

PRÁTICAS E CRENÇAS – A TRADIÇÃO JÁ NÃO É O QUE ERA?...

Paula Cristina Almeida Remoaldo*

O sucesso ou o fracasso de uma revolução pode avaliar-se pelo estatuto da mulher mudar rapidamente e no sentido do progresso.

(Angela Davis)

INTRODUÇÃO

As culturas locais desempenham, cada vez mais, um papel crucial na promoção dos lugares e da imagem que sobre eles os outros tecem. Não obstante, têm sido cada vez mais ameaçadas pelo processo da globalização, que tenta pôr em causa a sua integridade e à qual tentam resistir.

Tendo como pano de fundo a temática do III Colóquio de Geografia de Coimbra – *Territórios desiguais e culturas globais* - tentaremos no presente artigo recordar que certas crenças, tradições e práticas, ainda não foram de todo eliminadas pelo processo da globalização, parecendo continuar enraizadas no território português. Estas assumem a figura de últimos redutos, de autênticos baluartes, que teimam em prevalecer e que determinam, grande parte das vezes, negativamente a saúde e o bem-estar da família, gerando, por sua vez, impactes no cenário geodemográfico e sanitário português.

Intentaremos fazer sobressair algumas das crenças e práticas que persistem, criadas para impedir a doença e a morte, essencialmente relacionadas com a Saúde Reprodutiva e que, até ao momento, foram muito pouco investigadas pelos especialistas das ciências sociais e ainda menos pelos profissionais de saúde. Elas continuam enraizadas, contrariando os avanços tecnológicos no âmbito da medicina familiar e reprodutiva e o próprio discurso dos profissionais de saúde.

Estas reflexões assumem-se como um primeiro ensaio do olhar de uma geógrafa para a cultura de um povo que teima em subsistir e devem ser contextualizadas numa fase de pós-doutoramento, que ajudarão a complementar o cenário por nós construído, entre 1994 e 1998 sobre a saúde materno-infantil em quatro concelhos do território minhoto, estando então mais preocupados com as inequidades territoriais!...

1. CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE SAÚDE REPRODUTIVA

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, p. 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 Doenças de Transmissão Sexual (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

* Secção de Geografia. Instituto de Ciências Sociais. Universidade do Minho.

da incidência das D.T.S., já que a infertilidade, uma das principais consequências, começa a assumir-se como um importante problema de saúde pública.

Paralelamente, são inquestionáveis as modificações estruturais que se operaram no nosso país e após o 25 de Abril, em termos sociais e culturais. Não obstante, continuam a observar-se atitudes e comportamentos que são difíceis de modificar e que influenciam, em última instância, a saúde e o bem-estar da família. Esta gera, por sua vez, impactes significativos no cenário geodemográfico e sanitário português (Fig. 1), nomeadamente no número de nascimentos, nos níveis de morbilidade e de mortalidade materna, perinatal e infantil.

Este cenário ganha contornos mais vinculados particularmente nos territórios de cariz rural, onde prevalece de forma visível o respeito pelo saber transmitido por familiares mais idosos em várias esferas da vida e que, no

caso específico da Saúde Reprodutiva, é por demais evidente na transmissão de saberes e de crenças, sobretudo de mãe para filha e de sogra para nora.

Muitos pensarão e afirmarão, de forma mais ou menos convicta, que se trata de assunto do passado, retirando-lhe todo e qualquer significado. No entanto, as tradições, as crenças e os rituais, sempre existiram para proteger/impedir a doença e a morte. Eles prevaleceram durante muito tempo no Minho, onde a mortalidade materna era elevada, assim como a mortalidade infantil e a mortalidade perinatal, havendo necessidade de haver muitas "cautelos" por parte da população.

Estas tradições mantêm-se, hoje em dia, mais vivas no território português e particularmente no Minho do que poderíamos pressupor e foram muito pouco investigadas nas últimas décadas do século XX. De ressaltar, no entanto, um trabalho empírico realizado por António de

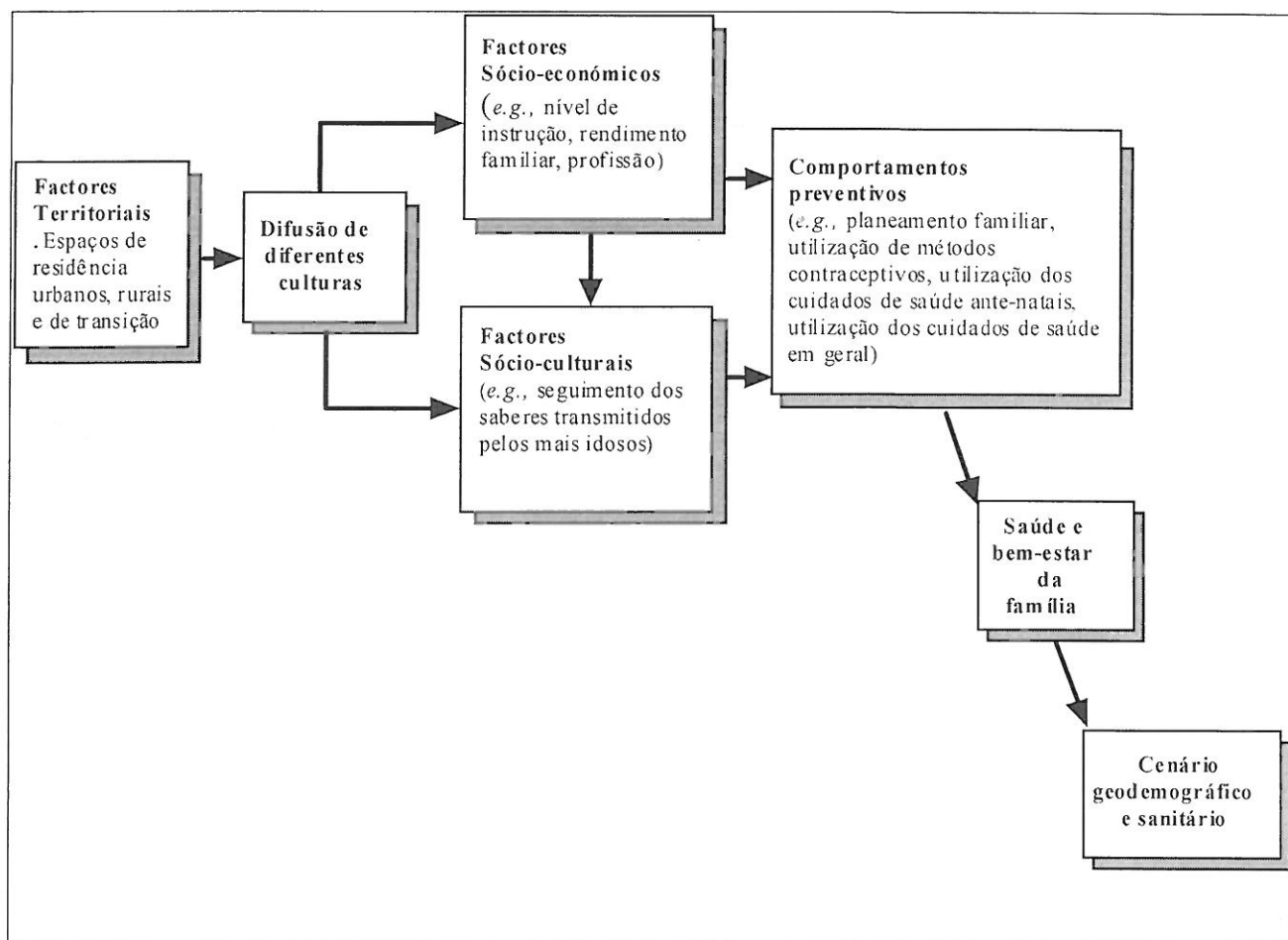


Fig. 1 – Modelo conceptual de factores de risco da saúde e bem-estar da família

Jesus Couto¹ que nos confirma, num estudo realizado na década de noventa junto de quarenta grávidas, a presença viva de determinadas crenças ligadas ao período de gravidez (e.g., crenças relativas à predição do sexo do bebé, crenças relativas aos hábitos alimentares, crenças relativas ao uso ou contacto com objectos). Mas, não existem trabalhos empíricos relacionados com o casamento e a fecundidade.

Importa lembrar que aspectos que poderiam ajudar a esmorecer certas práticas que prejudicam a saúde e o bem-estar da família, como seja a própria evolução da Medicina na vertente materno-infantil, é muito recente em Portugal.

A título de exemplo, a Perinatologia (Medicina Interna do Recém-Nascido) tem simplesmente dezoito anos de existência em Portugal. Concomitantemente, a vulgarização da realização de determinados exames de diagnóstico, como por exemplo, as ecografias para variados fins, só se concretizou a partir de meados dos anos oitenta. Este factor, *per se*, criou impactes sócio-culturais e permitiu alterar alguns comportamentos no seio da população. Além disso, a própria elevação do nível de instrução e a mobilidade dessa população permitiram uma ruptura com várias tradições e crenças.

2. EXEMPLOS EM SAÚDE REPRODUTIVA

2.1. Casamento e fecundidade

Em Portugal e particularmente no Minho ainda prevalece uma cultura que influencia a mulher a testar a sua fertilidade logo após o casamento devido a pressões de cariz familiar ou a medos que são incutidos pelos familiares. Este cenário 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 capacidade reprodutora gerando filhos.

Duas das cerca de trinta narrativas (n=30) recolhidas na investigação que realizámos em quatro concelhos do

Minho (148 freguesias analisadas) em meados da década de noventa, foram *ipsis verbis*:

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, residente numa freguesia de características transitórias do concelho de Guimarães, operária, cujo filho era o primeiro, tendo engravidado logo após o casamento).

Engravidai 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).

Fonte: Inquérito por nós realizado entre 1994 e 1995.

Como se trataram de narrativas espontâneas não podemos avaliar o grau de enraizamento destas crenças e práticas no seio da população, especialmente na feminina, justificando-se um trabalho mais aprofundado.

Mas, ainda muito recentemente, Teresa Joaquim nos havia recordado num ensaio que realizou na década de oitenta², as principais práticas e crenças inerentes ao território português. Interessante de ressaltar é o facto de no âmbito da Saúde Reprodutiva haver inúmeros exemplos e, a maior parte das vezes, relacionados com o Minho, do tipo:

*Mãe que é casar? Filha é fiar, parir e chorar.
Mal casada é a mulher que não pare.
Muito filho, mãe gulosa!...³*

Casar é parir. O casamento é também o "fiar" da vida, porque a mulher é produtora de vidas, por isso:

Mal casada é a mulher que não pare, que não é fecunda, que não se reproduz.

Não ter filhos é sinal de que a união não se realizou. Um filho materializa a união do homem e da mulher, é o sinal dessa união. A comunidade exerce controlo sobre a sexualidade, sendo tão malvista a mulher que não tem filhos como a mulher que tem muitos filhos – *Muito filho, mãe gulosa!...*

¹ COUTO, A. de J. (1994) - "A grávida e as suas crenças". MENDES, Mário Luiz - *Livro de obstétrica*, Livraria Almedina, Coimbra, pp. 141-146.

² JOAQUIM, T. (1983) - *Dar à luz, ensaio sobre as práticas e crenças da gravidez, parto e pós-parto em Portugal*. Lisboa. Publicações Dom Quixote.

³ *Idem*, p. 31.

Também a causa de infertilidade é imputada à mulher: por falta de apetência, por ser muito nova, por maus humores, *et cetera*⁴.

Embora não seja retratado em muitos dos ensaios realizados sobre crenças e práticas, podemos ainda encontrar hoje em dia vários exemplos do fardo que a mulher carrega também por não dar filhos varões.

No início do terceiro milénio inúmeros são os exemplos no Minho (*e.g.*, concelhos de Guimarães, Fafe e Póvoa de Lanhoso), de mulheres que são acusadas pelo marido de não darem filhos varões. O facto do casal ter já três ou quatro filhos resulta, não do facto de não terem aderido ao Planeamento Familiar, mas porque o casal tem apenas filhas e o marido insiste em ter um filho varão.

Deste modo, são frequentes os casos de culpabilização da mulher por não dar à luz um filho varão quando ironicamente a "culpa" é do marido ou do companheiro, já que é este o responsável pelo sexo masculino da criança, visto ser ele o que concede o cromossoma y. A mulher só contribui para fetos do sexo feminino, porque só tem cromossomas x!... Existem casos retratados em que o próprio médico solicitou a presença do marido para ajudar a desculpabilizar a mulher, mas nem sempre, o marido aceitou a explicação!...

2.2. Uso de métodos contraceptivos e aspectos sócio-culturais

Se pensarmos noutro exemplo no âmbito da Saúde Reprodutiva, nomeadamente, no uso de métodos contraceptivos, recordamos alguns estudos que foram realizados em Portugal entre a década de oitenta e a de noventa, nomeadamente:

- o Inquérito Português à Fecundidade (1980);
- o Inquérito à Fecundidade e Família (1997);
- o Inquérito Nacional de Saúde (1987);
- 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 em 1994-95.

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 de baixa utilização do preservativo no sul da Europa 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 (Fig. 2). 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% - GOULD, 1993, pp. 48-50).

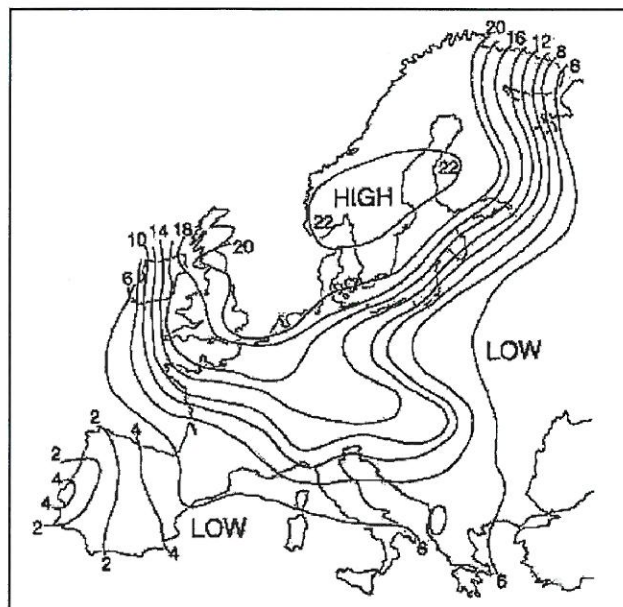


Fig. 2 - Uma Geografia do Preservativo equacionada em 1993 para o espaço europeu

Fonte: GOULD, Peter – *The slow plague: a geography of the Aids pandemic*. Massachusetts, Blackwell Publishers, 1993, p. 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.

⁴ *Idem*, p. 42.

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 ultrapassem os 5% (SENANAYAKE e POTTS, 1995).

Apesar de se afigurarem como significativas as mudanças 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 corte 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 acerca 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 mulheres não utilizava qualquer método contraceptivo (Quadro I), 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 expressão.

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 I – Método contraceptivo usado pelas mulheres inquiridas em quatro concelhos do Minho, 1994-95

MÉTODO CONTRACEPTIVO USADO	Nº	%
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 II).

Quadro II – Motivos evocados pelas mulheres inquiridas para a não utilização de métodos contraceptivos em quatro concelhos do Minho, 1994-95

MOTIVOS DE NÃO USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	Nº	%
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

Fonte: Inquérito por nós realizado entre 1994 e 1995.

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 atingirem um

determinado número de filhos e só depois procurou informar-se e aderiu aos métodos contraceptivos.

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 II), 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 adotarem 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.

Relativamente às mulheres que justificaram a não utilização de um método contraceptivo, foi possível escutar algumas narrativas que merecem uma investigação mais aprofundada para apurar do seu real alcance no seio da população e que foram *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).

Fonte: Inquérito por nós realizado entre 1994 e 1995.

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 ao uso de métodos contraceptivos, o facto de tal permitir a fruição em toda a sua plenitude da relação 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 (ANTUNES e SOUSA (col.), 2000, p. 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 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, p. 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. De acordo com a informação concedida pelas mulheres inquiridas, estas não haviam sido informadas pelos médicos sobre o modo de utilização e actuação da pílula. Será que 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?... Ou será que 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, atingindo, respectivamente, 23,4% e 24,3%, ou seja, 47,7% das mulheres ou não usavam qualquer método ou usavam 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 terminologia urbano/transição/rural (Qui-quadrado=44,3 para 8 gl; $p<0,001$). 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 III).

Quadro III – Método contraceptivo usado pelas mulheres inquiridas segundo a terminologia urbano/transição/rural. 1994-95⁵

MÉTODO CONTRACEPTIVO USADO	URBANO		TRANSIÇÃO		RURAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
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, também no que concerne à vigilância pré-natal são claras as influências dos conselhos transmitidos pelos familiares e amigas.

O início mais tardio da vigilância pré-natal por parte das mulheres do Minho, comparativamente com outras mulheres pertencentes a outros países europeus, resulta do facto de num passado ainda muito recente, não se falar em consulta pré-concepcional e o Planeamento Familiar não existir.

Este último só ganhou ênfase a partir da década de oitenta, não atingindo uma grande parte das mães e sogras

das mulheres que se encontram actualmente no seu período fértil.

No período de tempo em que aquelas tiveram filhos era costume dirigirem-se a um médico só quando os sintomas e os sinais de gravidez eram proeminentes. Também era frequente que, embora conhecendo os sintomas e sinais, não se dirigissem a um médico e levassem por diante a gravidez, tendo "fé em Deus" de que tudo corresse bem!... O fraco avanço da medicina reprodutiva e a ausência de relevantes meios de diagnóstico ajudavam a construir este cenário.

Deste modo, não nos espantam narrativas do tipo:

Só fui ao médico aos quatro meses, porque a minha irmã disse-me que só se deve ir ao médico nessa altura e foi assim que ela fez quando esteve grávida!...

Só fui ao médico aos três meses, porque os meus familiares disseram-me que não era preciso ir antes!...

Só fui ao médico aos três meses, porque me sentia bem e depois de fazer o teste de gravidez posso ir quando quiser, não é verdade?...

Parece tratar-se de uma crença ou mesmo tradição que passa de mães para filhas, de sogras para noras ou de outros familiares próximos, que deve estar associada ao momento em que a mulher tem a certeza absoluta que está grávida e à ignorância das implicações de um início tardio da vigilância.

3. CONCLUSÃO

Hoje em dia as crenças continuam a ser uma realidade vivida pelas mulheres portuguesas, que geram preocupações, ansiedade e que são pouco verbalizadas. *É melhor prevenir do que remediar. Temos que respeitar o que dizem os mais velhos*, mostra como ao longo da vida a mulher vai ouvindo pequenas histórias, relatos de vivências, a partir das quais vai começando a construir a representação do seu casamento e da sua gravidez.

Os comportamentos que diagnosticamos em Saúde Reprodutiva levam-nos a pensar que haverá muito a fazer no sentido da mutação de alguns aspectos sócio-culturais que parecem continuar enraizados na população, que não têm sentido de existência e cuja verdadeira dimensão só poderá ser confirmada através de uma investigação aprofundada a ser concretizada por geógrafos e sociólogos.

Concomitantemente, os profissionais de saúde devem ser alertados para a necessidade de dedicarem na sua prática clínica uma maior atenção aos aspectos sócio-culturais.

⁵ Os totais dos valores percentuais patentes no Quadro III evidenciam um arredondamento por excesso ou por defeito.

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, p. 5). Estamos conscientes de que há um árduo caminho a percorrer e que teremos que aguardar, provavelmente mais alguns anos, para assistirmos à concretização daquela meta!...

BIBLIOGRAFIA

- ANTUNES, A. B. e SOUSA, M. P. (col.) (2000) – *Contracepção*. Porto, MEDISA - Edições e Divulgações Científicas.
- CARVALHO, A. M. R. (2000) - "Educação sexual na escola". *O Professor*, Lisboa, 71, p. 3-27.
- COSTA, M. da S. e e REMOALDO, P.C. (1994) - "A mulher grávida e a sociedade: para uma sociologia da gravidez". MENDES, Mário Luiz - *Livro de obstétrica*, Coimbra, Livraria Almedina, p. 27-41.
- COUTO, A. de J. (1994) - "A grávida e as suas crenças". MENDES, Mário Luiz - *Livro de obstétrica*, Livraria Almedina, Coimbra, p. 141-146.
- 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. (1987) - *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". *Cadernos do Noroeste*, Braga, 5 (1-2), p. 141-178.
- REMOALDO, P. C. (1993) - "Comportamento contraceptivo nalguns concelhos do distrito de Braga". *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". *Saúde Infantil*, Coimbra, 22/2, p. 21-27.
- SENANAYAKE, P. e POTTS, M. (1995) - *An Atlas of contraception*. New York, The Parthenon Publishing Group.