,0 para 16 gl; $p < 0,001$). Foi clara a maior utilização da pílula pelas mulheres com níveis de instrução mais elevados e a menor importância que adquire o coito interrompido ou a não utilização de qualquer método naqueles níveis de instrução.

3. Conclusão

Parecem estar finalmente criadas as bases jurídicas para que seja efectivamente uma realidade a Educação Sexual e o Planeamento Familiar em Portugal, embora seja claro que a escola está cada vez mais a substituir a função educadora que compete, em primeiro lugar, aos pais.

Na nossa perspectiva, parece-nos evidente que se os pais não estiverem preparados e empenhados em complementarem todo o processo que está em curso, todo o projecto poderá revelar-se pouco entusiasta.

Por outro lado, os comportamentos diagnosticados levam-nos a pensar que há muito a fazer no sentido da mutação de alguns aspectos socio-culturais que estão ainda muito enraizados na população estudada e que não têm sentido de existência.

Concomitantemente, parte dos médicos, especialmente os Médicos de Família, deverão ser objecto de uma campanha de informação, por parte da Direcção-Geral da Saúde, sobre as actuais práticas de contracepção no domínio da medicina reprodutiva, desmitificando antigos conceitos e alertando-os para a necessidade de dedicarem na sua prática clínica uma maior atenção a estes aspectos socio-culturais.

Perante o cenário diagnosticado somos de opinião que não é viável, pelo menos para o território analisado, a meta avançada pelo Ministério da Saúde para o ano 2002, que prevê que àquela data, pelo menos, 80% das mulheres em idade fértil e sexualmente activas (ou os seus companheiros) que não desejam engravidar, utilizem um método contraceptivo eficaz (Ministério da Saúde, 1998:5). Estamos conscientes de que há um árduo caminho a percorrer e que teremos que aguardar, pelo menos, pelo final da década de 2000 para assistirmos à concretização daquela meta!...

Bibliografia

- ANTUNES, A.B.; SOUSA, M.P. (col.) (2000), «Contracepção», Porto, MEDISA - Edições e Divulgações Científicas.
- ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA (2000), «Raparigas!», Lisboa, Associação para o Planeamento da Família.
- CARVALHO, A.M.R. (2000), «Educação sexual na escola», in *O Professor*, Lisboa, 71, p. 3-27.
- COSTA, M. da S. e; REMOALDO, P.C. (1994), «A mulher grávida e a sociedade: para uma sociologia da gravidez», in Mário Luiz Mendes, «Livro de OBSTÉTICA», Coimbra, Livraria Almedina, p. 27-41.
- DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (1998), «Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar», Orientações Técnicas, 9, Lisboa.
- DIRECÇÃO-GERAL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS (1992), «Necessidades não satisfeitas em Saúde Materna e Planeamento Familiar: Relatório do estudo realizado em 1990/91», Lisboa, Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar.

- FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE PLANEAMENTO DA FAMÍLIA (1999), «*Carta da I.P.P.F. dos Direitos Sexuais e Reprodutivos*», Lisboa, Secção das Organizações Não Governamentais do Conselho Consultivo da Comissão para a Igualdade e Direitos das Mulheres.
- GOMES, F.A., et al. (1997), «*Sexologia em Portugal: sexualidade e cultura*», 2 vols., Lisboa, Texto Editora.
- GOULD, P. (1993), «*The slow plague: a geography of the Aids pandemic*», Massachusetts, Blackwell Publishers.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1980), «*Inquérito Português à Fecundidade*», 2 vols., Lisboa.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1998), «*Inquérito à Fecundidade e Família: 1997*», Resultados Preliminares, Lisboa.
- JOAQUIM, T. (1983), «*Dar à luz, ensaio sobre as práticas e crenças da gravidez, parto e pós-parto em Portugal*», Lisboa, Publicações Dom Quixote.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE (1988), «*Inquérito Nacional de Saúde - 1987*», 7 vols., Lisboa.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ESTUDOS E PLANEAMENTO DA SAÚDE (1997), «*Inquérito Nacional de Saúde - 1995/96*», 7 vols., Lisboa.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998), «*Saúde em Portugal: uma estratégia para o virar do século - 1998-2002*», Lisboa.
- REMOALDO, P.C. (1992), «*Análise da fecundidade concernente a alguns concelhos do distrito de Braga*», in *Cadernos do Noroeste*, Braga, 5 (1-2), p. 141-178.
- REMOALDO, P.C. (1993), «*Comportamento contraceptivo nalguns concelhos do distrito de Braga*», in *Planeamento Familiar*, Lisboa, 61/62, p. 8-10.
- REMOALDO, P.C. (1998), «*A morbilidade e a mortalidade infantil em territórios amostra do Distrito de Braga - Desigualdades territoriais e sociais*», Braga, Dissertação de Doutoramento, 696 p..
- REMOALDO, P.C. (1999), «*A mortalidade infantil no noroeste português nos finais do século XX*», Documentos de Trabalho - Xeografia - 6, Instituto Universitario de Estudios e Desenvolvimento de Galicia (I.D.E.G.A.), Universidade de Santiago de Compostela, Espanha, 51 p..
- REMOALDO, P.C. (2000), «*Desigualdades territoriais relacionadas com o consumo do álcool e do tabaco no decurso da gravidez*», in *Saúde Infantil*, Coimbra, 22/2, p. 21-27.
- SENANAYAKE, P.; POTTS, M. (1995), «*An Atlas of contraception*», New York, The Parthenon Publishing Group.