

Vera Lúcia Terra Mesquita

Redes sociais de apoio à maternidade em situações problemáticas

Universidade Fernando Pessoa

Porto 2008

Vera Lúcia Terra Mesquita

Redes sociais de apoio à maternidade em situações problemáticas

Universidade Fernando Pessoa

Porto 2008

(Vera Lúcia Terra Mesquita)

Monografia apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciado em Serviço Social, sob a orientação do Professor Doutor Álvaro Campelo.

Sumário

A presente monografia pretende analisar a importância das redes sociais de apoio à maternidade em situações problemáticas.

Numa época em que se vive mais isoladamente, faz cada vez mais sentido falarmos em redes sociais de apoio informal. É importante perceber em que medida, nos dias de hoje, as pessoas recorrem a essa rede. Por outro lado torna-se também relevante entender até que ponto estas pessoas recorrem à rede formal para assim perceber como as instituições sociais podem condicionar o bem-estar destas famílias.

Desta monografia obteve-se um conjunto de resultados e conclusões que permitiram conhecer melhor os membros da amostra e assim perceber a importância da rede social nas suas vidas.

Tudo começa com um primeiro encontro dum homem e duma mulher em que cada um se dispõe a aceitar a perda da sua própria independência. Daí em diante nunca mais poderão decidir sozinhos. Embora toda a decisão seja um acto pessoal, ela passará agora a depender de outra decisão também pessoal com a qual terão de aprender a dialogar. Mais tarde, os filhos e os netos concretizam a família e alargam o círculo das dependências tal como os círculos que uma pedra lançada num largo tranquilo vai criando, até se perder de vista e se confundir com o infinito.

O amor concentrado neste primeiro olhar, fecundo no pensamento ou também nos filhos, será verdadeiramente realizado no tempo.

Porém, só na medida em que na liberdade desses outros, perdure a ternura das primeiras vinculações, como fio condutor em que as ideias se transmitem, é que se tornarão possíveis os novos encontros de que todos vivemos a esperança (Biscaia, 1991 p. 25).

Dedicatória

Às minhas avós que viverão eternamente nas minhas recordações.

Agradecimentos

Um trabalho deste tipo exige a colaboração de várias pessoas e eu não me podia esquecer de agradecer a todas elas.

Aos meus pais que acreditaram nas minhas capacidades e que foram fundamentais na minha formação académica. Às amigas Mariana e Isabel que sempre me apoiaram.

Ao Professor Doutor Álvaro Campelo pela orientação e pela disponibilidade. À orientadora de estágio do Hospital de São João, a Doutora Lúcia Rocha, que permitiu a aplicação das entrevistas.

A todas as entrevistadas que disponibilizaram o seu tempo e que aceitaram contar factos da sua vida íntima.

A todos os meus sinceros agradecimentos

Índice geral

Sumário.....	V
Dedicatória	VII
Agradecimentos	VIII
Índice de quadros.....	XI
Índice de gráficos	XIII
Índice de anexos	XIV
Índice de siglas	XV
Introdução.....	17
I- Enquadramento teórico	19
Capítulo I- Gravidez e maternidade.....	20
1.1- Definição de gravidez.....	20
1.2-Definição de maternidade.....	22
1.2.1- Desejo de procriar e desejo de não procriar	23
1.3- Planeamento familiar	24
1.3.1- Métodos contraceptivos	26
1.4- Interrupção voluntária da gravidez.....	29
1.5 – Problemáticas sociais associadas à gravidez e à maternidade.....	31
1.5.1 - HIV	31
1.5.2- Toxicodependência	33
1.5.3- Alcoolismo	35
1.5.4 -Desemprego e pobreza	37
1.5.5- Imigração.....	39
1.5.6- Violência doméstica	41
Capítulo II- Redes Sociais	43
2.1- Rede informal.....	44
2.1.1-Família.....	45
2.1.1.1- Tipos de famílias	46
2.1.1.2- Funções da família	47

2.1.1.3- Famílias multiproblemáticas	48
2.1.1.4- A família como elemento da rede social	50
2.1.2- Amigos	51
2.1.3- Vizinhos	53
2.2- Rede formal	55
2.2.1- Instituições	55
2.2.1.1- Instituições Particulares de Solidariedade Social.....	55
2.2.1.2- Segurança Social	57
2.2.1.2.1- Abono de família.....	58
2.2.1.2.2- Rendimento social de inserção (R.S.I).....	59
II- Estudo empírico.....	61
Capítulo III- Metodologia.....	62
Introdução.....	62
3.1- Objectivos do estudo	62
3.2- Instrumento e procedimentos	63
3.3- Caracterização sociodemográfica da amostra	65
Capítulo IV - Análise e discussão dos resultados.....	74
Introdução.....	74
4.1- Maternidade.....	74
4.1.1- Gravidez planeada, desejada e interrupção voluntária da gravidez	74
4.1.2- Tipo de apoio prestado pelo pai do bebé.....	78
4.1.3 - Métodos contraceptivos.....	79
4.1.4- Problemáticas sociais	82
4.2- Rede social	84
4.2.1- Família.....	84
4.2.2- Amigos	91
4.2.3- Vizinhos	98
4.2.4- Instituições	101
Reflexões finais	106
Bibliografia.....	109

Anexos 118

Índice de quadros

Quadro 1- Caracterização sociodemográfica.....	65
Quadro 2- Rendimentos, despesas fixas e haver	69
Quadro 3- Agregado familiar e número de filhos.....	72

Índice de gráficos

Gráfico 1- Idade.....	65
Gráfico 2- Estado civil.....	66
Gráfico 3- Habilitações literárias.....	67
Gráfico 4- Profissão.....	67
Gráfico 5- Rendimentos	69
Gráfico 6- Despesas fixas	70
Gráfico 7- Balanço financeiro final	71
Gráfico 8- Agregado familiar	72
Gráfico 9- Filhos que residem com as entrevistadas	73
Gráfico 10 - Gravidez planeada.....	75
Gráfico 11-Entrevistadas que pensaram em realizar um aborto.....	76
Gráfico 12- Métodos contraceptivos	79
Gráfico 13- Uso de métodos contraceptivos quando engravidaram.....	81
Gráfico 14- Tipo de apoio prestado pela família.....	87
Gráfico 15 - Já algum familiar negou um pedido de ajuda	89
Gráfico 16 - Tipo de apoio prestado pelos amigos.....	93
Gráfico 17- Quando é necessário os vizinhos estão disponíveis.....	99
Gráfico 18- Confia a guarda dos filhos aos vizinhos.....	100
Gráfico 19- Já recorreu a alguma instituição.....	101
Gráfico 20- Tipo de apoio solicitado.....	102

Índice de anexos

Anexo A- Guião de entrevista

Anexo B- Matriz conceptual

Índice de siglas

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

SIDA- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

R.S.I- Rendimento Social de Inserção

INE- Instituto Nacional de Estatística

APAV- Associação Portuguesa de Apoio á Vitima

DIU- Diapositivo Intra-Uterino

E(1)- Entrevista 1

E(2)- Entrevista 2

E(3)- Entrevista 3

E(4)- Entrevista 4

E(5)- Entrevista 5

E(6)- Entrevista 6

E(7)- Entrevista 7

E(8)- Entrevista 8

E(9)- Entrevista 9

E(10)- Entrevista 10

E(11)- Entrevista 11

E(12)- Entrevista 12

E(13)- Entrevista 13

E(14)- Entrevista 14

Introdução

Esta monografia decorreu de uma investigação realizada no ano lectivo 2006/2007, e integra-se no curriculum do 4º ano da licenciatura em Serviço Social, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade Fernando Pessoa no Porto.

A presente monografia tem como tema “Redes sociais de apoio à maternidade em situações problemáticas”. Este trabalho resultou de um estudo exploratório realizado no serviço de Obstetrícia do Hospital de São João.

A escolha deste tema deveu-se ao facto de o estágio curricular ter sido realizado no serviço anteriormente referido. Durante o estágio constatou-se que muitas das mulheres que recorriam ao serviço social de Obstetrícia se confrontavam com alguns problemas sociais e eram obrigadas a recorrer à rede social para que pudessem satisfazer as suas necessidades básicas e as da restante família.

A maternidade é um vínculo que se estabelece para toda a vida, este elo tem início com a gravidez e define-se pelo conjunto de sentimentos que a mãe tem pelo seu filho (Canavarro, 2001). Nem sempre a adaptação de uma mulher à maternidade é fácil, pois por vezes os filhos são fruto de gravidezes não planeadas. O facto de elas não terem planeado um filho pode estar relacionado com questões económicas ou então isso está associado a outro tipo de problemáticas sociais.

As redes sociais remetem-nos para os relacionamentos que os indivíduos mantêm (Maia, 2002). São relacionamentos recíprocos em que há a troca de recursos materiais e imateriais. As redes sociais podem ser formais e informais, as primeiras incluem as instituições e as segundas abrangem a família, os amigos e os vizinhos.

Este trabalho foi dividido em duas partes, a primeira resultou de uma revisão literária sobre o tema e possui dois capítulos. O primeiro capítulo define os conceitos de gravidez e de maternidade, menciona o desejo de procriar e o de não procriar. É neste capítulo que é introduzida a temática do planeamento familiar focando alguns dos métodos contraceptivos

existentes em Portugal. Foi também feita uma referência a um tema bastante actual e que proporciona inúmeras discussões éticas, como é o caso do aborto.

O último assunto a ser mencionado no primeiro capítulo foi o das problemáticas sociais, sendo seleccionadas as que mais se destacaram na amostra: HIV, toxicod dependência, alcoolismo, problemas económicos e problemas de inserção profissional, imigração ilegal, violência doméstica.

No segundo capítulo é feita uma definição de redes sociais. Fala-se em particular dos elementos que podem a ela pertencer e de que forma estes podem influenciar positivamente a vida das pessoas que dela fazem parte.

A segunda parte, a do estudo empírico, inclui o terceiro capítulo. Neste apresentamos e analisamos os dados resultantes da aplicação das entrevistas. Procuramos transpor fielmente a percepção que as entrevistadas possuem acerca da sua rede social.

Este trabalho possui objectivos gerais e específicos. Os primeiros são: conhecer qual é o tipo de apoio a que as entrevistadas mais recorrem, com que frequência e em que ocasião; até que ponto esse apoio satisfaz as necessidades das mães, é outro dos objectivos a conhecer.

Os objectivos específicos são: saber se costumam usar métodos contraceptivos; se a gravidez foi planeada e desejada; conhecer quais são as problemáticas sociais mais comuns; perceber a importância do apoio prestado pela família; entender o papel dos amigos na rede social dos estudados; saber se há relações de vizinhança e até que ponto estas são relevantes; e, por último, verificar se a maioria das entrevistadas já foi apoiada por instituições sociais.

I- Enquadramento teórico

Capítulo I- Gravidez e maternidade

1.1- Definição de gravidez

Em todas as culturas a mulher grávida é respeitada e venerada, tendo na sociedade um papel singular. Em algumas civilizações, desde a antiguidade, as deusas eram representadas por formas femininas com ventres exuberantes (Portelinha, 2003).

A gravidez na espécie humana decorre num período de cerca de nove meses, que vai desde a concepção até ao parto. Durante este tempo a mulher necessita de ter alguns cuidados e precisa de um maior apoio por parte da família, dos serviços médicos e sociais (Keith, 1984). Estes cuidados e preocupações informam grande parte das políticas de saúde em favor das grávidas e parturientes. Uma das maiores conquistas do Serviço Nacional de Saúde, após a revolução de Abril de 1974, foi, precisamente, as políticas sanitárias e sociais para com as grávidas, parturientes e infantis. Ao ser reconhecida a maternidade como um valor social eminente, fez com que houvesse uma extraordinária queda da taxa de mortalidade infantil em Portugal (Marreiros, 2002).

Actualmente, entre a comunidade científica, a gravidez não é entendida apenas como um estado físico, mas também um período de transformação complexa no desenvolvimento psicológico da mulher, para além dos elementos culturais e sociais que a contextualizam. Há uma interacção entre o psicológico e o físico, que é influenciada por variáveis psicossociológicas de natureza cultural (Portelinha, 2003).

A nível biológico e fisiológico, a gravidez resulta da maturidade sexual do casal e concretiza a capacidade de reprodução da espécie, que é necessária para a sua perpetuação (Portelinha, 2003). As adaptações fisiológicas que ocorrem na grávida facilitam o crescimento e desenvolvimento do embrião, assegurando o seu bem-estar e o da mãe. Verifica-se a modificação do funcionamento dos diversos aparelhos e sistemas em virtude de modificações metabólicas, bioquímicas, hormonais e anatómicas (Mendes, 2002).

Do ponto de vista psicológico este é um período em que ocorrem grandes transformações, pois a mulher ao assumir a gravidez tem de se adaptar a ela. A grávida tem também que se

identificar com o papel de mãe e se ajustar a uma alteração na trama de relações amorosas. No caso de uma primeira gravidez numa família nuclear, as relações amorosas alargam-se do par para o trio. A mulher tem que interiorizar que a partir do momento em que tem conhecimento da gravidez, o feto ocupa um lugar próprio na família (Portelinha, 2003). Com o passar do tempo aquele pequeno ser começa a ocupar o pensamento da mãe. Esta começa a ter a noção de que a sua vida vai sofrer algumas alterações (Biscaia, 1991).

As transformações físicas e os ajustes emocionais podem causar ansiedade e stress que, por sua vez, dão origem a uma resposta positiva ou negativa. A mãe está dependente das alterações corporais, das expectativas em relação às pessoas mais próximas, do facto da gravidez ser ou não desejada, da situação económica e da segurança emocional (Burroughs *cit. in* Portelinha, 2003).

Por vezes, inicialmente, devido a factores psicológicos, sociais ou económicos e devido ao facto de o feto não se manifestar de forma visível, a gravidez é ignorada pela mãe. A existência do feto só começa a ser realmente corporizada quando este realiza os seus primeiros movimentos, quando começa a reagir aos sentimentos da mãe. É importante que seja ensinado aos pais que o feto já possui algumas competências que lhe permitem relacionar-se, que ouve sons, principalmente a voz da mãe. A família deve acariciá-lo através da parede uterina pois ela é um bom meio para comunicar (Biscaia, 1991).

Há um conjunto de estereótipos relacionados com a gravidez que podem encobrir as verdadeiras experiências existenciais da mulher. Verifica-se uma tendência para que a nova vida seja entendida com um valor supremo; para que a mulher tenha que se submeter a todos os sacrifícios (Portelinha, 2003). Segundo Colman & Colman (*cit. in* Portelinha, 2003) esta situação tanto pode ser maravilhosa como ameaçadora.

A ciência moderna tem contribuído para agravar os factores que causam ansiedade e stress. Foi inventada a fertilização *in vitro*. Aqui, por vezes, o útero é encarado como um recipiente temporário que pode possuir alguns defeitos e não funcionar de forma perfeita. As proibições médicas podem fazer com que pequenas alterações se transformem em grandes ansiedades (Trindade *cit. in* Portelinha 2003).

1.2-Definição de maternidade

A maior parte das mulheres que acabam de dar à luz são muito sensíveis e sentem que a responsabilidade de manter o seu bebé em segurança é bastante grande, pois os recém-nascidos parecem fracos e vulneráveis. É necessário algum tempo para que a mulher se adapte à maternidade e por vezes isso só acontece com o nascimento do segundo filho. Com a chegada de um novo bebé a mulher já se sente mais confiante e já é capaz de aproveitar mais intensamente as primeiras semanas (Figes, 1998).

Numa abordagem mais convencional, a maternidade é uma experiência natural, comum a todas as mulheres e que acontece devido a uma tendência biológica para procriar. Considera-se assim, que a mulher possui um conjunto de características biológicas que lhe concedem capacidades inatas para ser mãe (Monteiro, 2005).

Para Everingham (*cit. in* Monteiro 2005, p.53) “(...) a maternidade é essencialmente social, envolvendo a mãe numa cultura de maternidade que suporta e influencia os seus julgamentos maternos”. A maternidade não é apenas uma questão pessoal, pois contém um conjunto de significados socialmente construídos que orientam os papéis da mulher (Monteiro, 2005).

A mulher não é um sujeito passivo perante a socialização, logo a maternidade é encarada de forma diferente. No modelo actualmente dominante, as famílias são nucleares, os filhos ocupam um lugar central e há uma relação intensamente emocional (Monteiro, 2005).

Segundo Ferreira (*cit. in* Monteiro 2005) tem-se verificado uma redefinição de maternidade e de paternidade provocada pela introdução das biotecnologias. A paternidade é cada vez mais definida por parâmetros biológicos devido à aceitação do teste de DNA. No caso da maternidade já não é bem assim, uma vez que pode haver uma diferenciação entre mãe genética e mãe geradora. Segundo Oliveira (*cit. in* Monteiro 2005) antigamente o parto era considerado um critério jurídico para a maternidade. Devido à distinção entre mãe genética e mãe geradora, actualmente este já não é o único critério.

A maternidade é um processo de transição no desenvolvimento emocional da mulher, que tem o seu início na gravidez. Este período faz parte do processo normal do desenvolvimento e

envolve a reestruturação e o reajustamento a várias dimensões. No entanto, esta fase é mais complexa para as mulheres que atravessam situações de vida instáveis (Canavarro, 2001).

Tal como a mãe, o pai também procede a uma organização psíquica da paternidade. Actualmente vivemos num mundo em constante mutação, onde os pais se confrontam com o modelo tradicional e com o modelo igualitário. No tradicional o pai é encarado como uma figura que presta apoio emocional, financeiro, prático e físico à mãe. O pai não é confrontado directamente com a necessidade de assegurar a sobrevivência imediata do filho. No modelo igualitário os pais dividem as tarefas em partes iguais. Aí o pai desempenha um papel mais importante nos cuidados inerentes à criança (Stern, 2000).

As mulheres de baixos níveis económicos têm muitos problemas de adaptação à maternidade, os quais são agravados pelas más condições habitacionais e também pelos decorrentes dos problemas económicos (Figes, 2001).

1.2.1- Desejo de procriar e desejo de não procriar

Em alguns casos a decisão de ter filhos está relacionada com a necessidade de preenchimento de um vazio no casal. Este vazio pode ser de tal forma grande que o facto de não haver filhos pode provocar a separação do casal (Relvas & Lourenço, 2001).

A maternidade pode ser ambicionada devido ao facto de a mulher querer comprovar a sua fertilidade. O desejo de ser mãe pode ser causado ainda pela necessidade de a mulher reviver a sua infância ou então de dar ao filho aquela infância que ela não teve. Em alguns casos a mulher quer ser mãe para alcançar determinado estatuto. O desejo da maternidade é proveniente da necessidade psicobiológica da mulher de dar a conhecer todas as suas capacidades (Langer, 1983).

Pelo senso comum a maternidade é encarada como natural e "instintiva". Esta visão deve-se ao facto de muitas mulheres encararem o ser mãe como algo fundamental para a sua realização pessoal. Em algumas sociedades o ser mãe é muito valorizado e o desejo de ter um filho e de ter a possibilidade de cuidar dele pode ser tão forte, ao ponto de considerarem a maternidade inata (Canavarro, 2001).

A decisão de não ser mãe não é tomada de ânimo leve, exigindo uma ponderação cuidadosa (Garrett, 1989). As mulheres que tomam esta decisão não são menos femininas, mais imaturas ou mais egoístas que as outras (Tobin *cit. in* Canavarro, 2001).

Muitas mulheres ambicionam a maternidade mas não conseguem alcançar este objectivo, devido à infertilidade delas ou dos companheiros, ou devido ao facto de terem idades próximas da menopausa, ou ainda terem doenças ou alterações crónicas (Leal, 2005). Por vezes o facto de a mulher não ter filhos está relacionado com a falta de capacidade para conceber e nestes casos podem surgir sentimentos de fracasso pessoal (Garrett, 1989).

Há mulheres que têm capacidade reprodutora e que, no entanto, não ambicionam ser mães, porque simplesmente não o desejam ou são: muito jovens, toxicodependentes, têm patologias mentais ou um baixo suporte social (Leal, 2005).

1.3- Planeamento familiar

Antigamente os filhos só eram considerados um encargo nas épocas de fome. Nas outras eram uma força de trabalho e uma segurança para a velhice dos pais. A riqueza da família media-se pelo número de filhos. O facto de uma mulher ser estéril ou dos filhos morrerem durante a infância era visto como um castigo divino (Segalen, 1996).

O tamanho da família era limitado pela morte de um dos cônjuges ou então pela mortalidade infantil. As pessoas mais ricas possuíam mais filhos, uma vez que as suas mulheres casavam mais cedo e os homens, quando a esposa falecia, casavam mais rapidamente (Giddens, 1982).

A Igreja tentou controlar a sexualidade do povo de várias formas. Um bom exemplo disso verificou-se na Irlanda no século VI, quando um dos cônjuges era infiel, ambos tinham que suspender a união sexual durante um ano (Goody, 1995). Até finais do século XVIII, haviam também práticas religiosas que impunham abstinência sexual durante alguns períodos. Durante o aleitamento as mulheres não tinham relações sexuais (Segalen, 1996). Havia outras formas de controlo da natalidade que eram fortemente condenadas, como é o caso do aborto, do infanticídio, da contracepção e do coito interrompido (Goody, 1995).

Por vezes, problemas económicos condicionavam a alimentação e isso provocava amenorreia e partos prematuros. A partir do século XVIII a fecundidade feminina aumentou, pois verificou-se: a diminuição da idade da puberdade, o recuo da idade da menopausa, e começou-se a retomar mais rapidamente as relações sexuais no pós-parto, devido, por exemplo, ao uso do biberão (Segalen, 1996).

Actualmente, nos países ocidentais, a procriação já não é a primeira finalidade do casamento, uma vez que casamento e procriação nem sempre estão associados. Verifica-se a existência de um modelo hegemónico, em que o casal procria e tem 2 filhos. Apesar de o número de filhos por casal ter diminuído, estes ocupam um lugar muito importante na sociedade (Segalen, 1996).

Airès (*cit. in* Cunha, 2005) implementou a tese da sentimentalização da infância, que acabou por redefinir o valor social da criança. Verifica-se uma família mais atenta, mais preocupada com a educação e com o bem-estar dos filhos. As famílias optam por ter menos filhos para poderem investir mais a nível afectivo e económico em cada um deles. O número de filhos diminui à medida que a importância afectiva atribuída à criança aumenta. Esta tese articula dois fenómenos: o controlo dos nascimentos e um novo sentimento em relação à criança (Cunha, 2007).

Após o 25 de Abril de 1974 foram criadas consultas de planeamento familiar para combater a interrupção voluntária da gravidez. Estimava-se que se realizavam cerca de 100 000 abortos clandestinos entre as mulheres casadas (Cunha, 2007). Passaram-se a utilizar técnicas mais modernas e mais eficazes, como é o caso do preservativo, da pílula, o dispositivo intra-uterino, entre outros (Segalen, 1996).

Foi importante a ida dos casais a consultas de planeamento familiar para serem informados sobre o espaçamento adequado entre as gravidezes e para receberem outros tipos de informação. Os casais com problemas de infertilidade também podem ser acompanhados (Direcção-Geral da Saúde, 2001).

As mulheres que trabalham têm mais probabilidade de planear os nascimentos. As que estão mais tempo em casa têm com mais frequência uma gravidez não planeada. As mulheres têm

mais filhos porque estão em casa e não porque optam por estar em casa para ter mais filhos (Cunha, 2005).

1.3.1- Métodos contraceptivos

A razão de tratarmos aqui os métodos contraceptivos e planeamento familiar tem a ver com a importância que esta problemática tem quando se trabalha com a família em geral, e com famílias problemáticas, em particular.

Há vários métodos contraceptivos, sendo que os mais conhecidos são: a contracepção oral hormonal, a contracepção hormonal injectável, o implante, o dispositivo intra-uterino, o preservativo, adesivo transdérmico, anel contraceptivo, a contracepção cirúrgica e a contracepção de emergência (Direcção-Geral da Saúde, 2001).

A contracepção oral hormonal mais conhecida por pílula é bastante eficaz e segura. É o método mais utilizado em todo o mundo. Pode ser usada desde a adolescência até há menopausa, uma vez que tem poucas hormonas. Deve ser tomada diariamente e à mesma hora, durante 21 dias e interrompida durante 7 dias. Depois começa-se uma embalagem nova (Direcção-Geral da Saúde, 2001). Por vezes um erro na toma deste método contraceptivo pode provocar uma gravidez. A sua eficácia pode ser alterada ou diminuída pela interacção com outros medicamentos, como é o caso dos anticonvulsivos e dos antibióticos (Pinheiro *et al.*, 2004).

A pílula é usada para outros fins além da contracepção, pois regulariza o ciclo menstrual e melhora a tensão pré menstrual. Não altera a vida sexual e após a sua suspensão também não altera a fertilidade. A pílula é distribuída gratuitamente nas consultas de planeamento familiar (Direcção-Geral da Saúde, 2001).

A contracepção hormonal injectável consiste numa injeção intramuscular profunda, administrada no 7º dia do ciclo menstrual e depois de 12 em 12 semanas. Durante o pós-aborto pode ser administrada em qualquer dia ao longo do primeiro mês ou mais tarde, se for excluída a hipótese de gravidez. É um método muito eficaz, tem uma longa duração, não tem influência na vida sexual, mas provoca irregularidade no ciclo menstrual. Se a mulher deixar

de a tomar, demora alguns meses até retornar a sua fertilidade. Este método é indicado para mulheres que não sejam capazes de tomar a pílula, como é o caso das portadoras de deficiência mental, para mulheres que esperam a laqueação e quando sofrem de patologias que podem melhorar com este contraceptivo, como é o caso da epilepsia (Direcção-Geral da Saúde, 2001).

Há também a contracepção hormonal que consiste na colocação de um implante. O implante tem que ser colocado e removido por profissionais de saúde treinados para o efeito, sendo inserido no antebraço por via subcutânea. Pode ser realizado em qualquer altura, caso a hipótese de gravidez esteja excluída. No entanto, deve ser usado um método contraceptivo complementar durante 7 dias. Pode ser retirado quando a mulher tiver essa intenção, mas se a mulher não pretender engravidar tem que começar logo a utilizar outro método. O efeito do implante prolonga-se durante 3 anos, não altera a relação sexual, causa a irregularidade do ciclo menstrual e pode ser usado em qualquer idade (Direcção-Geral da Saúde, 2001).

O Dispositivo Intra-Uterino (DIU) é colocado no útero por um profissional de saúde. Pode ser colocado em qualquer altura desde que se tenha a certeza que a mulher não está grávida. É mais seguro em mulheres com filhos e a sua eficácia aumenta com os anos de utilização. As mulheres devem frequentar consultas regularmente pois há o risco de o DIU se deslocar. Pode prolongar o fluxo menstrual, não interfere nas relações sexuais e após a sua remoção as mulheres voltam a adquirir a sua fertilidade rapidamente (Direcção-Geral da Saúde, 2001).

Há dois tipos de preservativo, o masculino e o feminino. É importante que o preservativo masculino seja utilizado correctamente, pois se isso não acontecer ele pode romper ou ficar no interior da vagina. Pode provocar reacções alérgicas ao látex, mas isso é muito raro. O preservativo feminino é mais resistente mas também é mais difícil de colocar. Este método é o único que protege os indivíduos de doenças sexualmente transmissível e só pode ser utilizado uma única vez (Direcção-Geral da Saúde, 2001).

O adesivo transdérmico é colocado sobre a pele uma vez por semana durante três semanas. Tal como a pílula obriga a uma pausa de sete dias. Pode ser comprado na farmácia sob prescrição médica ou adquirido gratuitamente nas consultas de planeamento familiar (Direcção-Geral da Saúde, 2007).

O anel contraceptivo é colocado pela mulher, liberta hormonas durante um período de 21 dias e ao fim deste tempo deve ser retirado, após sete dias deve ser inserido outro anel. É vendido nas farmácias e não está disponível gratuitamente (Direcção-Geral da Saúde, 2007).

A contracepção cirúrgica é um procedimento simples que permite a esterilização do indivíduo (Direcção-Geral da Saúde, 2001)¹. A laqueação de trompas permite uma contracepção eficaz e definitiva, e não interfere na relação sexual. Reverter o método não é fácil, pois não é possível em todos os serviços e é muito dispendioso. Este tipo de intervenção pode ser realizada logo após o parto e não prejudica a amamentação. A vasectomia não provoca impotência e é um procedimento cirúrgico simples. Não é eficaz durante os 3 primeiros meses (Direcção-Geral da Saúde, 2001).

A contracepção de emergência é utilizada após a relação sexual e reduz o número de gravidezes não desejadas. Há dois tipos de contracepção de emergência: a hormonal e o DIU. A contracepção hormonal, mais conhecida por pílula do dia seguinte, deve ser usada desde que não sejam ultrapassadas as 72 horas de uma relação sexual desprotegida. O DIU pode ser colocado até 5 dias após a relação sexual desprotegida e é bastante eficaz. A contracepção de emergência é disponibilizada nos centros de saúde e nas farmácias e não deve ser usada regularmente (Direcção-Geral da Saúde, 2001).

¹ Artigo 10º

1- A esterilização voluntária só pode ser praticada por maiores de 25 anos, mediante declaração escrita devidamente assinada, contendo a inequívoca manifestação de que desejam submeter-se à necessária intervenção e à menção de que foram informadas sobre as consequências das mesmas, bem como a identidade e a assinatura do médico chamado a intervir.

2- A exigência do limite de idade constante do nº 1 é dispensada nos casos em que a esterilização é determinada por ordem terapêutica.

(Lei 34/84 *cit. in* Direcção-Geral da Saúde, 2001, p.38)

1.4- Interrupção voluntária da gravidez

Considera-se aborto quando se verifica a expulsão do feto antes da 24ª semana de gravidez. Os abortos espontâneos são mais frequentes do que a maior parte das pessoas pensam. Cerca de três quartos das fecundações não se concluem no nascimento de uma criança viva. Em muitos casos estes abortos são bastante precoces e a mulher não se apercebe que esteve grávida e pensa que está a ter uma menstruação mais abundante ou mais tardia que o normal (Clasen & Mcwirter, 1997).

Até 2007 a interrupção da gravidez com o consentimento da mulher só podia ser realizada em três situações: se houvesse perigo de vida para a grávida; se o feto apresentasse malformações congénitas; ou se a gravidez fosse fruto de uma violação. Caso não se verificasse nenhuma destas situações, a interrupção voluntária da gravidez era considerada um crime contra a vida intra-uterina. Quem praticasse este crime podia ser punido com uma pena de prisão até 3 anos (Decreto-lei nº.48/95, de 15 de Março).

Em Janeiro de 2007 foi realizado um referendo que aprovou a realização da interrupção da gravidez até à 10ª semana por opção da mulher. Foi alterado o código penal, e a interrupção voluntária da gravidez deixou de ser um crime com a Lei nº 16/2007 de 17 de Abril (Direcção-Geral da Saúde, 2007).

Actualmente, a interrupção da gravidez, com o consentimento da mulher, só pode ser realizada por um médico ou sob a sua orientação, exceptuando-se os casos em que ela não tem condições psíquicas para poder decidir. As mulheres imigrantes, independentemente de estarem legais ou não, também podem interromper voluntariamente a gravidez (Direcção-Geral da Saúde, 2007).

A interrupção voluntária da gravidez pode ser realizada em estabelecimentos de saúde oficiais ou reconhecidos oficialmente. É necessária uma consulta prévia em que a mulher informa o médico da sua intenção. Ela tem que responder a um conjunto de perguntas sobre a sua história clínica. Posteriormente é realizada uma ecografia e é determinado o tempo de gestação (Direcção-Geral da Saúde, 2007).

No decorrer da consulta a mulher é informada dos métodos, o cirúrgico e o medicamentoso, e dos estabelecimentos de saúde que pode optar. Na interrupção cirúrgica da gravidez procede-se à remoção do conteúdo uterino por aspiração ou curetagem. A mulher pode escolher se prefere anestesia local ou geral e é necessária a hospitalização, durante umas horas. A interrupção medicamentosa da gravidez pressupõe a administração de dois medicamentos com um intervalo de 36 a 48 horas. Não é necessária a hospitalização; no entanto, a toma dos medicamentos deve ser feita rigorosamente de acordo com a indicação médica e só deve ser usada até à nona semana (Direcção-Geral da Saúde, 2007).

Após a primeira consulta procede-se a um período de reflexão de 3 dias, a interrupção da gravidez só será efectuada numa consulta após este período de tempo. A mulher tem que assinar o impresso de consentimento livre e esclarecido, que será entregue ao médico. No caso das menores de 16 anos e das psiquicamente incapazes, o livre esclarecimento será assinado pelos pais ou pelo representante legal (Direcção-Geral da Saúde, 2007).

O apoio do psicólogo e do assistente social pode ser solicitado pela mulher durante o período de reflexão. O apoio psicológico está disponível para todas as mulheres que o solicitem para a tomada de decisão ou que queiram falar sobre a sua escolha. Este é importante para ajudar a tomar a decisão de forma livre e consciente. O apoio do assistente social está disponível para todas as mulheres que desejam saber todos os tipos de apoios de que podem dispor, se decidirem prosseguir com a gravidez (Direcção-Geral da Saúde, 2007).

A interrupção voluntária da gravidez levanta algumas questões éticas, pois as opiniões dividem-se. Há duas posições: a pró-escolha e a pró-vida. Nas pessoas que concordam com a pró-escolha há algumas que defendem que se pode abortar até ao fim da gravidez, há outras que referem que o aborto pode ser realizado apenas durante as primeiras semanas de gravidez. Dentro das pessoas que estão de acordo com a pró-vida podemos encontrar aquelas que defendem que nunca se deve abortar e aquelas que defendem que se deve abortar em algumas circunstâncias, que são as que eram previstas pelo Decreto-lei nº.48/95, de 15 de Março (Galvão, 2005).

Thomson (2005) considera que quando se realiza um aborto no início da gravidez não se está a matar um ser humano. Após a fertilização apenas existe um aglomerado de células que se

implantam no útero. Só posteriormente é que o ser humano vai adquirir características humanas, e a partir da décima semana já é detectada actividade cerebral, já tem pés, mãos, dedos, braços, pernas, rosto e órgãos internos.

Para Schwarz (2005) o direito da mulher controlar o seu corpo não justifica o aborto. Defende que ao se realizar a interrupção voluntária da gravidez retira-se o apoio vital, logo mata-se deliberadamente uma criança. Por outro lado uma mãe não deve retirar a vida a um filho pois este é-lhe especialmente confiado. Mesmo que a criança seja considerada um estranho, temos a obrigação de salvar a vida dos outros, e de os sustentar caso necessitem de nós para viver. A criança tem direito a que o seu corpo não seja destruído.

1.5 – Problemáticas sociais associadas à gravidez e à maternidade

Há dois tipos de risco que podem surgir ainda durante a gravidez: o risco médico e o psicológico. O primeiro está relacionado com patologias que surgem ou se agravam com a gravidez e que podem prejudicar a saúde da mulher ou do feto. O segundo tem a ver com vivências a nível interno, que são características de personalidade, com as consequências que a gravidez tem para a mulher, para a sua família e para a sociedade que a rodeia. Os riscos médicos e os psicológicos associam-se em algumas situações, como é o caso de mães seropositivas e toxicodependentes. O facto de estes riscos se associarem, implica que a mulher se adapte a questões de ordem física e psicológica (Correia, 2005).

Para além da toxicodependência e do HIV há outras situações de risco social, como é o caso do alcoolismo, do desemprego, dos empregos precários e mal pagos, imigração ilegal e violência doméstica (Hespana & Carapinheiro, 2002).

1.5.1 - HIV

As infecções sexualmente transmissíveis são problemas de saúde com consequências no bem-estar dos indivíduos. Elas podem ser tratáveis ou não, e podem ter graves consequências. Por vezes muitas das pessoas que têm estas doenças desenvolvem problemas de ansiedade e depressões (Nodin, 2005). As infecções sexualmente transmissíveis mais conhecidas são: a

gonorreia, a sífilis, o herpes genital, a hepatite B, a uretrite, a candidíase e a sida (Mota & Viana, 1996).

A partir dos anos 80 e 90, devido ao surgimento da sida, as ciências comportamentais começaram a estudar o risco relacionado com a saúde sexual reprodutiva (Nodin, 2005).

O vírus da imunodeficiência humana ataca o sistema imunitário, tornando o organismo mais frágil e mais susceptível a outras doenças. Num período mais curto ou mais longo, esta doença acaba por provocar sempre a morte do indivíduo. Actualmente ainda não existe a cura, nem uma vacina; porém há tratamentos que melhoram a qualidade de vida dos infectados. As sociedades ocidentais têm um melhor acesso a estes tratamentos, fazendo com que a morte por sida seja hoje uma realidade mais frequente nas sociedades de países subdesenvolvidos ou em certas classes sociais com dificuldades de acesso aos medicamentos (Nodin, 2005).

O HIV pode ser transmitido por via sexual através de práticas que impliquem a penetração; pode ser igualmente transmitido pela via sanguínea através da partilha de seringas ou outras práticas. O vírus pode ser ainda transmitido de mãe para filho durante a gestação no parto ou durante o aleitamento. A única forma de prevenir o contágio é através da utilização correcta do preservativo (Nodin, 2005).

Inicialmente surgiu a ideia de que o HIV só existia em grupos de risco, que eram as prostitutas, os toxicod dependentes e os homossexuais masculinos. Criou-se então um estigma ao restringir esta doença apenas a estes grupos. Posteriormente verificou-se que o que é determinante não é a pertença a um grupo mas sim o comportamento do indivíduo. Criou-se assim o conceito de comportamentos de risco que é o principal factor de contracção do vírus (Nodin, 2005).

Actualmente a noção de risco foi alargada, pois nem sempre é o comportamento que causa o contágio. Apareceu então a noção de situação de risco que se aplica aos casos de transmissão vertical, que é de mãe para filho. Aplica-se também a pessoas que estão mais expostas à infecção. Um bom exemplo de situação de risco é a violação, pois aí pode-se contrair o HIV, outras infecções sexualmente transmissíveis e também ficar grávida (Nodin, 2005).

É importante falar em concreto das mulheres, especialmente das grávidas. Verifica-se a existência de uma contradição, uma vez que normalmente a gravidez é associada à criação, à gestação e ao nascimento (Leff *cit. in* Correia, 2005). No caso das mulheres seropositivas, a gravidez associa-se a doença incurável e à morte (Correia, 2005).

Há alguns sentimentos que são comuns a todas as grávidas seropositivas. Inicialmente verifica-se o isolamento, o receio de ser traída pelo companheiro e o medo de ser rejeitada pela família. Há também a incerteza em relação ao tratamento e algumas dúvidas relacionadas com a gravidez e com a saúde do bebé (Correia, 2005).

As mães seropositivas podem ser por vezes muito protectoras e outras vezes podem ser muito pouco participativas na vida do filho (Correia, 2005). Estas mulheres têm o exercício da maternidade limitado, devido ao facto de os sintomas da seropositividade provocarem uma diminuição da energia, e esta é essencial para ela satisfazer todas as necessidades do filho. Em muitos casos a alegria de vir a ser mãe ajuda a reduzir o sentimento de isolamento (Sherri *cit. in* Correia, 2005).

A transmissão vertical do HIV é considerada um processo multifactorial, uma vez que requer uma combinação de intervenções para reduzir ou eliminar o risco de transmissão do vírus do HIV. Para que o vírus do HIV não seja transmitido da mãe para o filho são realizados regimes de terapêutica anti-retrovírica. Nesta situação deve ser evitada a amamentação e deve-se recorrer à cesariana (Matoso *et al.*, 2001). Thorne & Newell (*cit. in* Matoso *et al.*, 2001) basearam-se no pressuposto de que a maioria das infecções das crianças nascidas de mães infectadas por HIV é adquirida na altura do parto. Neste sentido, as estratégias para reduzir o risco de transmissão têm sido concentradas neste período.

1.5.2- Toxicodependência

Ao longo do tempo o homem, durante as suas crises afectivas, emocionais, intelectuais ou de religiosidade, começou a utilizar produtos com efeitos anestésiantes, eufóricos e outros (Dias, 2002). Durante os últimos anos as sociedades ocidentais têm investido bastante na área da toxicodependência, e tentado compreendê-la, para assim poder intervir melhor. Segundo Fleming (2001) ainda não há uma teoria capaz de explicar este problema e que dite um

conjunto de práticas de intervenção eficazes. Logo, as medidas tomadas foram em grande parte infrutíferas.

Na terapêutica é necessário que o toxicodependente deixe de ter este tipo de defesa, que é apenas uma protecção aparente que faz com que ele não transmita a sua imensa fragilidade. Só assim, é que ele pode voltar a ter novamente a capacidade de construir uma relação humana. O toxicodependente não acredita que tem este problema e a família só se apercebe quando ele já consome há muito tempo e deixa de ser capaz de esconder esta sua dependência (Fleming, 2001).

Este é um problema que assumiu dimensões gigantescas e que é bastante preocupante quando associado à gravidez e à maternidade. Tal como foi referido anteriormente, a toxicodependência durante a gravidez implica riscos médicos e psicológicos. O estilo de vida e o tipo de consumo de uma mãe toxicodependente podem prejudicar o desenvolvimento saudável do feto (Correia, 2005).

Para Guerreiro (*cit. in* Correia, 2005) a natureza e a extensão do risco da grávida toxicodependente varia em função do tipo de droga e das doses consumidas. Está também relacionado com o ambiente social que a rodeia, com a saúde da grávida, com a relação com a família do companheiro e com a atitude perante a gravidez.

Para muitas mulheres o desejo de ter um filho relaciona-se directamente com o desejo de um salvador dos consumos; é atribuída à gravidez a solução mágica para os problemas de toxicodependência (Correia, 2005, p.52).

A maior parte das gravidezes não são planeadas e são detectadas quando já estão bastante avançadas. A gravidez e a maternidade são vividas de formas muito diferentes, a primeira acaba por ser aceite de uma forma positiva, na segunda já não é bem assim, pois as grávidas toxicodependentes descobrem que o bebé tem exigências próprias e acaba-se todo o encantamento que havia anteriormente (Correia, 2005).

Muitas destas mulheres vivem em condições precárias, não têm cuidados com a alimentação, fumam imenso, têm períodos de sono irregulares, vivem em más condições e há ainda algumas que se dedicam à prostituição (Baar, 1995).

Na maior parte dos casos os fetos são afectados pelas drogas que as mães consomem. Quando o bebé nasce deixam de lhe ser fornecidas estas substâncias e ele acaba por revelar sintomas de privação. Muitos deles têm que permanecer no hospital durante mais tempo porque têm que realizar o tratamento de privação (Baar, 1995).

Em muitos casos o pai do bebé também é toxicodependente, o que agrava a situação conjugal. É frequente as crianças serem cuidadas por outros membros da família, uma vez que os pais não se sentem capacitados para colmatar todas as necessidades dos filhos (Correia, 2005).

1.5.3- Alcoolismo

Antes do 25 de Abril de 1974 havia duas bebidas que estavam sempre presentes na mesa dos portugueses, a água e o vinho. O vinho era para os homens, a água era para as crianças e para as mulheres, que por vezes também bebiam vinho. Durante as festas e as reuniões sociais ficava bem os adultos beberem vinho. Após o 25 de Abril de 1974 criaram-se novos hábitos e começou-se a consumir outros tipos de bebidas, como por exemplo cerveja, sumos e outros refrigerantes. Começou-se também a ter uma atitude preventiva em relação ao consumo excessivo de álcool (Alarcão, 2003).

Actualmente é mais vulgar que o vinho seja consumido fora das refeições e fora do grupo familiar. Há famílias que ensinam a saborear o vinho, porém, há outras que o consideram maléfico. Na escola aprende-se que não se deve ingerir álcool, mas os jovens continuam a consumi-lo durante as festas. Os meios de comunicação social difundem as bebidas alcoólicas como algo que proporciona prestígio social, sedução, alegria e bem-estar (Alarcão, 2003).

Acredita-se que as bebidas alcoólicas têm um papel benéfico na nutrição e na saúde mas devem ser consumidas com moderação. No entanto, as bebidas em excesso podem provocar algumas doenças e até podem causar a morte (Clasen & Mwirter, 1997).

O alcoolismo tem consequências a nível psicológico, físico e social. A nível psicológico, na maior parte dos casos, verifica-se uma tendência para a depressão, ansiedade e irritabilidade. Em situações mais avançadas sofrem também de síndrome de abstinência, que provocam sintomas mecânicos, como é o caso da febre, e sintomas psíquicos, como por exemplo, alucinações e confusão mental (Keith, 1984).

A nível físico, as lesões mais graves que o álcool pode provocar são as hepáticas, que são o fígado gordo alcoólico, a hepatite alcoólica e a cirrose alcoólica. Os alcoólicos têm mais probabilidades de contrair cancro na laringe, faringe, estômago e fígado (Breda, 2003).

No âmbito social é tradicional apontar-se uma relação recíproca de causa efeito entre alcoolismo e perturbações no Lar e Família, no Trabalho e na Sociedade em geral. O lar do alcoólico é um lar problemático, pois esta dependência tem repercussões em todos os elementos, especialmente nos filhos. No que respeita à vida familiar, verificam-se carências materiais, desagregação familiar, perturbações a nível relacional e deterioração constante do lar. Nestes casos verifica-se também a despromoção profissional e financeira, ou até o desemprego. Estes factores têm graves repercussões na vida da Família (Mello *et al.*, 2001).

Em Portugal os Centros Regionais de Alcoologia estão integrados na rede de cuidados de saúde mental. Em 1999, devido ao facto de se verificar um elevado consumo de álcool, foi elaborado o Plano de Prevenção Contra o Alcoolismo. Este tem como objectivo criar um conjunto de políticas para combater directa ou indirectamente o alcoolismo. Foram tomadas várias medidas, como é o caso da proibição da venda de bebidas alcoólicas a menores de 16 anos, da promoção de campanhas de sensibilização contra este problema. Fez-se estudos e divulgação sobre esta problemática, bem como a proibição do patrocínio de marcas de bebidas alcoólicas em eventos desportivos (Carvalho, 2003).

O álcool durante a gravidez é bastante prejudicial para a saúde física e mental, tanto da grávida como do feto (Carvalho, 2003). O álcool é especialmente perigoso durante a fase inicial da gravidez, quando as células se dividem rapidamente. Muitas vezes a mulher nesta fase inicial ainda não se apercebeu que está grávida. O álcool deve ser evitado desde que se pensa em engravidar (Clasen & Mcwirter, 1997).

O consumo de álcool durante a gravidez pode provocar atraso de crescimento, anomalias morfológicas, como por exemplo, nariz curto e de base larga, lábio superior anômalo e alteração das articulações. Podem-se verificar também malformações cardíacas e renais (Mello, 2001).

1.5.4 -Desemprego e pobreza

O emprego e o trabalho assumem um papel muito importante na construção das identidades sociais e profissionais. O desemprego tem consequências marcantes na vida das pessoas que passam por este problema. Uma situação de não trabalho é vivida pela maior parte das pessoas como um tempo vazio e verificam-se consequências negativas a nível individual, social e familiar (Duarte, 1998).

Segundo Duarte (1998) a vivência do desemprego varia conforme a combinação de um conjunto de variáveis que são: a idade, a pertença social, as competências escolares, profissionais e sociais, os recursos económicos e culturais, a profissão anterior, o estado de saúde, o grau de solidariedade do grupo familiar e a duração do desemprego.

A consequência mais evidente do desemprego é a perda de um rendimento regular que faz com que o nível de vida diminua. As pessoas acabam por suspender alguns lares, reduzem as despesas com a saúde, com o vestuário, com a educação dos filhos e em alguns casos até com a alimentação (Duarte, 1998).

Actualmente os desempregados beneficiam de uma ajuda financeira que serve para superar as dificuldades financeiras que decorrem da falta de emprego. Porém, os sistemas de protecção ao desemprego não são iguais em toda a Europa, nem no montante nem na duração (Duarte, 1998).

A falta de emprego, as baixas qualificações, a precariedade do emprego ou diversas problemáticas sociais, como é o caso da toxicoddependência e do alcoolismo, provocam situações de pobreza urbana e de exclusão social. A pobreza rural é um pouco diferente, pois acontece quando se verifica uma escassez de recursos causada pela baixa produtividade agrícola (Rodrigues *et al.*, 1999).

A pobreza tradicional tem a ver com uma situação crónica que se verifica essencialmente no mundo rural, onde os pobres se enquadram num estatuto inferior e desvalorizado. A nova pobreza está relacionada com as reestruturações económicas e os efeitos que provocam no processo produtivo como é o caso do desemprego (Rodrigues *et al.*, 1999).

A pobreza pode ainda ser temporária ou duradoura. A primeira está relacionada com fluxos de saída e entrada na pobreza que são delimitados no tempo. Já a segunda tem a ver com processo cíclico da reprodução da pobreza. Verifica-se que há situações laborais em que há o enfraquecimento dos vínculos que lhe estão subjacentes e assim aumenta o risco de pobreza temporária. Nos casos em que a precariedade no trabalho se torna permanente, estamos perante uma pobreza duradoura. Quando se verifica uma situação de desemprego prolongada também pode surgir uma pobreza duradoura (Rodrigues *et al.*, 1999).

Segundo a perspectiva estrutural, a pobreza é explicada por um conjunto de constrangimentos, causados principalmente por uma organização social deficiente e não por carências individuais. O modelo cultural enuncia o conceito de cultura da pobreza e faz referência a todos os que não conseguem participar socialmente em igualdade, desenvolvem subculturas, que são tácticas de sobrevivência e passam de geração para geração (Lewis *cit. in* Sousa, 2005).

Em Portugal há um sistema de protecção social que não consegue acabar com a pobreza e com as carências económicas de uma parte da população. Assiste-se à emergência de uma nova pobreza que não tem em conta apenas a situação económica. Esta tem em conta também outros fenómenos, como é o caso da urbanização, das transformações da família e dos seus hábitos de vida, toxicoddependência e surgimento de novas doenças crónicas (Silva, 1999).

Segundo Silva (1999) é necessário que sejam implementadas medidas eficazes para o desenvolvimento económico, pois apesar de estas não acabarem com a pobreza, só assim é que se pode desenvolver uma estratégia sustentável de combate à pobreza.

1.5.5- Imigração

A migração é um movimento temporário ou fixo de uma população de um local para outro (Jackson, 1991). Há dois tipos de migrações, as internas e as externas. As primeiras acontecem quando o indivíduo não ultrapassa as fronteiras do seu país, apenas muda de residência. As migrações externas também se podem chamar internacionais e implicam a saída de um país (Rocha-Trindade, 1995).

É considerado um imigrante uma pessoa que entra num país estrangeiro com o objectivo de nele se estabelecer. Um emigrante é uma pessoa que sai do seu país para procurar trabalho em outro país (Costa & Melo, 1998).

As migrações internacionais são causadas por factores económicos ou por factores políticos. Criam-se assim dois tipos de imigrantes: os que são transferidos devido a uma decisão do seu país de origem e os que saem de vontade própria por causa da inexistência de liberdade, poucas condições materiais ou devido à insegurança em que vivem. As migrações devido a factores económicos constituem uma alternativa à pobreza (George, 1977).

A imigração também pode ser uma espécie de contrato válido durante períodos de tempo curtos. Os imigrantes aceitam trabalhos que normalmente a população do país rejeita devido ao facto de serem bastante penosos, mal pagos e com uma categoria inferior (George, 1977).

Portugal, tal como outros países da União Europeia a partir dos anos 80, começou a receber imigrantes (Baganha *et al.*, 2001). Portugal tornou-se num país de imigrantes devido à sua posição geográfica, à maior permissividade do controlo policial e devido ao facto de estar integrado na União Europeia. As razões que levam à escolha da União Europeia estão relacionadas com factores externos e internos. Quanto aos factores internos, esta apresenta regimes democráticos com uma paz política, possui empregos legais e ilegais que são capazes de proporcionar um melhor nível de vida a estas pessoas. No que se refere aos factores internos, há a necessidade de mão-de-obra externa e existe a livre circulação dentro de toda a União Europeia (Ramos, 2003).

Há um elevado número de imigrantes ilegais, sendo que a maioria tem baixas qualificações e está a trabalhar na construção civil. Este tipo de trabalhadores são muito mais vulneráveis, uma vez que não tem contrato e estão sujeitos à ameaça de serem repatriados. Muitos deles não têm os conhecimentos necessários para poderem lidar com os sistemas regulatórios do país. São obrigados a recorrer a mediadores que por vezes tiram proveito desta situação. Há ainda aqueles casos em que os próprios imigrantes tentam legalizar a sua situação mas demonstram-se incapazes de resolver situações burocráticas e acabam também por se explorados (Baganha et al., 2001).

A legislação portuguesa prevê que todos os imigrantes que se sintam doentes ou precisem de algum tipo de cuidado médico tenham o direito a ser atendidos, em caso de emergência. As vacinas que estão incluídas no Programa Nacional de Vacinação são gratuitas para todas as pessoas, independentemente estarem legais ou não neste país (Carneiro, 2005).

As barreiras linguísticas constituem obstáculos para aceder à informação sobre os seus direitos no Serviço Nacional de Saúde. Muitos deles temem em recorrer aos serviços de saúde pois podem não expressar correctamente as suas necessidades. É muito raro existirem recursos humanos que permitam facilitar a comunicação para que ambas as partes se entendam (Carneiro, 2005).

Apesar de os imigrantes possuírem necessidades semelhantes à da população autóctone eles possuem mais problemas devido ao facto de possuírem uma maior precariedade socioeconómica. Estes problemas estão relacionados com: a nutrição, a saúde dentária, a gravidez de risco, a depressão, o abuso do álcool, a violência doméstica, o comportamento sexual de risco e os acidentes de trabalho (Carneiro, 2005).

Foi realizado um estudo no Serviço de Pediatria do Hospital Amadora Sintra que tinha como título "Iguais ou diferentes? Cuidados de saúde materno-infantil a uma população de imigrantes". Neste estudo participaram 837 filhos de imigrantes e 1116 filhos de portugueses. Concluiu-se que na comunidade imigrante devido a se verificarem carências económicas existe uma maior mortalidade fetal e neonatal. Há também mais doenças na gravidez principalmente as infecciosas. Em muitos casos a mortalidade fetal e neonatal está relacionada com o facto de a gravidez não ser vigiada. Muitas destas famílias não têm médico de família e

acabam por procurar mais intensivamente os serviços de urgências no primeiro mês de vida dos bebés (Lusa, 2007)².

1.5.6- Violência doméstica

Segundo o Diário da Republica (2003) a violência doméstica é a violência física, sexual e psicológica que acontece no ambiente familiar, e que na maior parte dos casos é exercida sobre as mulheres.

São considerados maus-tratos psicológicos: os insultos; o abandono; as humilhações; a perseguição; a destruição de objectos pessoais e a chantagem (APAV, 2002). Nos maus-tratos físicos incluem-se todas as agressões que deixam marcas, como é o caso de feridas, de bofetadas, socos, pontapés, espancamentos e agressões com objectos ou armas (APAV, 1998). Verifica-se violência sexual quando a vítima é obrigada a submeter-se a práticas sexuais contra a sua vontade. Aqui inclui-se a violação, que é um tipo de maus-tratos físicos. Muitas mulheres não consideram violação o facto de serem obrigadas a ter relações sexuais com os maridos, mesmo que estas sejam muito violentas (Canço & Castro 2001).

A violência doméstica poder ser conjugal, contra crianças ou contra idosos. A primeira pode incluir um conjunto de crimes: maus-tratos; ameaça; coacção; sequestro; coacção sexual; violação; abuso sexual de pessoa incapaz de resistência; tentativa de homicídio; ofensas à integridade física e dano (APAV, 2001).

A violência contra crianças pode conter abuso sexual, emocional, trabalho infantil, maus-tratos, negligência, agressões físicas, abandono, intoxicação intencional. Violência contra pessoas idosas pode ser ocasional, frequente ou continuada. Pode verificar-se em vários contextos, na família, em instituições e na rua. Os agressores podem ser familiares, pessoas com quem a vítima convive, profissionais que cuidam dela e estranhos (APAV, 1999).

Este tipo de violência, que existe em todas as sociedades e tem muitas vítimas, deve ser considerado um problema social grave pois é uma violação dos direitos humanos. Este

² Jornal de Notícias, Quinta-feira, 29 de Março de 2007.

problema não é apenas privado é também uma responsabilidade social. A violência contra as mulheres é considerada uma violação dos direitos humanos. A maior parte da violência contra as mulheres acontece no seu lar (Canço & Castro, 2001).

A mulher não é a única atingida, pois verifica-se uma influência na dinâmica familiar, nos amigos e nas instituições que apoiam a vítima. Esta encontra-se nos diversos estratos sociais. No entanto, a violência sobre as mulheres de meios sociais mais desfavorecidos, uma vez que não têm meios autónomos para poderem combater a situação, sendo obrigadas a recorrer a instituições de apoio, como é o caso da Segurança Social, acaba por ser mais visível. Nos meios mais desfavorecidos prevalece a violência física e nos outros a violência psicológica (APAV, 2002).

A violência contra as mulheres em idade reprodutiva tem efeitos nocivos sobre a saúde da mulher e dos filhos e contribui para um aumento da mortalidade materna e infantil. Nas mulheres mais jovens, a gravidez pode ser um factor desencadeante da violência. Muitas das vítimas que são abusadas durante a gravidez, também sofreram abuso físico antes da gestação. Há também os casos em que a violência cessa com a gravidez. No entanto estas mulheres têm um risco adicional de serem abusadas após o nascimento do filho. O padrão de violência após o nascimento do recém-nascido pode manter-se inalterado, também pode aumentar em frequência em gravidade (Curry, 1998).

A violência física durante a gravidez pode ter consequências a nível físico e a nível psicológico. Pode ter efeitos a curto, a médio e a longo prazo, dependendo do período de tempo que a mulher se encontra na relação de maus-tratos e do grau de severidade com que é cometida a violência. Há efeitos da violência física a nível psicológico, como é o caso da depressão, da ansiedade, da baixa auto-estima, dos comportamentos de grande evitamento, como a vergonha, o isolamento, a culpabilização, a desvalorização e falta de confiança (Campbell, *et al.* 1992).

Capítulo II- Redes Sociais

O apoio social refere-se às várias dimensões da interação dos indivíduos com o seu ambiente social. Este apoio, muitas vezes, está associado a aspectos como a integração social na comunidade, as relações íntimas e os contactos sociais. A integração social na comunidade é avaliada por factores como o do estado conjugal e a presença em associações. As relações íntimas têm a ver com o contacto com familiares e amigos. Os contactos sociais são as relações com vizinhos e instituições (Vaux, 1988).

O apoio social inclui aspectos objectivos, como por exemplo o número de pessoas que fornece o apoio e a frequência dos encontros. Inclui também aspectos subjectivos como é o caso da forma como o indivíduo percebe a sua ligação aos outros e como avalia os actos de apoio. As funções do apoio social podem ser instrumentais, com o fornecimento de informações e ajuda material, e afectivas, através da compreensão e empatia emocional (Vaux, 1988).

A definição de apoio social não é consensual. Para Minkler (*cit. in* Chor, 2001) o apoio social deve ser encarado como um processo recíproco que possui efeitos positivos, tanto para quem dá como para quem recebe. Para Bowling, Sherbourne & Stewart, Cohen & Wills (*cit. in* Chor, 2001) apoio social é o grau com que as relações interpessoais correspondem a certas funções, como por exemplo o apoio emocional e o material. Tem a ver com a disponibilidade e com a qualidade das funções e está também relacionado com o grau de satisfação com que ele executa essas funções. Segundo Cobb (*cit. in* Chor, 2001) o apoio social é a informação que faz com que o indivíduo se sinta querido, amado, estimado e que faz parte de uma rede social com compromissos mútuos.

Ao falarmos de redes sociais não é tão importante caracterizar os indivíduos pelos seus atributos individuais, mas sim pelos relacionamentos que eles mantêm entre si, ou seja, da forma como os relacionamentos permitem explicar o posicionamento social do indivíduo em relação às outras pessoas. Estes relacionamentos podem ser mais ou menos alargados no que respeita ao número de pessoas e também podem variar na intensidade (Maia, 2002).

A detecção dos relacionamentos permite perceber o posicionamento do indivíduo num sistema ou subsistema social. Este posicionamento pode ser central ou distanciado. Verifica-

se, deste modo, se são mais ou menos activos, se os relacionamentos vão ou não para além dos vínculos directos, ou seja, para além das relações familiares. Quanto maior for a intensidade e o número dos relacionamentos, maior será a importância das redes sociais (Maia, 2002).

A rede social de apoio é uma parcela da rede social mais vasta, à qual o indivíduo tem a possibilidade de recorrer para lidar com as exigências impostas pela vida e para atingir as suas metas e objectivos (Vaux *cit. in* Jongenelen, 2003). Esta não é um recurso, mas uma estrutura que providencia recursos muito importantes para a adaptação do indivíduo (Hall & Wellman *cit. in* Jongenelen, 2003).

Este tipo de redes deve ser tido em conta na intervenção, pois somos cada vez mais levados a reconhecer que o ser humano deve ser considerado, não como um ser isolado, mas como um ser em constante interacção com o meio físico e social de que faz parte (Guédon, 1984).

As redes sociais de apoio têm a ver com o modo como os relacionamentos entre os indivíduos se organizam como sistemas de apoio, bem como todos os recursos que estão disponíveis a todos os participantes deste sistema (Paul *cit. in* Martins, 2005).

As redes sociais de apoio podem-se dividir em dois grupos: as redes de apoio informal e as de apoio formal. As primeiras são formadas pela família, pelos amigos e pelos vizinhos, as segundas são constituídas pelos serviços estatais, ou seja, a segurança social e os serviços organizados pelo poder local (Martins, 2005).

2.1- Rede informal

Segundo Sluzik (1996) a rede social informal é a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas na massa anónima de toda a sociedade. Estas redes são compostas por indivíduos com os quais interactuamos de forma regular, neste grupo podemos incluir a família, os amigos e os vizinhos.

2.1.1-Família

A família é o componente básico de todas as sociedades humanas. Oferece aos filhos um ambiente protegido e torna possível o intercâmbio de experiências entre gerações (Haaf, 1979, p. 212).

O termo família designa um conjunto de pessoas que vivem na mesma casa. Em sentido lato, a família é um conjunto de pessoas que descende dos mesmos antepassados. Os laços de parentesco podem ser directos ou adquiridos. Os primeiros são por via do sangue e os segundos obtêm-se através do casamento. No caso das famílias consanguíneas estas dividem-se em restrita e nuclear (Cabral, 2002).

Durante muito tempo, principalmente nas sociedades agrárias, as famílias eram de tipo patriarcal. O pai exercia um poder autoritário, os seus filhos e esposa, e até o cônjuge dos filhos, tinham que obedecer às suas ordens. Caso o pai falecesse, quem assumia esse papel era o membro mais velho da família do sexo masculino (Cabral, 2002).

Actualmente o modelo patriarcal deixou de ser praticado em muitos países principalmente nos ocidentais. Durante os séculos XIX e XX verificou-se uma revolução económica e assim as mulheres tiveram acesso às actividades laborais, tornaram-se mais escolarizadas e deixaram de depender dos maridos. Por outro lado verificou-se o aparecimento de um novo modelo que é o monoparental (Cabral, 2002).

Segundo Segalen (1996) o ciclo de vida familiar é traçado a partir de três critérios: número de filhos, repartição das idades e modificação dos papéis, principalmente do papel do pai, desde que ele é activo profissionalmente até ao momento em que ele atinge a reforma.

Seguidamente será apresentado o quadro do ciclo de vida familiar:

- 1- Constituição do casal;
- 2- Pais e recém-nascido com idade inferior a 3 anos;
- 3- Famílias com filhos em idade pré-escolar;

4- Grupos domésticos com filhos em idade escolar;

5- Famílias com adolescentes;

6- Famílias com jovem adulto;

7- Grupos domésticos que ajudam os filhos a se estabelecerem, até ao momento em que o último sai de casa;

8- Grupo doméstico pós-parental, vai desde a saída do último filho de casa até à reforma do pai;

9- Grupo doméstico em envelhecimento.

Este quadro enumera as transições de uma fase para a outra e momentos críticos da vida familiar. Os papéis parentais enunciados neste quadro têm que ser acompanhados por uma adaptação de um período a outro e o reajustamento dos fins e dos meios conforme a idade dos filhos e a etapa considerada (Segalen, 1996). Este esquema foi objecto de algumas críticas, pois não contempla as formas de família que não são legais e também porque o pai autoritário desapareceu (Cuisier *cit in* Segalen, 1996). Este esquema tem uma utilização descritiva, mas o seu valor analítico é muito duvidoso, pois não há consenso quanto aos que permitem a divisão do ciclo em fases.

2.1.1.1- Tipos de famílias

Há duas formas de constituir uma família quando um casal passa a viver na mesma casa em união de facto ou casados, a outra forma é quando uma criança é criada pela mãe solteira ou pelo pai solteiro (Trost, 1995).

Um núcleo familiar é composto por um casal ou por um casal com filhos ou por uma mãe ou um pai com filhos. Segundo Wall (2005) as famílias que têm um núcleo são consideradas famílias simples. Há também outros tipos de grupos domésticos que são considerados famílias

complexas e incluem outros parentes, pessoas que não são parentes ou outros núcleos aparentados. É uma família alargada quando para além da família nuclear moram outros familiares que não formam um núcleo. É considerada família múltipla quando se verificam vários núcleos que estabelecem entre eles relações de parentesco e habitam na mesma casa. É uma família aumentada um núcleo familiar que reside com outras pessoas que não são parentes.

Considera-se uma família monoparental quando os filhos residem apenas com um dos pais, independentemente da idade ou do estado civil (Wall, 2005). Em muitos casos os membros deste tipo de famílias sentem que fracassaram, o que provoca a marginalização social e também pode causar um sentimento de inferioridade e de desvalorização pessoal. Na maior parte das vezes, aquando de um divórcio, a mulher é que fica com o poder paternal; também, nesta situação, casa com menos frequência e conhece a solidão mais cedo (Relvas & Vaz, 2005)

Nas famílias monoparentais é bastante frequente que os filhos assumam as funções dos pais perante os irmãos mais novos. Há um vazio funcional e afectivo causado pela ausência de um dos pais (Relvas & Vaz, 2005).

As famílias monoparentais podem tornar-se em famílias reconstruídas. Estas formam-se quando um pai ou uma mãe fica com a guarda dos filhos e decide unir-se a outro parceiro, quer seja por casamento ou por união de facto (Aboim, 2005).

2.1.1.2- Funções da família

Segundo Horton & Hunt (1981) as funções da família variam de sociedade para sociedade. Em todas as sociedades a família é uma instituição com um conjunto de normas e procedimentos e na qual se pressupõe a execução de certas tarefas pelos seus membros.

Antigamente o grupo familiar tinha quatro funções: económica, social, moral e a função reprodutiva. Tinha a função económica porque tinha um património comum gerido pelo patriarca. Possuía a função social porque garantia que os seus elementos tivessem direito à educação, à subsistência, à segurança e à solidariedade. Tinha a função moral porque

transmitia os valores morais e éticos (Cabral, 2002). Quanto à função reprodutiva as sociedades dependem essencialmente das famílias para haver procriação (Horton & Hunt, 1981).

Actualmente para além da função reprodutiva verifica-se: a de regulação sexual, a de socialização, a afectiva, a de status, a protectora e a económica. A função de regulação sexual existe porque em todas as sociedades há um conjunto de normas institucionais que definem o acesso de uma pessoa a outra a nível sexual. A maioria das sociedades permite o contacto sexual antes do casamento e nestes casos o sexo é considerado como uma preparação para o casamento (Horton & Hunt, 1981).

Cabe à família a função de socialização, pois esta é um grupo primário onde as crianças começam a formar a sua personalidade, aprendendo comportamentos através da imitação. A função afectiva também é muito importante, pois todos necessitam de uma resposta íntima e afectuosa, que na maior parte das sociedades é dada pela família. A criança aprende valores que estão relacionados com o status da sua família. A família possui igualmente a função protectora, pois proporciona aos seus membros protecção a nível físico, económico e psicológico. A função económica refere-se essencialmente às sociedades em que os membros partilham aquilo que produzem (Horton & Hunt, 1981).

2.1.1.3- Famílias multiproblemáticas

Há famílias que são consideradas multiproblemáticas. Estas geralmente confrontam-se com a pobreza, com muitos conflitos, problemas de desemprego, alcoolismo, toxicoddependência, doença física ou mental; por vezes verifica-se a ausência do pai (Horton & Hunt, 1981), maus-tratos, prostituição, delinquência e insucesso escolar (Sousa, 2005). Estas famílias não cumprem as suas funções adequadamente e socializam os filhos nos mesmos padrões que os pais (Horton & Hunt, 1981).

As famílias multiproblemáticas têm uma história mórbida, cheia de tratamentos falhados, com muita instabilidade profissional, com um funcionamento interpessoal muito afectado e com muitas crises familiares (Sousa, 2005). Verificam-se muitos problemas que afectam um

número indeterminado de membros e podem variar tanto na qualidade como na quantidade (Linares & Alarcão *cit in* Sousa 2005).

Na maior parte dos casos as famílias multiproblemáticas possuem um baixo estatuto sócio-económico. No entanto isto nem sempre acontece, e este tipo de famílias podem-se encontrar em qualquer estrato social, cultural e económico (Sousa, 2005).

Neste tipo de famílias verificam-se frequentemente algumas falhas nas definições de papéis, pois estes não estão estabelecidos de uma forma firme, verificando-se inconsistência e falta de controlo. Nestes agregados há várias rupturas e reconstituições, dado que existem relacionamentos amorosos que começam e terminam de uma forma repentina. Há também zangas e emigrações consecutivas que provocam a saída de um membro de casa durante algum tempo (Sousa, 2005).

Para Cancrini *et al.* (*cit in* Sousa, 2005) as estruturas mais típicas das famílias multiproblemáticas são: o pai periférico, o casal instável, a mulher só e a família petrificada.

O pai periférico verifica-se quando existe uma figura paternal desocupada ou com um trabalho que lhe ocupa poucas horas. Este tem um baixo nível de instrução e desempenha um papel secundário a nível económico e emocional. Por vezes tem problemas com a justiça que o obrigam a longas ausências e conseqüentemente a sua relação com a família acaba por se deteriorar (Sousa, 2005).

Nas famílias com um casal instável há casamentos e relações esporádicas entre pessoas muito jovens que não são capazes de constituir uma família autónoma. Normalmente são relações com pouca duração e quando acabam costuma haver uma disputa pela custódia dos filhos. A reorganização famílias conflui em muitos dos casos numa família centralizada na figura dos avós, que em muitos casos assume o papel dos pais (Sousa, 2005).

Há o agregado que é constituído pela mulher e pelos seus filhos, esta tem um estatuto social modesto e toma a decisão de criar os filhos. Na maior parte dos casos são mulheres que viveram em instituições que tem uma vida estruturada em torno da prostituição, de outras

actividades marginais e subalternas. Por vezes o tribunal acaba por tomar conta das crianças (Sousa, 2005).

A família petrificada surge na sequência de um trauma dramático e imprevisto, como por exemplo a morte de um filho. Estes acontecimentos interferem nos papéis dos diferentes membros e petrifica-os. Consequentemente verifica-se a incapacidade funcional, a desorganização e a intervenção descoordenada dos serviços (Sousa, 2005).

2.1.1.4- A família como elemento da rede social

Durante bastante tempo as ciências sociais consideravam que as relações alargadas de parentesco eram características das sociedades primitivas e não existiam nas sociedades industrializadas (Vasconcelos, 2005). Durkheim (*cit. in* Vasconcelos, 2005 p. 600) “(...) entende a família moderna como sendo conjugal e tendencialmente companheirista, com especialização funcional dos cônjuges, com marcada falta de horizonte intergeracional e, de resto, separada da parentela”.

Recentemente alguns autores, como são os casos de Leseman & Martim e Attias-Dounfut (*cit. in* Vasconcelos 2005) contrariaram as teorias anteriormente referidas. Concluiu-se assim que a mobilização de recursos não se faz apenas nos grupos domésticos, sendo que as relações sociais primárias vão para além do grupo de residência (Cabral *cit. in* Vasconcelos 2005).

As solidariedades familiares são muito relevantes, principalmente as intergeracionais. Elas são muito importantes na economia familiar, na vida quotidiana e também nas trajectórias sociais (Vasconcelos, 2005).

É necessário estudar as solidariedades familiares. É importante ter em conta a morfologia e caracterização da rede; quem são as pessoas que estabelecem relações de troca e os tipos de bens que são trocados:

As redes de apoio não são somente redes de pessoas, mas também redes de circulação de uma variedade de bens, variando igualmente o volume e a direcção topológica dos fluxos consoante o tipo de bens trocados (Vasconcelos, 2005, p. 602).

O volume e o sentido varia conforme a natureza das trocas. As trocas podem ser em espécie ou seja em serviços e ajudas económicas, ou em património. A família presta assim um conjunto de serviços e dá uma grande variedade de bens. A família partilha tarefas domésticas e serviços inerentes à manutenção da habitação, cuida dos idosos e guarda as crianças de forma pontual ou sistemática, proporciona estudos e educação e visita-se reciprocamente. No que se refere aos bens, esta pode oferecer dádivas múltiplas como é o caso de doações, empréstimos, pensões, heranças, móveis, imóveis, automóveis, roupa, objectos pessoais e comida (Vasconcelos, 2005).

2.1.2- Amigos

A amizade é uma componente primordial na vida do ser humano. Esta apresenta-se de várias maneiras tendo em conta as épocas e as diferentes sociedades. A palavra amizade pode ter vários significados sendo que os mais comuns são quatro (Alberoni, 2001).

O primeiro significado refere-se aos conhecidos, que são pessoas que nós consideramos amigos, no entanto são apenas conhecidos. Nós sabemos o que eles pensam, pedimos-lhe ajuda e também os ajudamos, mas não confiamos neles ao ponto de lhes contarmos os nossos anseios mais íntimos. Se eles receberem um prémio não sentimos como o sucesso fosse nosso. Nestas amizades por vezes há sentimentos de inveja e maledicência (Alberoni, 2001).

O segundo significado é a solidariedade colectiva, neste caso são considerados amigos todos aqueles que estão ao nosso lado como é o caso de uma guerra. Este tipo de solidariedade não é pessoal pois aquele que tem a mesma divisa é amigo mas não sabemos nada dele. Nesta categoria também estão incluídas as seitas, os partidos e as igrejas (Alberoni, 2001).

O terceiro significado refere-se às relações de posição, é uma classe de relações pessoais mas baseia-se na posição social. São ligações não afectivas e que duram enquanto o interesse as salvaguardar. Um bom exemplo deste tipo de amizade é a dos políticos que se baseia no interesse por alguns negócios. O quarto significado é a simpatia e o trato amigável, são as pessoas com quem nos sentimos bem, que admiramos e que são simpáticas. Estes nem sempre são amigos mas nós consideramo-los como tal, uma vez que nos encontramos em estados emotivos transitórios (Alberoni, 2001).

Um amigo é aquele que deseja fazer o bem e que espera ser retribuído (Reisman *cit. in* Alberoni, 2001). Esta definição é bastante limitada uma vez que é muito genérica pois uma mãe também deseja fazer bem ao filho e espera ser retribuída, acontece o mesmo com os namorados, os cônjuges e os irmãos. A palavra amizade pode ter vários significados pode ser sócio, conhecido, vizinho, pessoa simpática, colega e aqueles que estão próximos. A amizade nem sempre surge entre pessoas que estão em contacto frequentemente. Esta começa como um acto sem continuidade, é um momento em que se sente uma empatia, forte interesse e afinidade por essa pessoa (Alberoni, 2001).

Quando pensamos em amizade associamo-la a um favor uma vez que recorremos aos amigos quando temos necessidade. Pensamos neles nos momentos mais difíceis, contudo não são estes momentos que constituem a verdadeira amizade. A amizade acaba se nós necessitarmos continuamente do apoio do amigo e se apenas nos dedicarmos a ele com o objectivo de obter algum tipo de ajuda. Se o indivíduo recorrer sempre ao mesmo amigo acaba por depender dele e assim acaba por se verificar um desequilíbrio de poder. Este tipo de comportamento vai contrastar com a soberania da amizade e acaba por a distorcer. Mesmo que o outro tenha as melhores intenções basta ele estar mais desatento que o outro se sente traído. A amizade deve ser livre e um amigo deve ajudar o outro ocasionalmente e não habitualmente (Alberoni, 2001).

Actualmente o mundo é dominado pelas relações de interesse contudo a amizade continua a existir. Quando as pessoas estão mais activas pois é aí que procuram outras com quem pretendem fazer um caminho juntas, andam à procura de encontros significativos. Há autores que defendem que a amizade não pode existir entre pessoas da mesma família pois referem que este tipo de relações é diferente das relações de amizade. Outros autores defendem que a amizade pode existir em todas as relações (Alberoni, 2001). Allan (*cit. in* Alberoni, 2001) defende que a amizade não é uma relação objectiva mas sim uma qualidade.

A maternidade altera as relações com os amigos uma vez que as prioridades se alteram substancialmente, a liberdade e a espontaneidade ficam gravemente comprometidas. Inicialmente as mulheres pensam que podem continuar a confraternizar com os seus amigos mas depois apercebem-se que nem sempre isso é possível. Pois nem sempre podem levar os filhos com elas ou deixa-los com as *baby sitters* (Figes, 2001).

Na maior parte dos casos a vida social da mulher nunca mais volta a ser a mesma. Por vezes são obrigadas a encontrar novas formas de manter os laços sociais, acabam por se mudar para junto de pessoas com filhos, contactam mais com estas pessoas e ficam mais longe daqueles que costumavam ver (Figes, 2001).

Nas famílias com menos recursos é possível que não tenham possibilidade de recorrer aos serviços de uma *baby sitter* e também nem sempre podem oferecer jantares aos seus amigos. Muitas destas famílias perdem o contacto com os amigos devido as dificuldades financeiras ou então optam por se isolar uma vez que as conversas acabam por focar sempre as preocupações financeiras (Figes, 2001).

Quando nasce o segundo filho os pais normalmente já não sentem isolamento social pois já tem uma rede social mais alargada onde o bebé se encaixa. Os filhos acabam por criar as suas próprias amizades e os pais falam com novas pessoas e partilham confidências relativas aos filhos (Figes, 2001).

2.1.3- Vizinhos

Principalmente nas áreas rurais verificam-se relações com outras famílias que estão frequentemente associadas à residência e à actividade económica. Estas são relações sociais e manifestam-se num grupo denominado por Cabral (*cit in* Azevedo, 2002) como grupo primário informal. As relações de vizinhança encontram-se interligadas com a comunidade, uma vez que a comunidade pode ser percebida como um conjunto de relações sociais (Azevedo, 2002).

As relações de vizinhança nem sempre são pacíficas, nas áreas rurais há muitos conflitos causados por: intrigas familiares, heranças, estragos em campos do outro, apropriação de terras alheias, dívidas, a inveja, a calúnia, ofensa moral entre outros. Os conflitos entre pessoas de uma aldeia são seguidos por momentos, que preservam a harmonia e unidade das famílias (Polanah, 1993).

A vida da colectividade está repleta de situações que não são indiferentes tanto para quem as vivência directamente como para a restante comunidade composta por parentes e por

vizinhos. Há uma preservação da vida social, uma interdependência entre os elementos da comunidade (Polanah, 1993).

Na cidade grande os vizinhos tem poucas relações uns com os outros (Alberoni, 2001). A família isola-se da rede social alargada de parentes e de vizinhos (Almeida, 1985). Para Matinotti (cit. in Mela, 1999) as populações urbanas são apenas aglomerados de indivíduos que possuem características comuns.

Uma pessoa que reside numa dada cidade acaba por ganhar um conjunto de características quase psicológicas e que se associam a essa cidade. Por exemplo uma cidade pode ter uma conotação positiva sendo limpa, calorosa, rica e industriosa. Há outras cidades que tem uma conotação negativa, são rejeitadas e consideradas monótonas, pobres, ruidosas, frias, etc. (Mela, 1999). Normalmente um bairro junta pessoas com o mesmo tipo de funções, há bairros residenciais, bairros operários, bairros sociais entre outros (Gonçalves, 1988).

O facto de se residir num certo bairro ou de se viver num tipo de casa equivale a um certo tipo de identificação. Este tipo de identificação pode ter tanto aspectos positivos como negativos. É positivo para aqueles que residem em bairros elegantes, é negativo para os que vivem em bairros pobres. Os bairros mais pobres são considerados inseguros e verifica-se uma estigmatização territorial. Se uma pessoa é proveniente de um bairro perigoso pode ser considerada perigosa e pode ser alvo de discriminação (Mela, 1999). Em muitas cidades verifica-se uma separação física de grupos socialmente distintos (Grafmeyer, 1994).

O tipo de alojamento condiciona não só a organização do espaço doméstico como também as relações com a vizinhança. No espaço doméstico têm que ser impostas formas de coexistência e de utilização das partes comuns. Apesar de o espaço residencial não ser um espaço onde se estabelece um sistema de interacção por vezes originam-se ocasiões de interacção devido a situações de coexistência. Esta pode ser desejada ou não e pode introduzir sociabilidades ou tensões. É importante falar também em certas mediações como é o caso da utilização dos espaços públicos e da manutenção do imóvel. Mesmo quando não se conhecem bem os vizinhos por vezes fazem-se juízos de valor que se traduzem na forma como se fala deles (Grafmeyer, 1994).

A definição do que é um bom vizinho nem sempre é consensual. Muitos acreditam que este deve ter a porta sempre aberta e deve ser sempre possível a troca de serviços. Outros pensam que um bom vizinho é aquele que os saúda esporadicamente, e com quem por vezes trocam alguns serviços. Há ainda aqueles que partilham certas actividades de cultura ou de lazer. Por vezes as diferenças culturais são mal toleradas devido ao facto de haver uma proximidade constante. Acabam por surgir alguns problemas, há vizinhos mais ruidosos que podem criar situações desconfortáveis. Estes demonstram formas diferentes de educar as crianças ou gostos musicais diferentes que desagradam os restantes vizinhos (Gonçalves, 1988).

2.2- Rede formal

A rede formal é composta por pessoas reunidas por uma mesma função num quadro institucionalizado. È formada por instituições que apoiam os indivíduos de uma forma organizada (Iacox, 1990).

2.2.1- Instituições

Uma instituição é um estabelecimento de utilidade pública, que pode ser uma organização ou uma fundação (Costa & Melo, 1998). No terceiro sector incluem-se as organizações da sociedade civil e as instituições do Estado que estão integradas nos serviços públicos de Acção Social (Hespana et al., s/d).

2.2.1.1- Instituições Particulares de Solidariedade Social

As instituições particulares de solidariedade social não têm um carácter lucrativo com finalidade de protecção social (Hespana *et al.*, s/d). São constituídas por iniciativa de particulares e têm como objectivo promover a justiça de uma forma organizada. Estas instituições não podem ser geridas pelo Estado ou pelo corpo autárquico (Decreto-Lei n.º 119/83 de 25 de Fevereiro).

Estas instituições prestam apoio à família, às crianças, aos jovens e aos idosos. Ajudam na resolução de problemas habitacionais e dão formação profissional. Prestam cuidados de saúde preventiva, curativa e de reabilitação. Trabalham na área da protecção na velhice e na

invalidez e em todas as situações em que se verifica uma diminuição da capacidade para trabalhar ou de meios de subsistência. Apoiam também a integração social comunitária (Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro).

As instituições particulares de solidariedade social revestem-se de várias formas, podem ser: associações de voluntários de acção social, associações de solidariedade social, associações de socorros mútuos, fundações de solidariedade social ou irmandades da misericórdia (Decreto-Lei nº 119/83 de 25 de Fevereiro).

Uma instituição pode ter várias valências sendo que as valências tradicionais, infância e a terceira idade continuam a ser um campo de intervenção primordial nestas instituições. Na área da infância estas possuem actividades de tempos livres, acolhem menores privados do meio familiar, têm centros de apoio para crianças portadoras de deficiência e possuem creches. Na área da terceira idade têm lares de idosos, serviços de apoio domiciliário, apoio familiar para idosos entre outros. Apoiam também as famílias com colónias de férias, albergues nocturnos, refeitórios, e têm ajudantes para a prestação de serviços (Hespana *et al.*, s/d).

Recentemente estas instituições também trabalham com problemáticas sociais específicas como é o caso da deficiência, da toxicodependência e da sida. Na área da deficiência estas têm centros de reabilitação para cegos e para portadores de paralisia cerebral, centros de actividades ocupacionais e apoio domiciliário entre outros. Na área da toxicodependência possuem apartamentos de reinserção, equipas de apoio directo, centros de dia e comunidades residenciais de estadia prolongada. Para os doentes com sida elas têm apoio domiciliário e atendimento psicossocial (Hespana *et al.*, s/d).

Os Centros Regionais de Segurança Social estabelecem relações formais de cooperação com as instituições particulares de solidariedade social. Possuem acordos típicos e outro tipo de acordos que são considerados atípicos. Os primeiros contratualizam respostas sociais prefiguradas segundo o modelo típico e os segundos são instrumentos que respondem a novas situações que não estão contratualizadas. Há acordos atípicos quando a valência-tipo não está enquadrada naquilo que a instituição pretende levar a cabo. Por exemplo no caso dos idosos

não há uma valência específica para os acamados mas são estabelecidos acordos atípicos para dar resposta a esta situação (Hespana *et al.*, s/d).

Recentemente, estas instituições apoiadas pela União Europeia começam a implementar novas áreas de intervenção, mais orientadas para a comunidade, desenvolvendo projectos de combate à pobreza e à exclusão social. Estes projectos costumam incluir centros comunitários que abrangem todas as faixas e são comparticipados pela União Europeia. Os centros comunitários prestam várias respostas de acordo com as necessidades da população. Estes são mais fáceis de sustentar uma vez que há valências que são muito dispendiosas como é o caso das creches (Hespana *et al.*, s/d).

2.2.1.2- Segurança Social

A Segurança Social é um serviço público que se inclui no sistema de segurança social (Hespana *et al.*, s/d). A Direcção-Geral da Segurança Social é considerada um serviço central que está sob a administração do Estado e está integrada no Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. A sua missão é a concepção, coordenação e apoio nas áreas dos regimes de Segurança Social (Direcção-Geral da Segurança Social, 2007).

O sistema de segurança social tem como objectivo: fomentar a melhoria das condições e dos níveis de protecção social; garantir a concretização do direito à segurança social; proteger os trabalhadores e as suas famílias quando falta ou diminui a capacidade para o trabalho, ou seja, quando se verificam situações de desemprego ou de morte; compensar as famílias pelos encargos familiares e promover a eficácia social dos regimes prestacionais; ajudar todos aqueles que estão numa situação de falta ou de diminuição dos meios de subsistência (Lei nº 32/2002 de 20 de Dezembro).

O sistema de segurança social inclui o sistema público de segurança social e o sistema de acção social e o sistema complementar. O primeiro compreende três subsistemas o previdencial, o subsistema de solidariedade e o de protecção familiar. O segundo é desenvolvido por instituições públicas como autarquias e instituições particulares sem fins lucrativos. O sistema complementar inclui regimes legais, contratuais e esquemas facultativos (Lei nº 32/2002 de 20 de Dezembro).

O subsistema previdencial tem como objectivo garantir o princípio de solidariedade de base profissional através de prestações pecuniárias substitutivas de rendimentos de trabalho. Abrange todos os trabalhadores por conta de outrem e todos os trabalhadores independentes. Este subsistema protege as pessoas nas seguintes eventualidades: doença; maternidade, paternidade e adopção; desemprego; acidentes de trabalho e doenças profissionais; invalidez; velhice e morte. Nestes casos são concedidas prestações pecuniárias para substituírem os rendimentos da actividade profissional perdidos e para compensar a perda de capacidade de ganho (Lei nº 32/2002 de 20 de Dezembro).

O subsistema de solidariedade tem como objectivo prevenir e a erradicar situações de pobreza e de exclusão. Promove o bem-estar e a coesão social, garante prestações nas situações em que se comprova a necessidade pessoal ou familiar. Este subsistema abrange os cidadãos nacionais e pode ser tornado extensivo, nas condições estabelecidas na lei, a refugiados e a estrangeiros com residência em Portugal. As eventualidades abrangidas pelo subsistema da solidariedade são: a falta ou insuficiência de recursos económicos que permitam a satisfação das suas necessidades essenciais e também para a promoção da sua inserção social e profissional; invalidez; velhice; morte; insuficiência dos rendimentos auferidos pelo trabalho ou das prestações substitutivas (Lei nº 32/2002 de 20 de Dezembro).

O subsistema de protecção familiar aplica-se a toda a população e visa assegurar a compensação de encargos familiares que são acrescidos quando ocorrem eventualidades legalmente previstas. Estas eventualidades são: encargos familiares; encargos no domínio da deficiência e encargos no domínio da dependência (Lei nº 32/2002 de 20 de Dezembro).

2.2.1.2.1- Abono de família

O abono de família para crianças e jovens é uma prestação pecuniária cujo montante é determinado pelos rendimentos do agregado. Esta prestação é concedida mensalmente a crianças e jovens com o objectivo de compensar os encargos das famílias inerentes ao seu sustento e à educação (Decreto-lei nº176/2003 de 2 de Agosto).

Esta prestação é atribuída a todas as crianças que residam em território nacional, ou seja os cidadãos nacionais que residem em Portugal e os cidadãos estrangeiros com autorização de

residência. São considerados equiparados a residentes os cidadãos estrangeiros, refugiados ou apátridas que possuem vistos de trabalho ou título de protecção temporária válidos (Decreto-lei nº176/2003 de 2 de Agosto).

O abono de família é atribuído até aos 16 anos de idade, no entanto pode prolongar-se até aos 18 anos para os alunos que se encontram matriculados no ensino básico, até aos 21 anos para alunos a frequentar o ensino secundário e até aos 24 anos para aqueles que se encontram no ensino superior. Esta prestação pode também prolongar-se para além dos 24 anos nos jovens portadores de deficiência (Decreto-lei nº176/2003 de 2 de Agosto).

O abono pode ser requerido durante a gravidez ou durante seis meses a partir do nascimento da criança. Quando requerido durante a gravidez é necessário que a mulher apresente uma prova clínica do tempo da gravidez e do número de nascituros. Tem também que declarar e comprovar o rendimento do agregado familiar (Decreto-Lei nº 308-A/2007 de 5 de Setembro).

O montante do abono de família para crianças e jovens varia em função dos rendimentos do agregado familiar e em função da idade do titular da prestação e é determinado segundo cinco escalões (Decreto-Lei nº 308-A/2007 de 5 de Setembro).

2.2.1.2.2- Rendimento social de inserção (R.S.I)

O R.S.I é uma prestação que garante uma quantia mínima mensal aquelas pessoas que estão desempregadas e não são abrangidas pelo fundo desemprego (Silva, 2001). Esta é uma prestação que está incluída no subsistema de solidariedade e no programa de inserção. Presta apoios adaptados à situação pessoal de cada um, contribui para a satisfação das necessidades essenciais. Esta prestação tem um carácter transitório e é variável no montante (Lei nº 12/2003 de 21 de Maio).

O programa de inserção no rendimento social de inserção é composto por um conjunto de acções que tem como objectivo a gradual integração dos que recebem esta prestação e da sua família (Lei nº 12/2003 de 21 de Maio).

Redes sociais de apoio à maternidade em situações problemáticas

Os titulares desta prestação têm que ter idade igual ou superior a 18 anos. Há algumas excepções que são as mulheres grávidas e as pessoas que possuem menores a seu cargo que dependem economicamente deles (Lei nº 12/2003 de 21 de Maio).

Os que estão integrados nesta prestação têm que estar legais em Portugal e não podem ter rendimentos ou prestações sociais, deles ou de todo o agregado familiar superiores aos definidos por lei. Os que beneficiam desta prestação tem que aderir ao programa de inserção, estando sempre disponíveis para trabalhar, para receber formação e para outras formas de inserção adequadas. Têm que fornecer todos os meios que provem a sua situação financeira e têm que permitir o acesso da entidade distrital competente a todas as informações relevantes para efectuar a avaliação (Lei nº 12/2003 de 21 de Maio).

Nos casos de gravidez do titular do rendimento social de inserção, do cônjuge, ou da pessoa com quem vive em união de facto a prestação é acrescida 30% durante a gestação e 50% durante o primeiro ano de vida (Lei nº 12/2003 de 21 de Maio).

II- Estudio empírico

Capítulo III- Metodologia

Introdução

Este capítulo é dedicado á metodologia uma vez que para um estudo ser bem sucedido necessita que sejam definidos os métodos e técnicas que serão utilizados. São referenciados os objectivos do estudo, os métodos e instrumentos usados e é realizada uma caracterização sociodemográfica da amostra.

3.1- Objectivos do estudo

O presente estudo tem como objectivos gerais conhecer qual é o tipo de apoio a que as entrevistadas mais recorrem, com que frequência e em que ocasião. Até que ponto esse apoio lhe satisfaz as necessidades é outro dos objectivos a conhecer.

Este estudo também procura responder a alguns objectivos específicos:

Objectivo 1- Saber se costumam usar métodos contraceptivos, se a gravidez foi planeada e desejada.

Objectivo 2- Conhecer quais são as problemáticas sociais mais comuns.

Objectivo 3- Perceber a importância do apoio prestado pela família.

Objectivo 4- Entender o papel dos amigos na rede social dos estudados.

Objectivo 5- Saber se há relações de vizinhança e até que ponto estas são relevantes.

Objectivo 6- Verificar se a maioria das entrevistadas já foi apoiada por instituições sociais.

3.2- Instrumento e procedimentos

O método de investigação usado neste estudo foi a entrevista. Neste método as perguntas são colocadas oralmente (Hébert, s/d). A entrevista é uma conversa metódica de natureza profissional com a finalidade de obter informações sobre um dado assunto (Marconi & Lakatos, 1990).

Neste método verifica-se uma troca em que o entrevistado fala das suas percepções sobre um acontecimento ou sobre uma situação em contextos que não são estruturados anteriormente (Gilberto, 2006). Na entrevista há um conjunto de perguntas abertas em que o investigador não permite que o entrevistado se afaste dos seus objectivos (Quivy & Campenhoudt, 2003).

Tal como os outros métodos de investigação a entrevista possui vantagens e limitações. No que se refere às vantagens, Quivy & Campenhoudt (2003) mencionam o elevado grau de profundidade dos dados recolhidos. Focam também o facto de ser um método flexível em que o entrevistador pode reformular ou repetir as perguntas que permite recolher testemunhos e interpretações.

Marconi & Lakatos (1990) para além das vantagens referidas anteriormente, mencionam outras. A entrevista pode ser utilizada em toda a população incluindo aqueles que não são alfabetizados. Permite a recolha de dados relevantes e que não se encontram em fontes documentais. Devido ao facto de durante a aplicação deste método se verificar um contacto directo entre ambas as partes o investigador tem a possibilidade de avaliar condutas e atitudes. Este método permite ainda que os dados sejam quantificados e possibilita o tratamento estatístico.

No que se refere às limitações Quivy & Campenhoudt (2003) afirmam que a reflexividade deste método pode ter desvantagens uma vez que limita aqueles investigadores que não se sentem à vontade para trabalhar com técnicas que não são precisas. Há a possibilidade dos entrevistadores pensarem que devido ao facto de este ser um método flexível podem estabelecer uma conversa de qualquer maneira.

Marconi & Lakatos (1990) mencionam outras limitações como por exemplo, pode haver uma dificuldade de comunicação, uma vez que se pode verificar uma interpretação errada das perguntas. O entrevistado pode ser influenciado pelo aspecto físico, pelas atitudes, pelas ideias e opiniões do investigador. O entrevistado pode não estar disposto a falar sobre algum assunto importante e pode não mencionar informações importantes devido ao receio de que a sua identidade seja revelada. É um método que exige muito tempo e é difícil de ser realizado.

Nesta investigação foi utilizada a entrevista semidirectiva. Este tipo de entrevista não é inteiramente directivo. O investigador possui um conjunto de perguntas mas não é obrigado a colocar todas as perguntas e pode também não respeitar a ordem prevista anteriormente (Quivy & Campenhoudt, 2003).

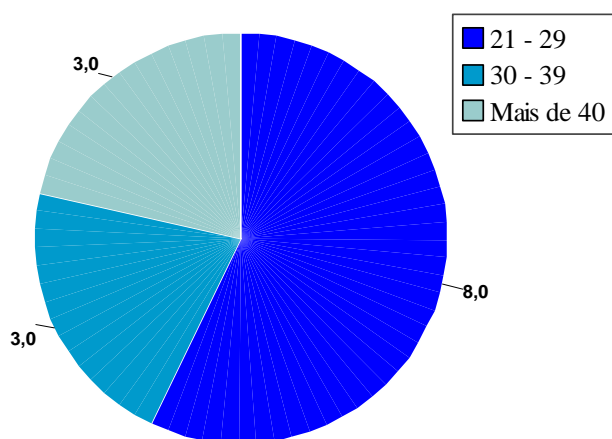
As entrevistas foram aplicadas no serviço de obstetrícia do Hospital de São João, entre os dias 18 de Junho e 27 de Julho de 2007. Algumas entrevistas foram realizadas no gabinete da Assistente Social, que se situa no piso 4, no internamento de obstetrícia. Outras entrevistas foram efectuadas num gabinete da consulta externa. Foi usado o gravador, com o consentimento informado de todas as entrevistadas.

3.3- Caracterização sócio-demográfica da amostra

Quadro 1- Caracterização sociodemográfica

	Idade	Estado Civil	Habilitações literárias	Profissão
E1	22	União de facto	8º Ano	Desempregada
E2	32	Divorciada	6º Ano	Ajudante de Cozinha
E3	22	União de facto	9º Ano	Desempregada
E4	40	Solteira	12º Ano	Secretária
E5	21	Casada	3º Ano	Doméstica
E6	21	União de facto	7º Ano	Brunideira
E7	46	Casada	4º Ano	Doméstica
E8	29	União de facto	4º Ano	Empregada de limpeza
E9	46	Casada	4º Ano	Doméstica
E10	38	Divorciada	6º Ano	Desempregada
E11	32	União de facto	9º Ano	Desempregada
E12	23	Solteira	6º Ano	Doméstica
E13	26	Solteira	6º Ano	Desempregada
E14	23	União de facto	9º Ano	Desempregada

Gráfico1- Idade

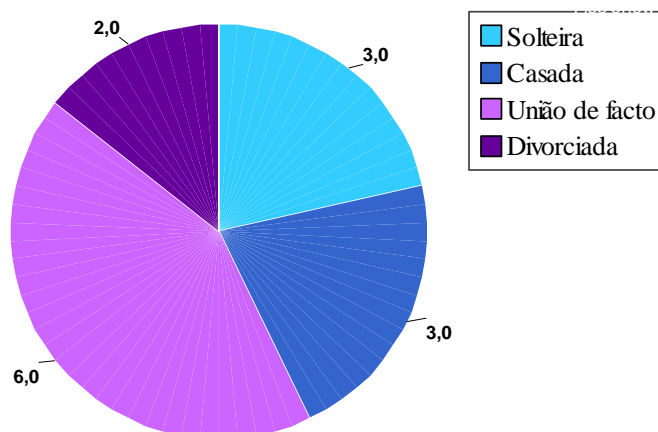


Redes sociais de apoio à maternidade em situações problemáticas

A amostra é constituída por 14 pessoas do sexo feminino com idades compreendidas entre os 21 e os 46 anos, sendo que 8 têm entre 21 e 29 anos, 3 têm entre 30 e 39 anos e as restantes 3 possuem mais de quarenta anos. Todas elas foram sinalizadas ao Serviço Social do Hospital de São João durante as consultas de Obstetrícia ou durante o internamento. Em alguns casos foram os enfermeiros ou médicos que achavam que estas utentes necessitavam de apoio social, em outros casos foram as próprias utentes que pediram para falar com a Assistente Social.

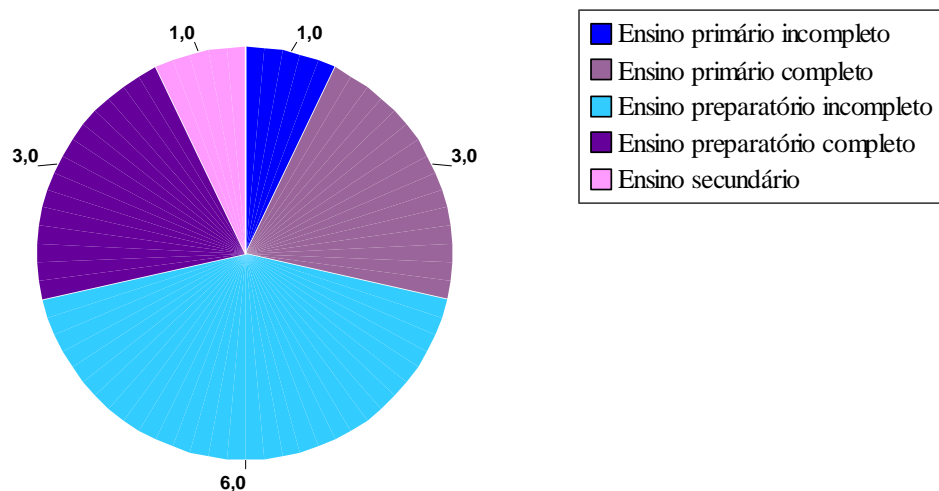
O método usado foi por conveniência, pois este permitiu que se escolhesse alguns casos que estavam disponíveis durante o período de tempo em que as entrevistas foram aplicadas. Durante este período de tempo recorreram ao apoio social do Serviço de Obstetrícia 20 mulheres, com mais de 20 anos, e foram entrevistadas 14.

Gráfico 2- Estado civil



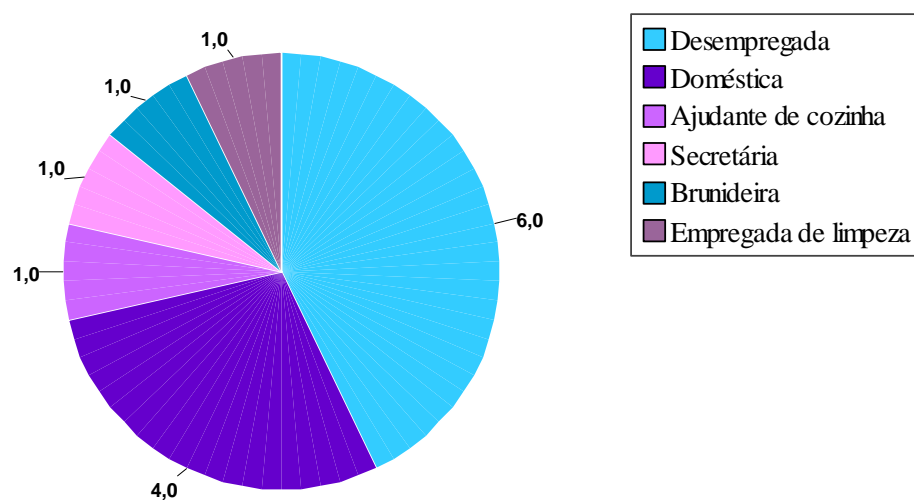
Quanto ao estado civil verificou-se que a maioria, 6 pessoas, vive em união de facto, 3 são casadas, 3 são solteiras e duas divorciadas.

Gráfico 3- Habilitações literárias



No que respeita as habilitações literárias constatou-se que o nível de escolaridade da maior parte das entrevistadas é bastante baixo. Verificou-se que 3 das utentes apenas concluíram o primeiro ciclo do ensino básico, uma frequentou a escola mas apenas concluiu o 3º ano. Com o segundo ciclo concluído há 4 pessoas, com o terceiro ciclo incompleto há 2 entrevistadas e com o terceiro ciclo completo há 3. Apenas uma utente frequentou e concluiu o ensino secundário.

Gráfico 4- Profissão



Devido ao facto de as habilitações literárias serem baixas, as profissões também não são qualificadas. A maioria, 6 utentes, está desempregada e 4 são domésticas. As restantes 4 estão empregadas, uma entrevistada é empregada de limpeza, outra é brunideira, outra ajudante de cozinha e outra é secretária. A E(4) é secretária e é também a entrevistada que possui as habilitações literárias mais elevadas ou seja o 12º ano.

O INE (2008) tem realizado ao longo dos anos vários inquéritos sobre as condições de vida da população portuguesa. Em 2004 concluiu-se que 20% dos residentes em Portugal estavam em risco de pobreza. Em 2005 este valor baixou para 19% e em 2006 desceu para 18% (INE, 2008).

No inquérito realizado em 2006 considerou-se que as famílias que estavam em risco de pobreza eram aquelas que tinham rendimentos anuais por adulto iguais ou inferiores a 4386€ por ano ou seja 366€ mensais (INE, 2008). No nosso estudo foram tidos em conta os mesmos parâmetros e concluiu-se que apenas três famílias não estão em risco de pobreza. A maior parte das entrevistadas está desempregada ou é doméstica e as restantes têm trabalhos pouco qualificados, logo os rendimentos são bastante baixos.

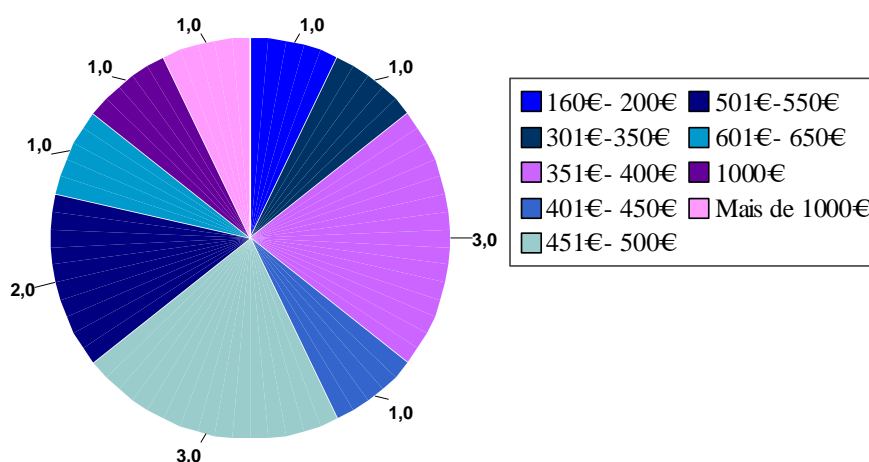
Todas as entrevistadas referem ter problemas a nível económico. **E(2)** “*Sim, há a falta de dinheiro.*” **E(4)** “*Sim, eu tenho problemas económicos.*” **E(6)** “*Em termos de dinheiro há muitos problemas.*” **E(9)** “*Sim, o salário do meu marido não chega para tudo.*” **E(10)** “*Sim, temos muita falta de dinheiro.*”

Os gráficos e a tabela seguintes são referentes aos rendimentos, despesas fixas e haveres. Nos gráficos os valores foram agrupados em classes com o objectivo de facilitar a compreensão.

Quadro 2- Rendimentos, despesas fixas e haver

	Rendimentos	Despesas fixas	Haver
E1	650€	533€	117€
E2	400€	305€	95€
E3	1450€	608€	842€
E4	403€	488€	-0€Negativo
E5	500€	313€	187€
E6	514€	620€	-0€Negativo
E7	397€	268€	129€
E8	550€	300€	250€
E9	500€	248€	252€
E10	500€	440€	60€
E11	1000€	357€	643€
E12	162€	138€	24€
E13	318€	255€	63€
E14	400€	298€	102€

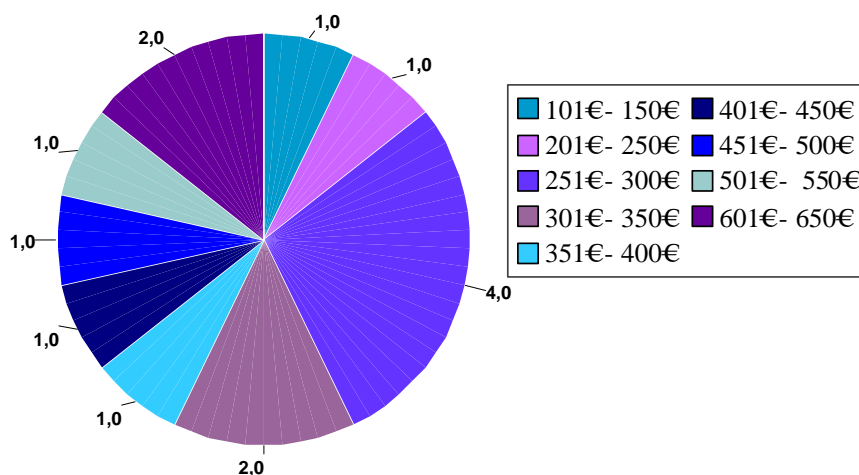
Gráfico 5- Rendimentos



Apenas duas entrevistadas têm um rendimento igual ou superior a 1000€, mas ambas estão desempregadas, sendo que este rendimento provém do salário do companheiro. As restantes utentes têm rendimentos que variam entre 160€ e os 650€. Com rendimentos entre 160€ e

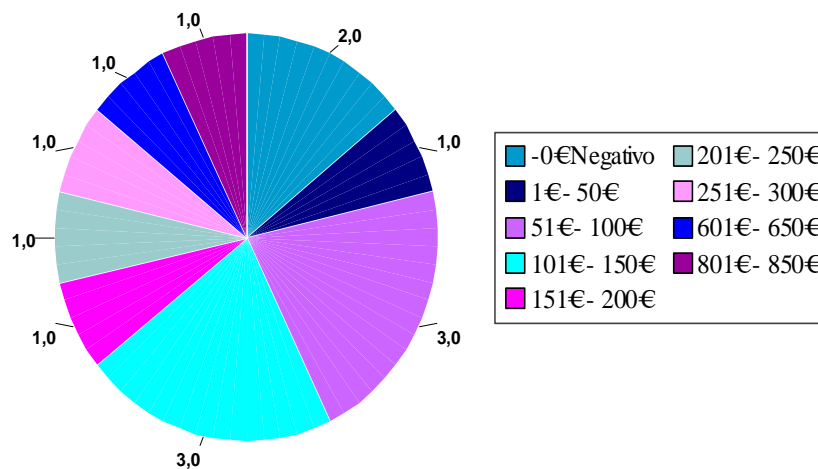
200€ há uma família; entre 301€ e 350€ há uma utente; três entrevistadas têm rendimentos entre 351€ e 400€, entre 401€ e 450€ há uma pessoa. Três pessoas recebem entre 451€ e 500€, duas utentes têm rendimentos entre 501€ e 550€, por sua vez uma entrevistada recebe entre 601 e 650€

Gráfico 6- Despesas fixas



Neste gráfico só estão apresentadas as despesas fixas, que são a água, a electricidade, o gás, a renda da habitação ou empréstimo bancário da casa. No caso da E(1) foram incluídos os gastos em medicamentos e na E(8) o infantário dos dois filhos. Não foram incluídas outras despesas que são essenciais, como por exemplo a alimentação. Comparadas com os rendimentos as despesas são bastante elevadas, pois variam entre os 138€ e 620€. Com despesas entre 101€ e 150€ há uma entrevistada; entre 201€ e 250€ também há apenas uma entrevistada; quatro utentes possuem despesas que variam entre 251€ e 300€, no que respeita as classes que se seguem todas incluem apenas uma utente à excepção da última que varia entre 601€ e 650€ e contém duas utentes.

Gráfico 7- Balanço financeiro final

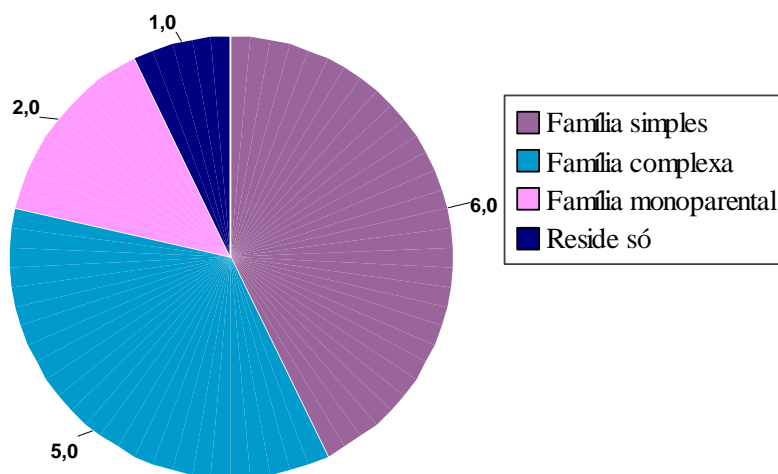


Após as despesas o que sobra é bastante pouco. Em dois casos não sobra mesmo nada, um deles é a E(4), que é apoiada pela família, o outro é a E(6) que já requereu o rendimento social de inserção mas ainda não obteve resposta. Há outras pessoas que ficam com bastante pouco, como é o caso da E(12) que fica com menos de 50€. Três das utentes, depois das despesas indispensáveis, ficam com uma verba entre 51€ e 100€. Há três entrevistadas em que os **rendimentos vão de 101€ a 150€**. Com a quantia situada entre 151€ e 200€ há uma pessoa e as quatro categorias que se seguem, que são as que possuem os valores mais altos, também incluem apenas uma entrevistada cada uma.

Quadro 3- Agregado familiar e número de filhos

	Agregado familiar	Número de filhos
E1	A entrevistada, marido e filho.	1 filho, está grávida do segundo.
E2	A entrevistada e as 3 filhas.	3 filhos.
E3	A entrevistada, companheiro, sogros, 3 sobrinhas, 3 filhos.	3 filhos.
E4	Reside só.	Grávida do primeiro filho.
E5	A entrevistada, marido, sogro e sogra.	Grávida do primeiro filho.
E6	A entrevistada, mãe, companheiro e filha.	1 filho, está grávida do segundo.
E7	A entrevistada, marido e filho	2 filhos, está grávida do terceiro.
E8	A entrevistada, companheiro e 2 filhos.	2 filhos, está grávida do terceiro.
E9	A entrevistada, marido e filho.	2 filhos, está grávida do terceiro.
E10	A entrevistada, irmão a cunhada e sobrinho.	Grávida do primeiro filho.
E11	A entrevistada e companheiro.	Grávida do primeiro filho.
E12	A entrevistada, mãe, companheiro da mãe, irmão e filho.	3 filhos.
E13	A entrevistada e 2 filhos.	2 filhos.
E14	A entrevistada, companheiro e 2 filhos.	2 filhos.

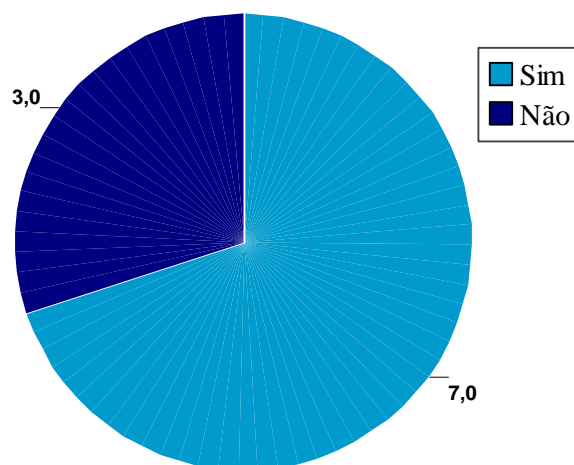
Gráfico 8- Agregado familiar



No que respeita ao agregado familiar, verificou-se a existência de 6 famílias simples, que incluem o casal e os seus filhos. Há 5 famílias complexas que contêm outros parentes, pais das entrevistadas, sogros, sobrinhos, irmãos. No caso da E12 inclui também o companheiro da mãe. Há duas famílias monoparentais, a E13 e a E 2, apenas a E4 reside só.

Quanto ao número de filhos das utentes que se encontravam grávidas aquando da realização das entrevistas, 4 das utentes estão à espera do primeiro filho, 2 grávidas do segundo, 3 grávidas do terceiro. Nos casos em que os bebés já nasceram, há duas com 2 filhos e três com 3 filhos.

Gráfico 9- Filhos que residem com as entrevistadas



Das 10 entrevistadas que já são mães 7 afirmaram que os filhos residem com elas. **E(1)** “*Sim, o meu filho vive comigo.*”; **E(6)** “*Sim, a minha filha sempre viveu comigo.*”

Das 3 das utentes que não residem com os filhos há duas que já tem 46 anos e alguns dos filhos já não habitam com elas: **E(7)** “*Não, só este que está para casar (...). O outro já está casado, tem a sua vida própria.*”; **E(9)** “*A minha filha já casou (...))já não está comigo (...). Depois o outro está no estrangeiro (...).*” Há outro caso em que os filhos vivem com o pai da filha mais nova: **E(12)** “*De momento não, porque não tenho tido muitas hipóteses pronto de alimentação eu não queria que eles passassem fome, logo mandei-os para a o meu companheiro.*”

Capítulo IV- Análise e discussão dos resultados

Introdução

O presente capítulo pretende analisar e discutir os resultados que foram obtidos perante a aplicação da entrevista às utentes que fizeram parte da amostra. Serão tidas em conta as diferentes unidades de análise mencionadas no guião de entrevista e na matriz conceptual.

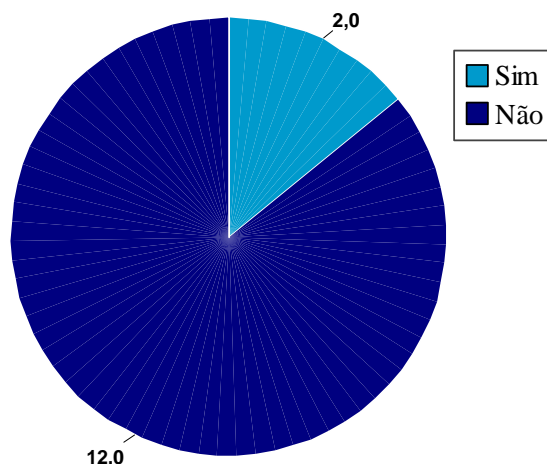
4.1- Maternidade

4.1.1- Gravidez planeada, desejada e interrupção voluntária da gravidez

Quando um filho é desejado verifica-se o início de um sonho com a gravidez, que se realiza plenamente com o nascimento do filho (Biscaia, 1991). Nem sempre as gravidezes são planeadas e nas mulheres que vivenciam situações problemáticas é muito frequente que isso não aconteça. Em alguns casos quando descobrem que estão grávidas demoram algum tempo a aceitar este facto. Têm receio de não conseguir dar aos seus filhos tudo o que eles necessitam. Muitas grávidas com o passar do tempo vão se adaptando a esta condição e acabam por desejar a gravidez, mas há também aquelas que optam pelo aborto. Segundo Figes (2001) as mulheres com baixos níveis económicos possuem mais problemas de adaptação à maternidade.

Em 2001 foi realizado um inquérito, já referido (Cunha, 2005), que incluiu 1776 famílias portuguesas. Este estudo concluiu que em cada 10 famílias, 7 planearam o nascimento do primeiro filho. As famílias que planearam o nascimento do segundo filho são um pouco menos, 6 em cada dez. A partir do terceiro filho a maior parte das famílias não planeiam os nascimentos. A partir do sétimo filho já não se verificaram gravidezes planeadas. Este estudo concluiu também que as mães que trabalham costumam planejar os nascimentos enquanto que as desempregadas não costumam.

Gráfico 10 - Gravidez planeada



A nossa amostra não é tão representativa como a do estudo anteriormente mencionado e não se verificou nenhuma das tendências referidas anteriormente em todos os casos. Apenas duas entrevistadas planearam a gravidez: **E(1)** “*Foi planeada*”; **E(5)** “*Sim, pelos dois, mais por mim.*” As restantes doze não planearam a gravidez: **E(6)** “*(...)esta não, esta aconteceu mesmo.*”; **E(7)** “*Não sinceramente não (...) Derivado à minha vida que não está estável não é para criar um filho.*”; **E(8)** “*Não estava a contar(...) isto aconteceu mesmo.*” Das duas utentes que planearam a gravidez uma está grávida do primeiro filho outra do segundo, e uma está desempregada e a outra é doméstica. Das restantes utentes que não planearam a gravidez, há grávidas do primeiro filho, com dois filhos e com três, algumas estão desempregadas, outras estão empregadas e há ainda as que são domésticas.

Embora a maioria das gravidezes não tenham sido planeadas acabaram por ser desejadas. Em 8 dos casos a gravidez foi desejada pela entrevistada e pelo pai do bebé desde o início: **E(6)** “*Tanto um como outro aceitamos muito bem, desejamos muito este filho.*”; **E(9)** “*Desejada é muito (...) pelos dois ele está muito contente. Os meus filhos também estão muito contentes.*”

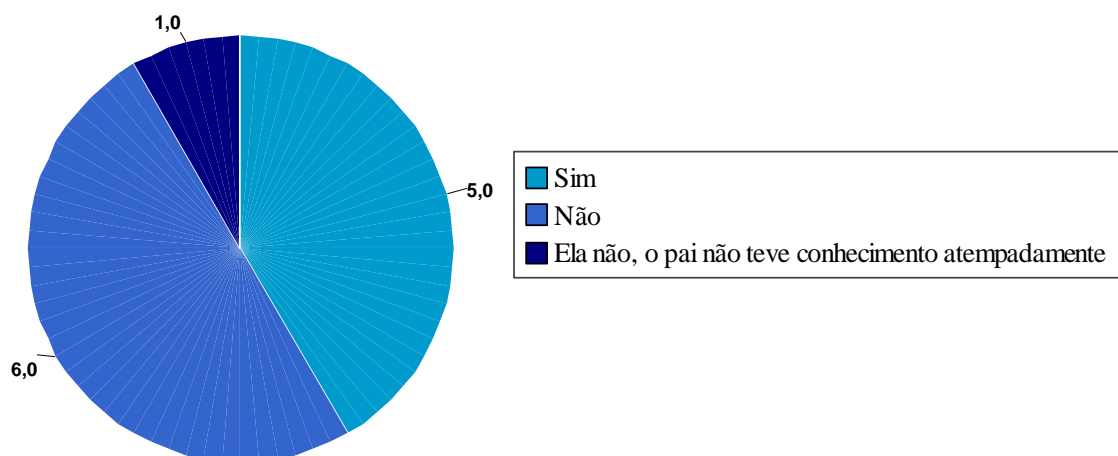
Três entrevistadas afirmaram que inicialmente não desejaram a gravidez mas posteriormente passaram a desejar: **E(3)** “*Inicialmente não, mas depois passou a ser desejada.*”; **E(7)** “*(...) Agora sim! Primeiro foi um choque, mais para mim do que para ele (...) Mas agora toda a gente vai ajudar já tem um pouquinho de amor agora.*”; **E(14)** “*Sim, acabou por ser*

desejada mas no início foi difícil, ele não queria aceitar eu também não, mas agora está tudo bem.”

Houve um caso em que a gravidez inicialmente só foi desejada pela entrevistada e só posteriormente é que passou a ser desejada pelo pai do bebé: **E(4)** *“Por mim sim. Por ele só foi desejada quando eu vim fazer a amniocentese, quando eu disse ao pai que era um rapaz (...).”* Duas das utentes afirmaram que elas desejaram a gravidez, mas o progenitor não: **E(2)** *“Ao princípio custou um bocado aceitar mas depois foi muito desejada. Para o fim por mim foi. Por ele não, ele não quer saber da filha.”*; **E(12)** *“(...)Mais por mim, por ele acho que não.”*

Quando foi realizado este estudo a interrupção voluntária da gravidez até às 10 semanas já não era um acto ilícito. Apesar disso, as entrevistadas não tiveram a oportunidade de recorrer ao aborto porque este começou a ser realizado em estabelecimentos oficiais em Julho de 2007 e nessa altura todas elas já tinham mais de 10 semanas de gestação.

Gráfico 11-Entrevistadas que pensaram em realizar um aborto



Só 12 das entrevistadas é que responderam à questão “se pensaram em realizar um aborto”, uma vez que as restantes afirmaram ter planeado a gravidez. Seis refiram que nunca puseram a questão de realizar um aborto: **E(3)** *“Não um bebé acaba por ser sempre bem vindo, apesar das dificuldades.”*; **E(6)** *“Nunca pensamos em tirar. Um bebé é uma coisa que (...) não é*

como o lixo que deitamos fora e já está. Acho que um filho é tudo para uma mãe e para um pai, para uma mãe e um pai que gostam muito dos seus filhos.”

Das seis que afirmam que não pensaram em realizar um aborto, três declararam claramente que são contra: **E(8)** “(...) *somos contra, não ia tirar a vida a um bebé.*” **E(10)** “*Não, eu sou contra o aborto (...) O pai ainda pior.*”; **E(13)** “*Não nem pensar, somos contra o aborto só se for uma coisa mesmo que os médicos me dissessem que não podia ter o bebé.*”

Cinco das pessoas que participaram neste estudo declararam que puseram a questão de fazer um aborto, mas focam motivos diferentes para não o ter feito: **E(4)** “*Sim ele queria. Eu ainda pensei, mas a minha família era contra. Eu também queria o bebé, não fui capaz.*”; **E(7)** “*(...) Quando dei fé já era realmente já era tarde, já tinha 5 meses se não fosse tão tarde, acho que optava por tirar, se conseguisse (...). Derivado à minha vida, que não está estável não é para criar um filho.*”; **E(9)** “*Eu pensei mas isso é muito caro e depois acho que também não tinha coragem.*”; **E(12)** “*Sim (...) eu pensei mas não tinha o direito de matar um ser humano porque eu também sou um deles. Eu já fiz um aborto (...) arrependi-me muito (...) eu não queria. O meu companheiro é que queria (...).*”; **E(14)** “*Sim eu pensei, mas depois não tive coragem.*”

Uma das entrevistadas afirmou que ela é contra o aborto mas não sabe a opinião do pai da bebé, pois ele só soube que ia ter uma filha no final da gravidez: **E(2)** “*Não eu sou contra isso, ele só soube que ia ser pai pouco antes da bebé nascer. Eu quando soube que estava grávida já não namorava com ele, não sabia aonde ele estava.*”

A maior parte das mulheres não planeou esta gravidez, algumas até pensaram em realizar a interrupção voluntária da gravidez. Apesar de tudo muitas desejaram a gravidez desde o início, outras reagiram mal mas com o passar do tempo acabaram por se adaptar a esta situação e desejar o bebé.

4.1.2- Tipo de apoio prestado pelo pai do bebé

Os pais e as mães tem tendência para dividir as tarefas, planeiam assim quem dá banho ao bebé, quem vai às consultas, quem se levanta durante a noite para dar o biberão e não só. De acordo com seu estilo de vida os pais atribuem diferentes valores às tarefas (Stern, 2000).

Nem sempre o pai tem um papel tão activo na vida dos filhos; por vezes os progenitores nem residem na mesma habitação. É de salientar que há entrevistadas que já sabem o apoio que podem esperar do pai do bebé, uma vez que já tiveram mais filhos, e outras que não porque estão grávidas pela primeira vez.

Cinco das mulheres que participaram neste estudo referiram que o pai pretende ajudar a cuidar do filho: **E(7)** *“Vamos ver, penso que sim, agora tem tempo não está a trabalhar. Ele adora crianças criamos os nossos, ajudamos a criar os sobrinhos (...) penso que ele me vai ajudar em tudo.”*; **E(11)** *“(...)Ele vai ajudar a cuidar do filho, vai ajudar em tudo.”* Duas entrevistadas afirmaram que pretendem ir residir com os pais dos seus filhos e que acreditam que eles as vão ajudar: **E(10)** *“Eu pretendo ir viver com ele, já tem filhos é um bom pai e para este filho também acho que vai ser um bom pai, vai ajudar-me a todos os níveis de certeza.”*; **E(14)** *“Vai ajudar em tudo, vamos viver juntos, ele vai-me apoiar muito.”*

Uma das utentes mencionou que não mantém contacto com o pai do bebé logo não sabe se será apoiada: **E(2)** *“O pai, não sei dele simplesmente não sei dele. Já tem conhecimento que tem esta filha. Eu já a registei e agora tenho consulta [audiência] no tribunal. Dele não sei nada, não atende o telemóvel, não responde às mensagens (...).* Uma das entrevistadas referiu que o pai do bebé a vai ajudar, no entanto ela é que pretende cuidar do filho: **E(9)** *“(...) se calhar até o vai estragar de mimos, mas eu acho que para cuidar não é preciso eu estou lá. Ele [o bebé] vai ter de certeza muito apoio do pai e dos irmãos (...).”*

Há três entrevistadas que descreveram de uma forma mais pormenorizada o apoio que receberão, sendo que, as duas primeiras falam de apoio instrumental e a última de apoio económico: **E(1)** *“Há (...) sim bastante, só tem medo quando eles são com um ou dois meses (...) só sentado é que pega neles porque tem medo de os deixar cair (...) mas depois já faz tudo, já muda a fralda já faz o biberão.”*; **E(3)** *“(...) ele faz tudo. Ele sabe cozinhar, dá-lhe*

banhinho. Foi ele que criou as sobrinhas, a mãe dele era ama e ele ajudava-a.”; E(13) “Não sei, a cuidar dele vou ser eu, mas ele vai apoiar economicamente e também lhe vai dar muito carinho de certeza.”

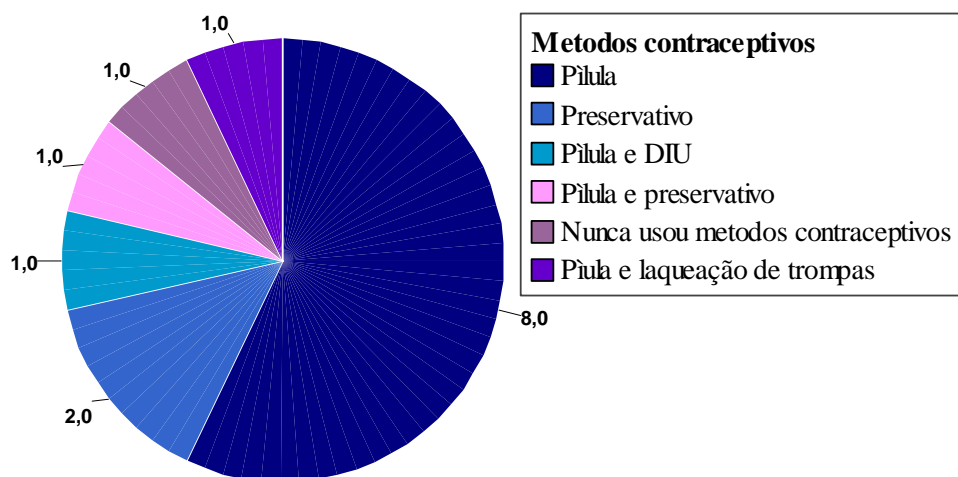
O apoio instrumental está relacionado com acções ou materiais facultados por outros indivíduos com o objectivo de resolver problemas práticos e de auxiliar na realização de tarefas diárias. Pretende-se que este tipo de apoio atenua a sobrecarga das tarefas e proporcione a criação de tempo livre para a realização de actividades de lazer (Barron, 1996).

A maior parte das participantes acredita que será ajudada pelos progenitores, apenas uma refere que não receberá qualquer tipo de apoio. Apesar disso, são poucas as que falam de uma forma mais concreta das tarefas que eles desempenharão.

4.1.3- Métodos contraceptivos

O planeamento familiar é fundamental para a prestação de cuidados relacionados com a saúde reprodutiva. A educação sexual é importante pois todas as pessoas devem ser informadas e ter a possibilidade de aceder aos métodos contraceptivos. Só assim é que poderão ter uma vida sexual saudável, decidir se irão procriar ou não e quantos filhos ter (Direcção-Geral da Saúde, 2001).

Gráfico 12- Métodos contraceptivos



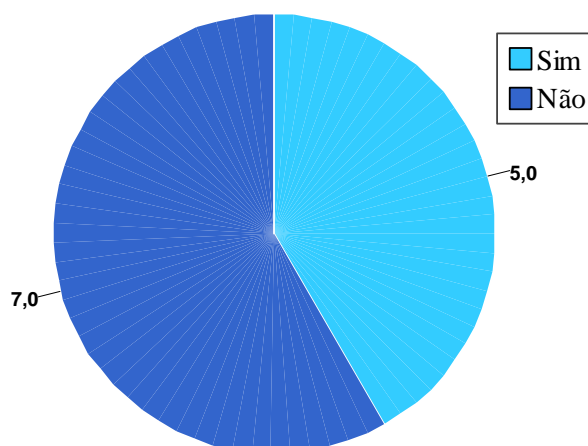
Apenas uma entrevistada afirmou que apesar de ter conhecimento de alguns métodos contraceptivos optou por nunca os usar: **E(5)** *“Nunca calhou, casamos e queríamos logo ter filhos. Agora não sei, talvez comece a usar a pílula.”*

Os métodos contraceptivos utilizados pelas utentes são a pílula, o preservativo, e o DIU. A maioria, 8 utentes, usou apenas a pílula: **E(1)** *“(...) Tomei a pílula. Foi receitada pelo médico, foi o médico de família que ma receitou, eu comprei.”*; **E(4)** *“Sim, eu tomei a pílula.”* Duas entrevistadas referiram que usaram o preservativo: **E(11)** *“Preveni com camisinha, eu não posso tomar a pílula não me dou bem com ela (...)”*; **E(14)** *“Só o preservativo.”* Uma entrevistada usava a pílula e descobriu que estava grávida quando fez a laqueação de trompas: **E(2)** *“Já tomei a pílula, foi receitada pelo médico. Fiz a laqueação e foi aí que descobri que estava grávida.”*

Uma das utentes declarou que já usou a pílula e o DIU: **E(12)** *“Tomei a pílula (...) o aparelho [DIU].”* Houve também uma entrevistada que mencionou que já usou a pílula e preservativo, pretende colocar o implante: **E(3)** *“Sim, agora sim, tomo a pílula mas só comecei depois deste nascer, antes só usamos o preservativo mas na maior parte das vezes nem usávamos nada. (...) vou por o implante.”*

Apesar de quase todas as entrevistadas já terem usado métodos contraceptivos nem todas afirmam que quando engravidaram estavam a usar algum método contraceptivo. Esta pergunta não foi aplicada às utentes que referiram que planearam a gravidez pois uma vez que foi uma gravidez planeada elas deixaram de usar métodos contraceptivos.

Gráfico 13- Uso de métodos contraceptivos quando engravidaram



Das doze entrevistadas que responderam a esta questão, cinco afirmaram que apesar de não planejarem a gravidez também não tomaram medidas para que este não acontecesse, uma vez que não usaram métodos contraceptivos: **E(4)** “(...)Tive um acidente de carro fiquei meia baralhada e esqueci-me de tomar a pílula e aconteceu a gravidez.”; **E(9)** “A pílula (...) agora também tive uns problemas de estômago, tomava medicação para o estômago (...) eu já me sentia com muitos medicamentos (...) deixei de tomar agora não tomava nada, não usávamos nada.”.

Das 5 entrevistadas que declararam que estavam a usar um método contraceptivo, duas referiram que tomavam a pílula, mas põem a hipótese de se terem esquecido de tomar: **E(2)** “Estava, mas eu era muito descuidada a tomar a pílula.”; **E(7)** “(...) Devia ter-me esquecido de tomar algum dia.” Duas das entrevistadas afirmaram que tomavam a pílula ambas põem a hipótese de terem tomado um antibiótico que cortou o efeito, uma delas refere que também que se poderia ter esquecido de a tomar: **E(6)** “(...) Tomei a pílula. Andei a tomar um antibiótico (...) mas o médico é que me disse que podia ter cortado o efeito.”; **E(13)** “Sim mas devia ter falhado algum dia ou então seria algum medicamento que eu tomei não sei.”

Duas das utentes estavam a usar preservativo e põem a hipótese de este ter rebentado: **E(8)** “Estávamos a usar o preservativo, eu não me dava muito bem com a pílula e resolvi parar.”; **E(11)** “(...) a camisinha devia ter rebentado.” Uma das entrevistadas refere que usava o DIU e acredita que este se deslocou: **E(12)** “O aparelho [DIU], tinha aparelho na altura, ele deslocou-se eu não dei conta (...)”

Verificou-se que todas as utentes conhecem alguns métodos contraceptivos. Apesar de não planearem a gravidez, algumas mulheres declaram que não estavam a usar métodos anticoncepcionais. Há ainda aquelas que não se recordaram se usaram algum método contraceptivos quando engravidaram. São poucas as que afirmaram que tinham a certeza que usaram um método contraceptivo e este não foi eficaz. Estes resultados levam a crer que existe alguma falta de responsabilidade na maior parte da amostra.

4.1.4- Problemáticas sociais

Neste estudo encontraram-se pessoas com vários problemas sociais. É importante salientar que foram incluídos os problemas das entrevistadas e também dos seus familiares mais próximos, uma vez que estes as influenciam bastante. Tal como já foi referido anteriormente, todas as utentes afirmaram ter problemas económicos, no entanto há algumas que têm também que se confrontar com outro tipo de problemáticas.

Das pessoas que participaram neste estudo nove declaram que as famílias delas não têm problemas sociais para além dos económicos: **E(1)** “*Não, só há problemas económicos.*”; **E(2)** “*Não, que eu conheça não.*”; **E(7)** “*Não (...) é mais só problemas económicos.*”

Uma das problemáticas que está presente na vida de duas destas mulheres é a imigração ilegal. Num dos casos é o companheiro da utente que é imigrante ilegal, no outro caso tanto a entrevistada como o companheiro são imigrantes ilegais: **E(6)** “*Alcoolismo não, toxicodependente tenho um primo, mas já é afastado. (...) o meu marido é imigrante ilegal*”; **E(11)** “*(...) não consegui legalizar a minha situação (...) [o pai do bebé está também ilegal, está preso em Espanha].*”

Uma das estudadas confronta-se com dois tipos de problemáticas, o alcoolismo e a violência doméstica: **E(12)** “*Sim o companheiro da minha mãe é alcoólico. Por aquilo que me parece, ela também é alcoólica. (...) Agressões verbais até ao ponto que chegou a agressões físicas. Chegou a bater-me mesmo na barriga, ela nunca me apoiou eu tinha 15 anos quando um dos companheiros dela abusou de mim, fiquei grávida nasceu a minha filha. A minha mãe disse que eu é que era culpada (...).*”

Uma utente tem um filho que foi toxicodependente: **E(9)** *Sim, tenho o meu filho mais velho, foi um problema grande (...) agora pronto já não tem esse problema vai fazer dois anos. Andou na droga, também andava metido com prostitutas. Tentou suicidar-se (...) chegou a estar internado no São João (...) aquilo já era a droga, não era? (...) foi para o Luxemburgo, conheceu lá aquela mulher, ela já (...) tinha estado a viver com alguém que também (...) estava metido na droga. Ela apoia-o (...) Estão juntos há 2 anos.”*

Uma das entrevistadas é portadora de HIV e fez referência a alguns problemas comuns a pessoas portadora deste tipo de infecção. Em primeiro mencionou o que sentiu quando tomou conhecimento, depois fala do receio de ser discriminada pela sociedade. Hoje em dia há inúmeras campanhas que alertam para este problema falando da forma mais eficaz de prevenir e das consequências do HIV, referem também as formas de transmissão desta infecção. Apesar disso a utente receia ser discriminada por algumas pessoas que ainda têm medo de ser relacionar com indivíduos portadores de HIV e que acabam por as discriminar. Falou também no desgosto que os seus pais sentiriam se tivessem conhecimento.

A E(13) foi infectada pelo pai do bebé: **E(13)** *“Sim, eu tenho aquele problema de saúde [HIV] foi o pai deste que me contagiou (...) Ele esteve em África a trabalhar, veio e tinha malária (....)Para mim foi um choque, primeiro quando soube que ele tinha a doença, depois ainda mais quando soube que eu também tinha esse problema.”*

A utente quando engravidou já sabia que estava infectada e realizou um tratamento para impedir que o vírus fosse transmitido para o bebé: **E (13)** *“Sim, como já disse aconteceu sem eu estar à espera. Depois fiz um tratamento, o médico diz que o bebé está bem, não tem esta doença.”*

Da família desta utente só a irmã é que tem conhecimento e não teve uma boa reacção, não fala deste seu problema de saúde aos pais pois teme a reacção deles. Não conta aos amigos pois tem receio de ser discriminada. **E(13)** *“Os meus pais não, eu não vou contar, seria um grande desgosto para eles, contei à minha irmã mas ela até deixou quase de ir lá a casa, eu não preciso dela tenho os meus filhos, não sei acho que ela tem medo de também ficar infectada. Eu não contei a mais ninguém da parte dele, só o irmão é que sabe. (...) Não os vou contagiar, se eu tiver uma ferida vou ter cuidado, também não vou ter relações sexuais*

sem preservativo com alguém que não tenha este problema. Eu não vou contar porque sei que há muitas pessoas que me iam olhar de lado, apesar de toda a informação.”

A entrevistada pretende contar aos filhos quando eles tiverem idade para perceber: **E(13)** *“Sim, ainda não contei o mais velho só tem 7 anos, vou contar mas ele ainda é muito pequeno para perceber, ele já começa a fazer perguntas “mãe porque é que tomas estes medicamentos”. Eu não lhe posso estar sempre a dizer que estou doente, também lhe vou contar para eles saberem que se devem proteger para não cometerem o mesmo erro que eu.”*

Todas estas problemáticas acabam por condicionar a vida das entrevistadas fazendo com que elas acreditem que o seu futuro não será tão próspero como elas desejariam. Os problemas económicos preocupam-nas bastante, depois também há outro tipo de problemas sociais que condicionam as suas vidas.

4.2- Rede social

4.2.1- Família

Todos os estudos realizados na Europa sobre redes sociais de ajuda dão relevância à família (Vasconcelos, 2005). Quase todas as participantes deste estudo mencionaram o papel importante da família na sua rede social. Há apenas duas utentes que referem que nunca foram apoiadas pelos parentes: **E(2)** *“É assim eu sou lisboeta, vim para cá com o pai das minhas outras duas filhas. A minha família nunca me apoiou. Porque não querem (...) Sinceramente não sei.”*; **E(9)** *“Eu sempre precisei de ajuda. Quando a gente casou quando eu tive a minha filha (...) mas era eu e o meu marido e não pedíamos à família (...).”*

No mesmo estudo referido anteriormente e realizado em Portugal em 2001 concluiu-se que as redes de ajuda são maioritariamente redes de parentesco (90% das ajudas são prestadas pelos parentes). Constatou-se também que os que dão mais apoio, 71%, são os pais do casal. Verificou-se que os dadores individuais que mais ajudam são as mães, tanto da mulher como do homem, as ajudas maiores são dadas pela mãe da mulher. Constatou-se que apenas 11% dos apoios recebidos são prestados pelos irmãos de ambas as partes (Vasconcelos, 2005).

Apesar de não ter sido perguntado directamente às utentes quem as apoiou, algumas fizeram referência a essa pessoa, destacando-se a importância dos pais do casal, em especial da mãe da mulher. Das seis entrevistadas que fizeram referência às pessoas que as ajudaram duas mencionaram as suas mães, uma referiu o seu pai, outra utente falou nos pais e nos sogros, há ainda uma que referiu os sogros e os cunhados. Duas das entrevistadas mencionaram os irmãos.

Foi pedido às utentes que já foram apoiadas pela família que referissem quais os momentos em que mais necessitaram da ajuda de familiares. As entrevistadas focaram vários momentos, mas 5 referiram o nascimento dos filhos ou a gravidez. Duas entrevistadas falaram também que necessitaram da ajuda de familiares quando os seus pais faleceram.

Uma das utentes afirmou que foi mãe adolescente, os sogros e os pais apoiaram-na quando o bebé nasceu: **E(1)** “(...) *do meu pai, da minha mãe e dos meus sogros. Quando o [filho da utente] nasceu eu era nova, tinha uns 15 anos, não é. E nessa altura eles ajudaram-me muito, tanto os meus pais como os meus sogros.*” Uma entrevistada referiu que foi apoiada em 2001 mas não quis falar da situação que a levou a necessitar de auxílio, agora a família também a está a ajudar durante a gravidez **E(4)** “(...) *Em 2001 necessitei da minha família e agora por causa do bebé foi por razões totalmente diferentes.*”

Uma das utentes falou na época em que a filha mais velha nasceu e quando se separou do pai dessa filha: **E(14)** “*Quando a minha filha nasceu e depois quando me separei do pai dela. Ele não contribui em nada, é esquizofrénico não tem rendimentos. Foi sempre a minha família que me ajudou mas agora deixaram de me apoiar (...).*”

Há uma entrevistada declarou que foi apoiada pela família quando estava grávida e quando o seu pai faleceu: **E(6)** “ (...) *Foi principalmente nos momentos em que me aconteceu estar grávida uma pessoa precisa sempre mais. (...) Desde que o meu pai faleceu precisei muito da ajuda da minha família. Muitas vezes dá-me depressões e tudo. São eles que me estão a ajudar, muitas vezes que eu falto ao trabalho (...). É preciso passar para saber.*”

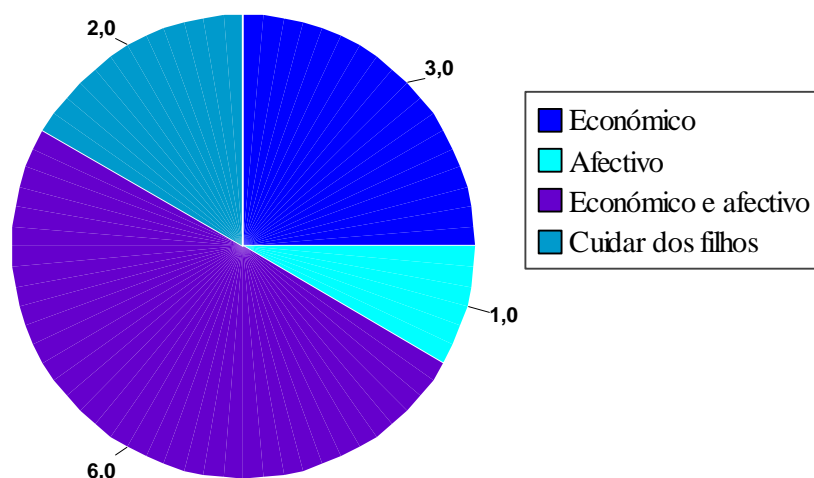
Uma das estudadas mencionou que foi ajudada pelos irmãos na época em que a sua mãe faleceu: **E(11)** “*Assim mais quando eu perdi a minha mãe (...).Foram os irmãos não é? Tem*

que se apoiar uns aos outros.” Uma entrevistada afirmou que apesar de sempre ter necessitado da ajuda de familiares agora está a vivenciar uma situação de desemprego que faz com que ela dependa mais da sua família: **E(3)** *“Precisei sempre deles (...) principalmente agora que o meu marido foi despedido.”*

Duas das entrevistadas referem que foram apoiadas pelas suas mães: **E(7)** *“Tive a minha mãe, viveu comigo até que faleceu”*; **E(8)** *“Sim, a ajuda da minha mãe (...) foi ela que me ajudou durante 3 anos.”* Uma das utentes foi imigrante durante alguns anos agora está desempregada, está grávida e reside com o irmão que a ajuda: **E(10)** *“Eu estive fora no estrangeiro, casei e fui para fora, lá não tinha apoio de ninguém (...) Agora o meu irmão mas apoiada também não pode ser muito, eles dão um bocado de apoio.”* A E(5) afirma algumas vezes, o pai dela a ajuda economicamente: **E(5)** *“(...) Dinheiro, às vezes ligo para o meu pai para me trazer dinheiro (...) às vezes preciso.”*

Há uma entrevistada que afirmou que apenas é ajudada pela família do companheiro: **E(12)** *“Eu já pedi à minha mãe mas por aquilo que me está a tocar é extremamente complicado. (...) só contei com os meus sogros, com o meu cunhado e com o meu companheiro (...)”* A E(13) mencionou que esteve algum tempo sem o seu filho mais velho porque foi raptado pelo pai biológico. Referiu que necessitou de apoio económico por parte dos familiares quando este voltou: **E(13)** *“Muitas vezes (...) não digo que não venha a precisar mais. Quando o meu filho voltou para a minha casa eu comecei a precisar mais, o meu ordenado não dava para tudo.”*

Gráfico 14- Tipo de apoio prestado pela família



Das doze entrevistadas que mencionaram que já foram apoiadas pela família, metade refere que o tipo de apoio recebido foi a nível económico e afectivo: **E(3)** “(...) *Económico e afectivo.*”; **E(4)** “*Moral, financeiro é ouvir-me (...) sei lá é tudo.*” **E(5)** “*Afectivo sim e económico. Quando às vezes fico doente com a gravidez, às vezes sinto-me mal, eles tratam de mim.*”; **E(6)** “(...) *Um pouco de tudo. Com o pouco que eles têm vão-me ajudando. Neste caso quando faltei aquele mês inteiro eles ajudaram-me. Não tinha como ir buscar dinheiro para as minhas dívidas (...).*”

O apoio afectivo refere-se à disponibilidade de alguém com que se pode dialogar, envolvendo comportamentos que estimulam sentimentos de bem-estar afectivo. A relação estabelecida faz com que o indivíduo se sinta querido e amado uma vez que se desenvolvem expressões de afecto confiança e empatia (Spiegel, 1997).

Três utentes só referiram o apoio económico: **E(1)** “*Ajudaram-me com algum dinheiro, no que eles podiam.*”; **E(7)** “*A minha mãe, vivíamos as duas, pagávamos a renda a meias (...). Agora para o fim dava-me mais algum como ela andou aqui no IPO nas consultas tinha que andar com ela, dava-me 50€ (...) e foi as ajudas que eu tive*”; **E(11)** “(...) *Todo mundo tinha muito pouco, então a gente dividia sempre, fazia o que podia (...). Aquele que no momento estava melhorzinho, aí ele ajudava mais.*”

Uma utente falou que recebeu apenas apoio afectivo: **E(10)** “*Apoio afectivo, preocupam-se, se eu dou um ai já estão logo a ver o que é que se passa, mas a nível económico esquecer, ela não trabalha e também têm um filho com 6 anos.*”

Há duas que afirmaram que a ajuda recebida pelos familiares está relacionada com os cuidados que estes prestam aos seus filhos. No caso da E(8) quem a ajudou foi a mãe dela: **E(8)** “*Ela ajudou-me em tudo a tomar conta dos meninos. Quando a minha filha nasceu eu trabalhava, era a minha mãe que ficava com ela e essas coisas assim. Ainda hoje se eu precisar ela fica com eles (...). Se tiver que ir a algum lado eu peço à minha mãe.*”; **E(12)** “*(...) Os meus sogros (...) e (...) o meu companheiro (...) tomam conta dos meus filhos.*”

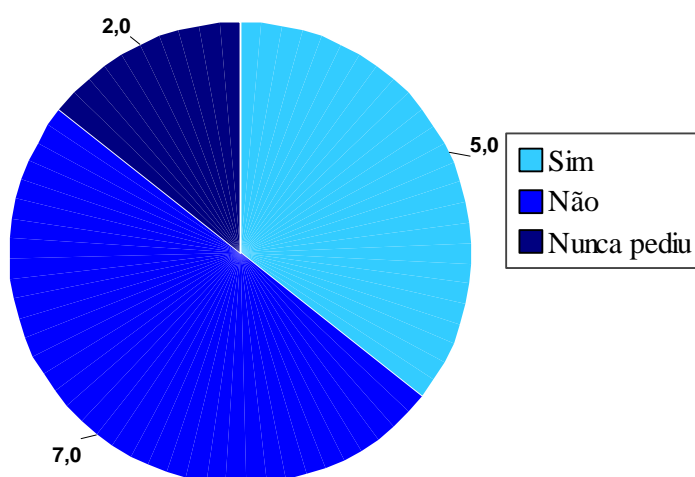
Todas as doze entrevistadas mencionaram que confiam os seus filhos à guarda de familiares. Algumas das utentes falaram na experiência que já têm, uma vez que já têm filhos; há outros casos que não, porque é o primeiro filho.

Na maior parte das famílias a mãe da mulher presta ajudas de carácter quotidiano, como por exemplo ajudar a cuidar dos filhos (Vasconcelos, 2005). Seis das utentes mencionaram que quem as ajuda a cuidar dos filhos são as mães delas: **E(1)** “*(...) Quando eu estava a trabalhar, quando vinha muito tarde é que a minha mãe ficava com ele (...).*”; **E(6)** “*Neste caso a minha mãe é que fica com ela.*” **E(7)** “*Sim a minha mãe estava comigo, ajudava a criá-los (...) agora mais outras pessoas não.*” Há uma entrevistada que confia a guarda dos seus filhos à avó dela e os sogros: **E(3)** “*Do meu lado (...) só a minha avó é que ajudou porque o resto está tudo no estrangeiro. Da parte dele os meus sogros.*”

No caso da E(9) quem a ajudou a cuidar dos filhos foi a sogra: **E(9)** “*(...) Nunca precisei que me ajudassem. (...) foi sempre a minha sogra que me tomou conta dos meus filhos (...) Agora deste eu estou sempre em casa.*” A E(4), a E(5), a E(10), e a E(11) fazem parte daquele grupo de entrevistadas grávidas do primeiro filho. Uma utente referiu que os seus pais e a sua irmã a vão ajudar a cuidar dos filhos: **E(4)** “*Vão (...) ajudar-me os meus pais e a minha irmã, vão ajudar.*” A E(5) falou de uma forma mais geral e refere que toda a família a ajudará: **E(5)** “*Sim vão ajudar-me todos me vão ajudar de certeza.*”

Há uma entrevistada que apesar de não ter a certeza acredita que o irmão a ajudará a tomar conta do filho: **E(10)** “*Aí é que tenho um bocadinho de dúvidas, se precisar sim, tenho o meu irmão mas vou ser eu a tomar conta dele.*” A E(11) refere que contará com a ajuda dos seus irmão para cuidar do filho caso volte para o Brasil: **E(11)** “*(...) se eu não puder cuidar do meu filho aqui, eu volto para o Brasil para os meus irmãos me ajudarem.*”

Gráfico 15 - Já algum familiar negou um pedido de ajuda



Sete das entrevistadas referiram que a família nunca lhes negou um pedido de ajuda: **E(5)** “*Não, nunca aconteceu.*”; **E(10)** “*Para já não. Eu nunca pedi muito, eles também não têm posses para me ajudar.*”; **E(11)** “*Não (...) somos uma família a nível económico é difícil mas estamos sempre juntos.*”

Há cinco utentes que afirmaram que já algum familiar lhes negou um pedido de ajuda. Duas das entrevistadas mencionaram que a mãe já se recusou a ajudá-las. A E(12) refere que esta não ajudou porque não quis, a E(13) afirmou que a mãe não a apoiou economicamente porque não podia: **E (12)** “*Eu já pedi à minha mãe mas por aquilo que me está a tocar é extremamente complicado. Ela diz não tenho, não sei, vai trabalhar (...).*”; **E(13)** “*Já quando eu perdi o emprego fiquei com muitas dificuldades, pedi-lhe dinheiro, a minha mãe não me ajudou porque não podia.*”

Há uma entrevistada que referiu que quando a sua segunda filha nasceu os seus pais a deixaram de apoiar: **E(14)** “*(...) Agora deixaram de me apoiar, eu estava grávida outra vez,*

eles não aceitaram bem. (...) Eu bem lhe pedi mas eles disseram que não me podiam sustentar mais (...).” No caso da E(4) quem lhe negou a ajuda foi uma prima: **E(4)** “*Sim (...) já para comprar a casa faltava-me fiador e ela podia, essa minha prima podia mas negou.*”

Uma entrevistada mencionou que a sua irmã não tem possibilidade de a ajudar economicamente: **E(6)** “*Sim a minha irmã (...) isso se ela me puder ajudar ajuda mas (...) também tem muito poucas possibilidades. Já lhe pedi dinheiro e ela não me pode emprestar. (...) a minha irmã não tem muito como me ajudar neste caso não.*” As duas entrevistadas, mencionadas anteriormente, que nunca foram apoiadas pela família afirmaram que nunca recorreram à família quando necessitaram de ajuda: **E(2)** “*Eu não lhe pedi ajuda, não temos um bom relacionamento.*”; **E(9)** “*(...) Nunca lhes pedi, não gosto de pedir.*”

Nove das entrevistadas referiram que o apoio que a família lhes dá é suficiente perante os rendimentos que eles têm: **E(5)** “*Eu acho que sim, para mim chega. Eles dão o que podem, o que eu preciso.*”; **E(6)** “*Eu acho que é o que eles conseguem, não podem dar mais do que têm (...).*”; **E(11)** “*É suficiente (...) às vezes dão-me até aquilo que não têm para poder ajudar em momentos mais difíceis, então acho que é suficiente.*”

Uma utente declarou que necessitava de mais ajuda mas os seus familiares não têm possibilidade de a apoiar mais: **E(1)** “*(...) apoiam no que podem.(...) Não estou a dizer que é o suficiente mas é mesmo o que eles podem.*” Duas entrevistadas afirmaram que a ajuda que a família lhe dá é suficiente **E(8)** “*Sim é suficiente*”; **E(12)** “*Sim*”. Uma entrevistada acredita que pode haver uma possibilidade de a sua família a apoiar mais: **E(14)** “*Talvez pudessem ajudar mais, não sei mas se podem não querem.*”

A família ocupa um lugar primordial na vida das estudadas. São poucas as que afirmaram que nunca foram apoiadas pela família. A família costuma dar alguns bens e prestar alguns serviços, como é o caso da ajuda concedida nas tarefas domésticas. Esta também oferece apoio económico, pois realiza empréstimos, faz doações e partilha heranças (Vasconcelos, 2005).

4.2.2- Amigos

Consideram-se amigos duas pessoas que se estimam, que se sentem bem juntas e que se tratam em pé de igualdade, independentemente das suas relações sociais. Há algumas situações em que uma pessoa ao pedir algo se sente humilhada porque ao pedir ao outro, dá-lhe algum poder e tem que se submeter ao outro, como é o acaso de pedir um aumento de ordenado. Quando um indivíduo pede algo a um amigo não é humilhado porque não aumenta o seu poder, não sofre represálias e não protesta. Há um pacto entre os amigos que se algum pede receberá e quando o outro pedir ele também tem que dar (Alberoni, 2001).

Foi pedido às utentes que, tal como fizeram no caso da família, também especificassem os momentos em que necessitaram da ajuda dos amigos. Aqui os momentos já divergem mais. Há apenas 3 utentes que afirmaram que foram ajudadas pelos amigos quando ficaram grávidas ou quando se tornaram mães. Destas utentes apenas uma foi ajudada pelos mesmos motivos pela família. Apenas uma faz referência ao momento em que a sua mãe faleceu, esta também não foi ajudada pela família por estes motivos.

As duas utentes que afirmaram que nunca foram ajudadas pela família são apoiadas pelos amigos. Uma recebeu ajuda quando o filho se tornou toxicod dependente e ela não podia pagar a renda: **E(9)** “(...) *Numa altura em que tivemos muitos problemas (...) nós pagávamos metade da renda o meu filho a outra metade. Só que o meu filho teve aquele problema, aí os amigos ajudaram muito.*” A outra refere que foi ajudada pelos amigos quando a sua filha mais nova nasceu: **E(2)** “(...) *Tenho (...) amigos que me apoiam muito principalmente agora que a bebé nasceu.*”

A E(14) declarou que foi apoiada pelos amigos quando engravidou: **E(14)** “(...) *Ela não me pode ajudar muito mas ela deu-me algum apoio moral quando fiquei grávida.*” A E(11) afirma que para além de ser ajudada pelos amigos agora que está grávida também foi apoiada quando o companheiro esteve preso em Espanha devido ao facto de ser imigrante ilegal: **E(11)** “*Agora (...) que estou grávida e que o meu marido está preso.*”

Há uma utente que fez referência ao momento em que a mãe faleceu e à época em que se divorciou: **E(10)** “(...) *Tive uma amiga que me ajudou em todos os sentidos, ajudou-me*

quando a minha mãe faleceu, tive mais apoio dela do que do meu eis marido. Ajudou-me quando me divorciei, eu fiquei sem trabalho (...) não tinha dinheiro para nada e nunca me faltou nadinha.”

Uma utente referiu que necessitou de recorrer a uma amiga quando comprou a casa: **E(4)** *“Dos amigos (...) precisei quando foi para comprar a casa (...)foi um casal, são os fiadores da minha casa.”* No caso da E(7) foi uma amiga que lhe conseguiu arranjar um advogado: **E(7)** *“(...) Precisei, o meu filho teve um acidente de carro, matou um senhor e depois eu precisei de um advogado (...).”*

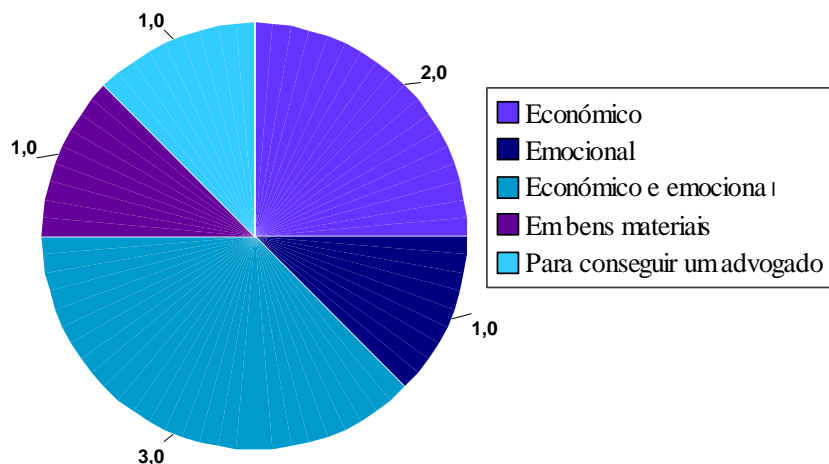
A E(13) referiu que teve a necessidade de recorrer a uma amiga quando estava impossibilitada de trabalhar: **E(13)** *“Já necessitei de uma amiga minha pelo menos para me ajudar quando eu não podia trabalhar ela ajudou-me nas despesas (...).”*

Cinco das utentes afirmam que nunca recorreram a amigos: **E(5)** *“(...)Não houve momentos em que eu tivesse pedido.”*; **E(6)** *“(...) nunca pedi nenhuma ajuda.”*; **E(8)** *“Nunca precisei, é assim até poderei precisar mas nunca vou bater à porta de ninguém. (...) Tenho muitos amigos mas não quero, depois dá confusão, eu não quero.”*

Uma estudada justificou o facto de nunca ter recorrido aos amigos dizendo que eles não têm meios financeiros para a apoiar: **E(1)** *“Nunca recorri a amigos (...) Não tenho amigos que tenham uma situação financeira estável para que me possam ajudar (...).”* Outra referiu que nunca pediu apoio aos amigos mas acha que se necessitar eles ajudam: **E(3)** *“Nunca pedi nada, viro-me pouco para os amigos. Amigos, amigos negócios à parte. (...) eu é que não gosto de pedir (...) acho que se pedisse eles ajudavam.”*

Uma das utentes refere que não tem amigos para além da sogra: **E(12)** *“Não tenho amigos, não tenho ninguém porque eu considero a minha amiga a minha melhor amiga a minha sogra (...).”*

Gráfico 16 - Tipo de apoio prestado pelos amigos



Das oito utentes que declararam ser apoiadas pelos amigos duas falaram em apoio económico: **E(11)** “Eles falam “não temos muito mas a gente ajuda no caso de não poder pagar a sua renda, você pode ficar aqui em casa até ao bebé nascer”(…) Estão disponíveis sempre que for preciso.”; **E(13)** “(…) ela ajudou-me nas despesas e depois quando recebi dei-lhe.” Uma estudada referiu ser apoiada emocionalmente pelos amigos: **E(14)** “(…) ela não me pode ajudar muito mas ela deu-me algum apoio moral quando fiquei grávida.”

Três utentes afirmaram que são ajudadas pelos amigos tanto a nível económico como a nível emocional: **E(2)** “Em todos os sentidos apoio emocional, económico (…) ela também não pode muito mas dentro daquilo que pode têm-me apoiado muito (…).”; **E(9)** “Foi económico e afectivo embora sejam pobres (…).”; **E(10)** “Foi económico e emocional.”

Uma das entrevistadas referiu que os amigos lhe dão bens materiais e também já cuidaram dela: **E(4)** “(…)Vão-me facultar (…) a caminha (…) Quando fiz a amniocentese estive quatro dias em descanso absoluto, ela fez-me o almoço, fez-me o jantar (…).” Há uma entrevistada que referiu o momento em que necessitou apoio jurídico e teve uma amiga que lhe conseguiu um advogado gratuito: **E(7)** “(…) dirigi-me a uma menina que é minha amiga e nesse caso ela ajudou-me muito porque depois o advogado não me quis dinheiro algum, aí eu sei que precisei de uma ajuda.”

O nascimento do primeiro filho faz com que as mulheres sejam obrigadas a estar mais tempo em casa e isso faz com que as saídas diminuam. No entanto nem todas dão importância a este facto e quando são questionadas nem sempre fazem referência a ele (Lalanda, 2005).

As entrevistadas fizeram referência a algumas actividades que realizam com os amigos: fazer piqueniques, ir a cafés, frequentar a casa dos amigos e os amigos frequentarem a casa deles, passear, ir ao shopping e frequentar discotecas. Há também aquelas pessoas que referiram que não realizam actividades com os amigos.

Uma utente referiu que realiza em conjunto com os seus amigos piqueniques faz campismo, e também frequenta a casa deles e eles também a visitam: **E(1)** “*Sáímos muito (...) eles também tem filhos e portanto juntamo-nos todos é uma coisa que a gente faz muitos piqueniques e campismo (...) eu vou ao café mas não tomo café mas pronto (...) Se não sairmos fazemos uma reuniãozinha, (...) na nossa casa ou em casa deles (...).*”

Uma entrevistada costuma ir ao café com os seus amigos: **E(2)** “*(...) De vez em quando vamos ao café, convivemos (...).*” Três utentes referiram que costumam receber os amigos em suas casas: **E(4)** “*(...) Não vou a bares não vou a uma discoteca (...) costumo encontrar-me com os meus amigos mais em minha casa.*”; **E(8)** “*(...) Raramente saio, só se eles forem a minha casa ou então quando eu saio à rua.*”; **E(13)** “*(...) Não sei desde que engravidei acho que não tem nexo sair á noite. (...) Durante o dia sim eu não gosto de ir a casa dos outros, prefiro que eles venham à minha e então eles vêm.*”

A E(9) afirmou que costuma ir a casa dos amigos e os seus amigos também frequentam a casa dela: **E(9)** “*(...) Eu vou a casa deles, eles vêm a minha casa porque estamos ali pertinho mas nunca saio para lado nenhum estou sempre em casa.*” Uma entrevistada afirmou que ela não costuma sair e os amigos dela também não vão muitas vezes a sua casa: **E(10)** “*(...) Não sou pessoa de sair, não vou a discotecas, nunca fui mesmo quando era mais nova. Mesmo na África do Sul eles não iam muito a minha casa.*”

A E(5) referiu que costuma ir passear e ir ao shopping com os amigos: **E(5)** “*(...) costumamos passear. Às vezes vamos ao Shopping(...).*” Uma utente por vezes frequenta discotecas e costuma ir passear com a sua única amiga: **E(14)** “*Sim, às vezes muito, de vez*

enquanto vou à discoteca com ela muitas vezes só saímos para passear.” Três entrevistadas mencionaram que não costumam sair com os seus amigos: **E(3)** “*Agora não, neste momento não porque tenho os meninos (...).*”; **E(7)** “*Mas sair assim não sou muito de sair, sinceramente não sou.*”; **E(11)** “*(...) eu já fico mais em casa, só saio para ir ao médico ou até mesmo para ir com o meu marido à imigração (...).*”

Para compreender melhor a importância dos amigos na rede social das entrevistadas é também importante saber se estes são alargados ao não, no que respeita ao número de pessoas. É igualmente relevante saber com que frequência eles se encontram.

A maior parte das utentes mencionaram relativamente aos amigos a sua rede social não é muito alargada. As utentes que possuem um maior número de amigos são três: **E(1)** “*Amigos de conviver, de sair assim muitas vezes são só seis casais (...).*”; **E(6)** “*(...) são muito poucas (...)* umas oito.”; **E(9)** “*(...) Talvez uns dez (...).*”

A E(2) referiu que possui uns quatro ou cinco amigos: **E(2)** “*Há os que posso considerar amigos(...) uns quatro ou cinco, não devo ter muitos mais.*” A E(4) declarou ter cerca de cinco amigos: **E(4)** “*(...) contam-se pelos dedos mais ou menos cinco não são muitos mas são bons.*” Uma utente disse que possui uns três ou quatro amigos: **E(8)** “*(...) poucos, três ou quatro (...).*”

Três entrevistadas fizeram referência a três amigos: **E(3)** “*Daqui talvez uns três (...).*”; **E(5)** “*Tenho muitos mas mais íntimos são três.*” **E(11)** “*(...) Amigo assim que a gente pode confiar fiz uns 3 que eu tenho aqui (...).*” Há três utentes que declararam ter duas amigas: **E(7)** “*Doas amigas.*”; **E(10)** “*Uma amiga e outro que era quase como um irmão*”; **E(13)** “*(...) amigos dois.*” Duas das entrevistadas apenas têm uma amiga: **E(12)** “*(...) A minha sogra (...).*”; **E(14)** “*(...) Só tenho uma amiga.*”

Quanto à frequência com que as utentes se costumam encontrar com os seus amigos, verificou-se que a maioria tem possibilidade de se encontrar com alguma frequência.

Cinco das entrevistadas mencionaram que se encontram com os seus amigos quase todos os dias: **E(6)** “ (...) *Quase todos os dias.*”; **E(7)** “(...)Vejo quase todos os dias.” **E(8)** “*Há, isso quase todos os dias.*”

Uma estudada referiu que se costuma encontrar com a sua melhor amiga todos os dias e com os outros duas vezes por semana: **E(1)** “*Com a minha melhor amiga estou quase todos os dias porque a gente mora perto e estamos quase todos os dias. (...) E com os outros amigos, uma ou duas vezes por semana (...).*” A **E(14)** afirmou que tem a possibilidade de estar com os amigos duas ou três vezes por semana: **E(14)** “*Dois ou três vezes com semana.*” Outra utente afirmou que costuma estar com os seus amigos uma ou duas vezes por semana: **E(5)** “*Uma ou duas vezes por semana.*”

Duas das entrevistadas disseram que costumam ver os seus amigos com mais frequência durante o fim-de-semana: **E(2)** “*Mais ao fim de semana (...) e de vez em quando durante a semana.*”; **E(3)** “*Ao fim-de-semana.*” Uma utente referiu que com uma amiga está uma vez por semana os restantes só os vê de 15 em 15 dias: **E(4)** “(...) *tenho uma colega talvez uma vez por semana (...)* Tenho outros que são de 15 em 15 dias, outros de mês a mês (...).”

A **E(13)** afirmou que se encontra com os seus amigos três ou quatro vezes por mês: **E(13)** “*Por mês umas 3 ou 4 vezes.*” A **E(12)** afirmou que quando residia com o companheiro via todos os dias a sogra que é a sua única amiga, agora só tem possibilidade de estar com ela quando esta a visita: **E(12)** “*Todos os dias quando estava com ela e agora de vez em quando, quando ela vem cá.*” Uma entrevistada viveu muitos anos da África do Sul deixou lá os seus amigos e já não os vê há muito tempo: **E(10)** “*Os meus amigos estão na África do Sul, já há muito tempo que não os vejo.*”

Tornou-se pertinente saber se os amigos das entrevistadas pertencem à sua família. Uma vez que elas podem considerar um familiar como um amigo e assim os dois grupos podem-se misturar.

A maior parte das entrevistadas, nove, não têm amigos que pertencem à sua família: **E(2)** “*Não, nenhum.*”; **E(10)** “*Neste momento basicamente não.*”; **E(11)** “*Não.*”; **E(13)** “*Amigo (...) que eu diga amigo não.*” Uma entrevistada fez referência a uma prima que é uma parente

afastada **E(6)** “(...) uma coisa muito afastada de terceiro ou quarto grau mas é mais da parte do meu marido do que propriamente da minha (...)”

A **E(7)** referiu que estabelece uma relação de amizade com a sobrinha: **E(7)** “*Sim, a minha sobrinha. (...) Uma prima minha também que considero muito minha amiga.*” A **E(8)** afirmou que tanto tem amigos que pertencem à sua família como tem outros que não pertencem: **E(8)** “*Tenho pessoas amigas que não são da família mas também tenho outros que sim.*” Uma entrevistada falou da relação de amizade que estabelece com os irmãos: **E(9)** “(...) *Tenho os meus irmãos, dou-me muito bem com eles.*” Outra referiu-se à relação de amizade que tem com a sogra: **E(12)** “*Eu considero (...) a minha melhor amiga a minha sogra.*”

Apesar de algumas utentes afirmarem que têm amigos na sua família apenas duas consideram que estes familiares são os seus amigos mais íntimos: **E(12)** “(...) *A minha sogra(...).*”; **E(7)** “*Essa minha sobrinha [sobrinha do marido da entrevistada] e tenho uma prima minha também que considero muito minha amiga (...).*”

Três entrevistadas mencionaram que não possuem um amigo mais íntimo: **E(5)** “*Não são todos iguais.*”; **E(8)** “*Não tenho, são todos iguais.*” A **E(6)** também pertence a este grupo e uma das que possui um maior número de amigos: **E(6)** “(...) *assim mais íntimo não tenho nenhum (...).*”

Três utentes afirmaram que sim, têm uma amiga mais íntima: **E(3)** “*Sim só uma.*”; **E(4)** “*Tenho uma amiga que mora lá na Maia.*”; **E(11)** “*Sim tenho.*” Uma entrevistada referiu que a sua amiga mais íntima, é a sobrinha do marido da irmã: **E(1)** “*Ela (...) é sobrinha do marido da minha irmã.*” Outra entrevistada afirmou que a sua amiga mais íntima é a madrinha da bebé: **E(2)** “(...) *Posso dizer que tenho uma boa amiga, que é a madrinha desta.*”

A **E(14)** tal como foi referido anteriormente apenas tem uma amiga: **E(14)** “(...) *Nunca tive muitos amigos não eram tão íntimos assim, nunca fiz grandes amizades só tenho uma amiga (...).*” Uma entrevistada considera que a sua amiga mais íntima é a vizinha: **E(9)** “*Tenho uma amiga que posso considerar a melhor amiga. É uma vizinha minha ela conta-me tudo e eu conto a ela, somos mesmo muito amigas.*”

Uma das utentes afirmou ter dois amigos mais íntimos: **E(10)** *“Uma amiga e outro que era quase como um irmão. (...) Os dois, ela de uma maneira e ele de outra.”* Duas entrevistadas referiam que conheceram as suas amigas mais íntimas durante a infância. **E(1)** *“(...) Eu conheço-a desde os meus 7 anos (...) é uma amiga de infância.”*; **E(14)** *“Na escola primária.”* A **E(7)** conhece a sobrinha desde que nasceu e a prima é uma amiga da infância: **E(7)** *“A minha sobrinha desde que nasceu, nessa altura eu já era casada, a minha prima conheço-a desde criança.”*

Quatro das utentes conheceram as suas melhores amigas no local de trabalho, sendo que, em dois casos eram colegas e nos outros dois eram clientes: **E(2)** *“Ela trabalha no mesmo restaurante que eu.”*; **E(4)** *“(...) Eu fui trabalhar (...) numa firma ela era encarregada ficamos amigas.”*; **E(13)** *“Conheci-a porque estava a trabalhar num café, ela parava lá (...) somos amigas até hoje.”*; **E(10)** *“No trabalho, foi no trabalho(...) eu trabalhava numa peixaria (...) Eram clientes.”*

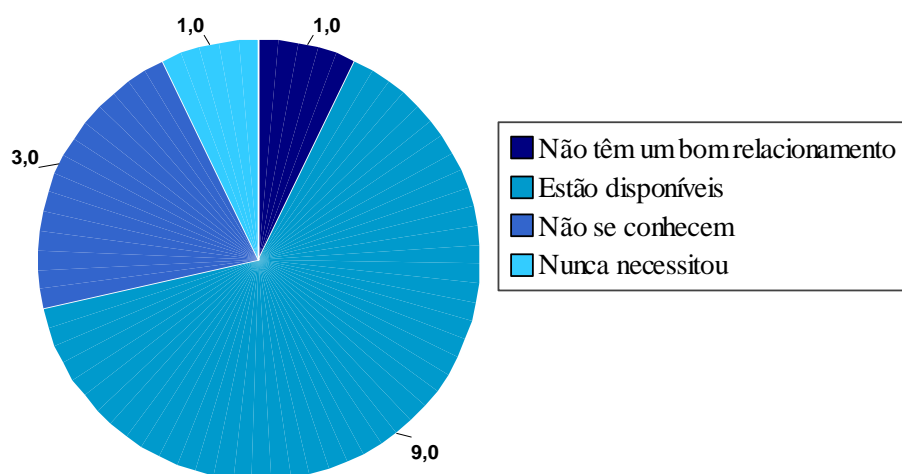
Três entrevistadas referiram que conheceram as suas melhores amigas quando começaram a namorar o marido/companheiro: **E(3)** *“(...) Ela já era amiga do meu marido (...).”*; **E(9)** *“Foi pelo meu marido, ele já a conhecia (...) viviam uns à beira dos outros.”*; **E(12)** *“Foi quando comecei a namorar com ele.”* Há uma utente que é imigrante, quando chegou ao nosso país residiu com o companheiro e com outros imigrantes, foi lá que conheceu a amiga mais íntima: **E(11)** *“(...) Quando eu cheguei (...) o meu marido já estava aqui, a gente se conheceu na casa que eles moravam era muita gente e aí dividia o aluguer”.*

Aparentemente os amigos não são tão importantes como a família na rede informal das entrevistadas. São menos as utentes que afirmam ter recorrido aos amigos do que as que pediram ajuda à família.

4.2.3- Vizinhos

Actualmente nas grandes cidades as relações de vizinhança são praticamente inexistentes. A maioria das pessoas trabalha longe de casa e só regressa à noite. Muitos vizinhos não se conhecem e outros encontram-se apenas casualmente.

Gráfico 17- Quando é necessário os vizinhos estão disponíveis



Uma parte significativa da amostra, 9 mulheres, afirmou que os seus vizinhos estão disponíveis, três até relataram situações em que necessitaram dos vizinhos: **E(4)** “*Nós não temos muita afinidade, mas uma vez cheirava a gás (...) como é homem percebe daquelas coisas e conseguiu detectar a fuga.*”; **E(9)** “*(...) Já precisei, quando a minha filha casou (...) eu queria fazer um empréstimo para poder dar à minha filha, mas não pude fazer porque não tinha (...) então um vizinho emprestou-me o dinheiro.*”; **E(12)** “*(...) Tenho uma vizinha da minha mãe que me levava comida (...).*”; **E(7)** “*Há sim, sem dúvida tenho uns vizinhos a cem por cento (...) como eles são para mim eu sou para eles.*”

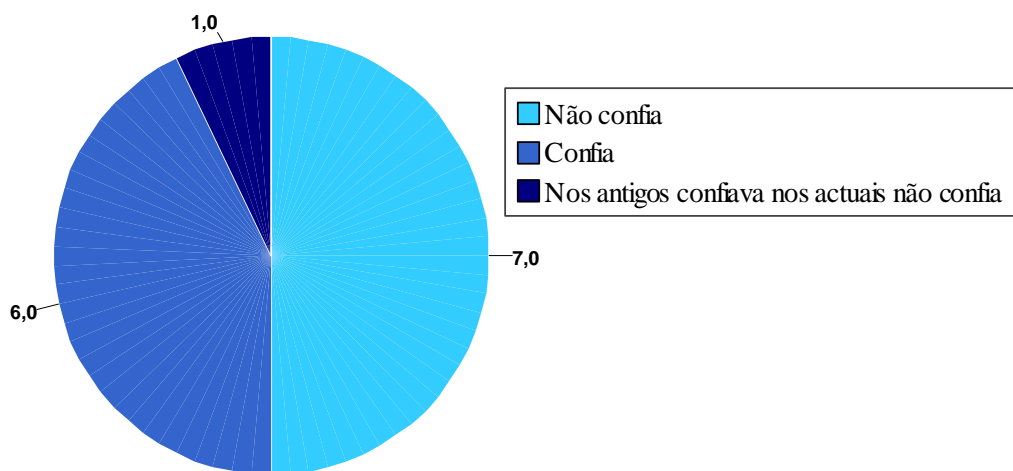
Três das utentes referiram que não conhecem os vizinhos logo, não sabem se eles as ajudarão caso seja necessário: **E(8)** “*Moro lá há pouco tempo, não dou confiança a ninguém, não conheço ninguém conheço só de vista (...).*”; **E(10)** “*Não conheço nenhum (...) daquele prédio, não conheço ninguém.(...) Na África do Sul eu não tinha razão de queixa. (...) era bom dia e boa tarde e pouco mais, eu também saía de manhã e entrava à noite*”; **E(14)** “*Estes ainda não os conheço (...).*” Uma das utentes também não sabe se eles estão disponíveis pois nunca lhes pediu ajuda: **E(13)** “*Nunca pedi ajuda aos vizinhos, nunca precisei.*”

A E(1) apesar de conhecer os vizinhos não tem uma boa relação com eles. É a única utente que referiu que tem conflitos com os vizinhos. Estes conflitos devem-se ao facto de a utente ter um filho hiperactivo que faz bastante barulho: **E(1)** “*Não (...) me dou bem com ninguém,*

conheço-os mas não me dou bem com ninguém. (...) Porque o meu filho é hiperactivo (...) Ouve-se tudo de umas casas para as outras (...) o miúdo não pára quieto (...) ele berra muito (...). Eu não posso, não vou estar a tapar-lhe a boca, não vou estar a bater no menino. Às vezes vêem bater à porta às nove (...) querem que o miúdo esteja calado.” Este é um bom exemplo dos problemas que podem surgir entre os vizinhos, alguns são mais ruidosos e possuem diferentes formas de educar os seus filhos (Gonçalves, 1988).

As restantes 13 entrevistadas afirmaram que não há conflitos com os vizinhos: **E(2)** “*Não, também não.*”; **E(6)** “*Não, assim em termos de mal não.*”; **E(7)** “*Não tenho esse tipo de problemas também não dou confiança (...).*”; **E(9)** “*Antigamente havia eu nunca estive metida, o meu marido também não gosta de zangas, nunca tive problemas.*”; **E(11)** “*Não, é cada um em sua casa, é uma maravilha até então.*”

Gráfico 18- Confia a guarda dos filhos aos vizinhos



Metade das utentes declararam que não confiam os filhos aos vizinhos, neste grupo inclui-se, para além de outras, a utente que tem conflitos com os vizinhos, duas das entrevistadas que referiram não os conhecer e a utente que afirmou nunca ter pedido nada aos vizinhos: **E(1)** “*Não nem pensar (...). Porque não me dou bem com eles.*”; **E(4)** “*Não porque não os conheço bem e não tenho confiança para lhes pedir.*”; **E(8)** “*Não, porque não tenho confiança para isso.*”; **E(13)** “*Não porque não tenho confiança e também não queria abusar (...) não me vejo a pedir ajuda.*”

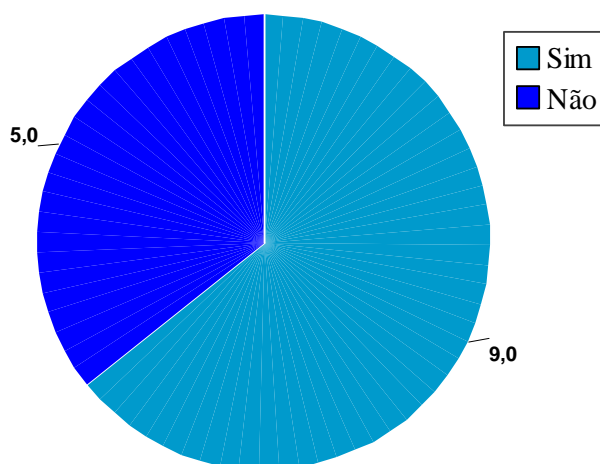
Seis das entrevistadas afirmaram que confiam a guarda dos seus filhos aos vizinhos: **E(2)** “*Nunca pedi, mas acho que posso confiar.*”; **E(6)** “*Pelo menos em um posso confiar*”; **E(9)** “*São de confiança todos eles (...)*”; **E(11)** “*(...) Eu não quero largar o meu filho com eles, em último caso sim.*” Uma das entrevistadas afirmou que onde morava antigamente tinha vizinhos em quem podia confiar, mas actualmente como não conhece nenhum não confia neles: **E(14)** “*A estes não (...) os conheço, aos vizinhos dos meus pais eu nunca precisei, mas se precisasse eles tomavam conta da minha filha.*”

A maioria das entrevistadas afirmou que os vizinhos estão disponíveis caso necessitem. No entanto são menos as que declararam que confiam a guarda dos seus filhos a estas pessoas. Tudo leva a crer que as relações de vizinhança não são muito intensas, mas as estudadas acreditam que em algumas situações serão ajudadas por eles.

4.2.4- Instituições

Em 2001 foi realizado um estudo com 56 famílias multiproblemáticas portuguesas em que 43 mencionaram já ter contactado pelo menos com uma instituição e verificou-se que 31 ainda eram ajudados. Sete das famílias estudadas contactaram instituições mas nunca chegaram a ser apoiadas, 5 já foram apoiadas mas actualmente não são e 13 afirmaram que nunca recorreram a uma instituição (Sousa, 2005).

Gráfico 19- Já recorreu a alguma instituição

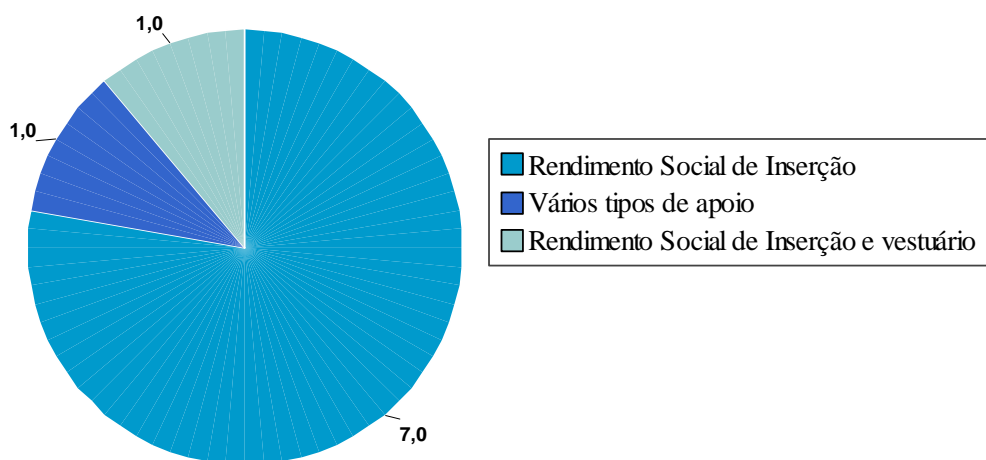


No nosso estudo, nove das entrevistadas afirmam que já tiveram necessidade de recorrer a uma instituição. São um pouco menos que as do estudo referido anteriormente, pois neste eram 76,8%, enquanto que no nosso estudo são 57%. É importante salientar que nem todas as pessoas que participaram no nosso estudo pertencem a famílias multiproblemáticas.

Oito das utentes que se dirigiram a instituições apenas contactaram com a Segurança Social: **E(1)** “(...) Agora sim fui à Segurança Social”; **E(2)** “Segurança Social já tentei.” Uma entrevistada contactou também outras instituições: **E(12)** “Foi à Herdade da Fé, Segurança Social e Socialis.” A Segurança Social é considerada um serviço público que promove a melhoria das condições de vida da população portuguesa (Direcção-Geral da Segurança Social, 2007).

Cinco utentes afirmaram que nunca recorreram a uma instituição: **E(4)** “Não (...) é a primeira vez que preciso mesmo porque recorria sempre à família.”; **E(11)** “(...) Nunca precisei, tenho família que tem problemas, mas aí a gente junta para não chegar às instituições.” Das cinco entrevistadas referiram que nunca recorreram a instituições, duas pretendem ir à Segurança Social para pedir o Rendimento Social de Inserção: **E(5)** “Não, ainda não pedi o rendimento mínimo vou tratar disso (...).”; **E(14)** “Não, mas vou à Segurança Social vou pedir o (...) rendimento mínimo é rendimento social de inserção.”

Gráfico 20- Tipo de apoio solicitado



Das nove utentes que declararam que já recorreram a instituições sete pediram o Rendimento Social de Inserção: **E(1)** “*Pedi o R.S.I.*” **E(3)** “*(...) Pedi o rendimento mínimo.*”; **E(10)** “*(...) Meti os papéis para o rendimento mínimo (...)*”. O Rendimento Social de Inserção é uma prestação da Segurança Social que proporciona apoio económico adaptado à situação financeira de cada indivíduo (Lei nº 12/2003 de 21 de Maio).

Uma das pessoas que participou neste estudo solicitou o Rendimento Social de Inserção e também pediu apoio em vestuário: **E(13)** “*O rendimento mínimo e dão-me roupas (...)*.” Uma utente requereu vários tipos de apoio, Rendimento Social de Inserção, vestuário e comida. **E(12)** “*Na Segurança Social (...) ainda não me deram não (...) mas pedi o rendimento mínimo na Socialis foi roupa, que me deram na Herdade da fé foi comida.*”

Algumas das utentes já recebem o apoio que solicitaram, outras ainda estão à espera de resposta; há ainda aquelas que obtiveram uma resposta negativa. Duas das entrevistadas afirmaram que já receberam o R.S.I, mas actualmente já não recebem: **E(9)** “*Eu pedi o rendimento mínimo e foi-me dado, só que depois a minha filha começou a trabalhar. (...) Deixei de receber o rendimento mínimo (...) Tive que devolver o dinheiro se não foi todo foi quase todo. (...) Porque a minha filha começou a trabalhar, eu não cortei o rendimento mínimo, eles souberam e fizeram-me pagar.*”; **E (8)** “*Recebi o rendimento mínimo (...) estive a receber mas foi cortado. (...) Não sei porquê ainda não fui lá perguntar. (...) Mas vou tentar ter outra vez o rendimento mínimo*”

Uma entrevistada ainda não recebeu o Rendimento Social de Inserção, mas é apoiada em bens alimentares: **E(12)** “*(...) Ainda não me deram (...) mas pedi o rendimento mínimo (...)* Agora é da Herdade da Fé, às vezes (...) eu vou buscar comida.” A **E(13)** recebe o Rendimento Social de Inserção e vestuário **E(13)** “*O rendimento mínimo e dão-me roupas (...)*”

Quatro das utentes ainda estão à espera de uma resposta: **E(1)** “*(...) Do R.S.I ainda não tive resposta.*”; **E(3)** “*Ainda não recebo, faltava um papel (...)*”; **E(6)** “*(...) já pedi o rendimento mínimo, mas ainda não sei se receberei (...)*”; **E(10)** “*(...) Ainda não, só pedi há 15 dias.*” Uma das entrevistadas afirmou não ter sido beneficiada com o apoio que solicitou: **E(2)** “*Eu pedi um apoio(...) eu pago bastante de renda , de água, de luz é complicado, mas não consegui nada.*”

Foi pedido às mulheres que participaram neste estudo que enunciassem as razões pelas quais acham que devem ser ajudadas. Cinco das utentes acreditam que devem ser ajudadas porque têm problemas económicos. **E(3)** *“Porque tenho muitos problemas financeiros.”*; **E(7)** *“(…) Derivado à minha situação financeira, derivado à doença que o meu marido tem, eu acho que sim (…).”*; **E(10)** *“Neste momento acho que sim por estar nesta situação tirando isso uma pessoa tente desenrascar-se, arranjar trabalho.”*

Uma das utentes mencionou que futuramente pode vir a necessitar de apoio económico. **E(11)** *“Tenho muito medo de estar aqui sozinha e de chegar no fim, o dinheiro acabar todo (…)* também não sei porque têm que resolver o que vão fazer ao meu marido. Se ele vai para o Brasil, se vai ficar aqui (…) se ele for também vou. Aí eu tenho a minha família, se ficar e se ele trabalhar não vou precisar.”

Três entrevistadas afirmaram que para além de terem problemas económicos também acreditam que devem ser ajudadas porque há outras pessoas que recebem algum tipo de apoio: **E(1)** *“Eu acho que devia ser ajudada pela situação que estou e pelas despesas que tenho.(…) Acho um bocado injusto, as outras pessoas terem direito e as vezes trabalham os dois eu é que devia ter direito e não tenho.”*; **E(13)** *“Porque sem este apoio não me podia sustentar. Acho que aquilo que eles me estão a dar já é uma boa ajuda, não é o suficiente, mas não posso estar a pedir mais, mas eles também dão muito àqueles que não precisam.”*; **E(14)** *“(…) Há muitos que recebem e não precisam. Eu preciso bastante (…)* o salário do meu marido é pouco tenho muitas despesas (…) e agora duas crianças é muito difícil.”

Duas utentes mencionaram apenas o facto de outras pessoas serem ajudadas: **E(2)** *“Eu acho que deveria receber mais apoio porque há mais pessoas que estão a receber e não precisam tanto.”*; **E(8)** *“(…) eu acho que deveria receber uma ajuda, uma vez que estão a ajudar as pessoas, eu devia ter uma ajuda da Segurança Social.”*

Uma das mulheres que participou neste estudo põe a hipótese de futuramente não ter possibilidade de alimentar os seus filhos: **E(4)** *“(…) Não sei como vai ser o futuro. Tenho medo de não conseguir alimentar o meu filho (…). Tenho muito medo de não dar ao meu filho aquilo que os meus pais me deram.”* Uma das utentes faz referência aos bens materiais que necessitará quando o bebé nascer: **E(6)** *“(…) Acho que me sinto mais necessitada se o meu*

Redes sociais de apoio à maternidade em situações problemáticas

filho ou minha filha que vier agora, se eu não tiver peito (...) para me ajudar ao menos em algumas latas de leite para o bebê e assim umas roupinhas e um carrinho, agradeciam imenso.

Muitas entrevistadas necessitaram de recorrer a instituições quase todas foram a Segurança Social e solicitaram o R.S.I. Aquando da realização das entrevistas eram poucas que beneficiavam deste apoio. Algumas já tinham deixado de ser apoiadas, outras ainda esperam resposta e havia ainda aquelas que tinham recebido uma resposta negativa.

Reflexões finais

A maternidade é considerada um projecto a longo prazo que envolve a prestação de cuidados e a dádiva de amor fazendo com que a criança se desenvolva saudavelmente (Leal, 2002). A verdade é que nem sempre é assim e por vezes as mães têm que se confrontar com vários tipos de problemas. Neste trabalho procuramos saber quais são esses problemas, como elas os resolvem e a quem recorrem.

Importa mencionar que todos os objectivos anteriormente referidos foram alcançados. No que se refere ao primeiro objectivo constatou-se que toda a amostra tem conhecimento dos meios contraceptivos e o mais usado é a pílula. No entanto estes não são sempre utilizados. A maioria das gravidezes não foram planeadas, mas acabaram por ser desejadas. Apesar de não planearem a gravidez, a maior parte das entrevistadas afirmaram não ter feito nada para evitar pois quando engravidaram não estavam a usar métodos anticoncepcionais.

No que respeita ao segundo objectivo, problemáticas sociais mais comuns, verificou-se que todas as entrevistadas possuem problemas económicos e doze estão em risco de pobreza. Muitas são domésticas, outras estão desempregadas e as poucas que exercem uma profissão possuem um salário bastante baixo. Há algumas que para além de se confrontarem com problemas financeiros também enfrentam outro tipo de problemas sociais, HIV, toxicoddependência, alcoolismo, imigração ilegal e violência doméstica.

Os problemas económicos podem ser agravados com o nascimento de um filho, uma vez que a família terá que suportar um conjunto de despesas inerentes a este novo membro. A violência doméstica, a toxicoddependência e o alcoolismo são problemáticas que se podem agravar com o nascimento de um filho.

Quanto ao terceiro objectivo verifica-se que para as entrevistadas o apoio da família é muito importante. São muito poucas as que afirmaram que esta nunca as ajudou. As estudadas referenciaram vários momentos em que recorreram à família, sendo que se destacaram dois que podem ser considerados de extrema relevância na vida do ser humano, que são o nascimento dos filhos e a morte dos pais.

O tipo de apoio prestado pela família foi maioritariamente económico e afectivo, apesar de algumas apenas terem mencionado um deles, a maioria referiu os dois. São também os parentes que ajudam a cuidar dos filhos e aqui destaca-se o papel das mães das entrevistadas. São poucas as estudadas que referem que um familiar já lhe negou um pedido de ajuda; são ainda menos os que afirmaram que nunca recorreram à família.

No que se refere ao **terceiro** objectivo, verificou-se que o papel dos amigos na rede social não é tão importante como o da família, são mais as entrevistadas que nunca foram ajudadas pelos amigos, do que as que não foram apoiadas pela família. No entanto as utentes que referiram que a famílias nunca as ajudava são apoiadas pelos amigos. Dos momentos em que recorreram aos amigos destaca-se a gravidez e o nascimento dos filhos. O tipo de apoio recebido foi na maior parte dos casos emocional e económico, embora algumas apenas tenham referenciado apenas um deles, há também aqueles que mencionaram o apoio instrumental.

São poucas as utentes que afirmaram que não realizam actividades com os amigos. A maioria referiu diversas actividades: fazer piqueniques, ir a cafés, frequentar a casa dos amigos e os amigos frequentarem a casa deles, passear, ir ao shopping e frequentar discotecas. A maior parte das utentes não tem muitos amigos, porém encontra-se com eles com alguma frequência. A maioria possui um amigo mais íntimo e são também muitos os que possuem amigos que não são seus familiares.

Quanto ao **quarto** objectivo, constata-se que as relações com os vizinhos são praticamente inexistentes. A maioria acredita que caso necessite de ajuda eles estarão disponíveis. No entanto mais de metade da amostra afirmou que não confia os seus filhos aos cuidados dos vizinhos. Os conflitos são praticamente inexistentes e algumas referiram que isto acontece devido ao facto de pouco se relacionarem com eles.

No que respeita ao último objectivo, verificou-se que a maior parte das estudadas já teve que recorrer a uma instituição. A maioria pediu o R.S.I., algumas já recebem e outras ainda não. Apenas uma entrevistada recorreu a outras instituições para além da Segurança Social.. Também são poucas as que solicitaram outros tipos de apoio, nomeadamente vestuário e alimentação.

Foi pedido às utentes que enunciassem as razões porque acham que devem ser ajudadas. Algumas sentem-se injustiçadas porque acham que outras pessoas com problemas semelhantes aos delas são ajudadas e elas não. Outras mencionam os problemas financeiros com que têm de se confrontar.

Verificou-se que na maioria dos casos o apoio prestado pela família é fulcral, o dos amigos é menos importante e o dos vizinhos é quase nulo. Na rede social de muitas das inquiridas o apoio formal também ocupa um papel relevante, pois algumas já necessitaram de recorrer à Segurança Social.

Tornou-se pertinente perceber qual era o papel do progenitor. Constatou-se que algumas não têm uma percepção exacta do apoio que este irá prestar, pois é o primeiro filho que têm com este progenitor, no entanto quase todas acreditam que vão ser ajudadas.

Foi também colocada uma questão acerca do aborto. Algumas afirmaram que pensaram em interromper a gravidez. Focaram várias razões para não o terem feito. Estas tinham a ver maioritariamente com questões éticas e com questões financeiras. Nunca é demais salientar que estas mulheres não tiveram a oportunidade de realizar a interrupção voluntária da gravidez de uma forma legal.

Em futuros estudos é pertinente abordar o tema do aborto. Até há bem pouco tempo este não era legal, logo não havia a possibilidade de saber quantas mulheres tomavam essa opção. Hoje em dia, apesar de suspeitarmos que muitas mulheres ainda recorrem as clínicas ilegais devido ao facto de já estarem grávidas de mais de 10 semanas, já se tem um número mais exacto das grávidas que tomam esta decisão. Mas mais importante do que saber quantas mulheres abortam, é saber quais foram as razões que as levam a interromper a gravidez. Saber se esta decisão está relacionada com o facto de elas não terem uma rede social capaz de lhe prestar o apoio que elas necessitam.

Bibliografia

Alberoni, F. (2001). *A Amizade*. 19ª Edição, Venda Nova, Bertrand Editora.

Almeida, A. (1985). Trabalho feminino e estratégias familiares. *Análise Social*, 21, pp. 7-44.

Almeida, J. (s/d). *O desenvolvimento de crianças em risco*. Porto, Universidade do Porto

Alarcão, A. (2003). Do uso ao abuso do álcool: fragmentos de vidas familiares. *in*: Clímaco, M. & Ramos, L.(Ed). *Álcool, tabaco e jogos do lazer aos consumos de risco*. Coimbra, Quarteto, pp. 169- 182.

Aboim, S. (2005). Um primeiro retracto das famílias em Portugal. *In*: Wall, K. (Ed.). *Famílias em Portugal*. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 51-81.

APAV (2002). *Manual Alcipe. Para o atendimento de mulheres vítimas de violência*. Lisboa, APAV.

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (1999). *Projecto Títono-Pessoas Idosas Vítimas de Crime*. Lisboa, APAV

Azevedo, S. (2002). Relações de vizinhança *In*: Maia, R. (Ed.). *Dicionário de Sociologia*. Porto, Porto Editora.

Baar, A. (1995). A Toxicodependência e o comportamento do bebé. *In*: Gomes, J. *Bebé XXI criança e família na viragem do século*. Lisboa, Fundação Calouste de Gulbenkian, pp. 297-308.

Badinter, E. (1980). *O amor incerto*. Lisboa, Relógio d'água.

Baganha, M. et al. (1999). Os imigrantes e o mercado de trabalho: o caso português, *Análise Social*, 34(150/Outono), pp. 147-173.

- Barron, A. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Madrid, Espanã Editores.
- Biscaia, J.(1991).Da Vinculação á ternura. *In: Unidade de Intervenção Precoce da Maternidade Bissaya Barreto (Ed.) I Encontro com a ternura o amor e o abandono*. Fundação Bissaya Barreto, pp. 21-25.
- Breda, J. (2003). Álcool e saúde- Implicações para a saúde pública. *in: Clímaco, M. & Ramos, L.(Ed). Álcool, tabaco e jogos do lazer aos consumos de risco*. Coimbra, Quarteto, pp. 75- 81.
- Cabral, A. (2002). Família. *In: Maia, R. (Ed.). Dicionário de Sociologia*. Porto, Porto Editora, pp. 161-162.
- Campbell, et al. (1992). Correlates of battering during pregnancy. *Research in Nursing and Health* 15(3), pp. 219-226.
- Canavarro, C. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade, psicologia e desenvolvimento*. Coimbra, Quarteto.
- Canço, D. & Castro, I. (2001). *Situação das Mulheres*. Lisboa, CIDM.
- Carneiro, R. (2005). *Reunificação familiar e imigração em Portugal*. Lisboa, Alto-comissariado para a imigração e minorias étnicas.
- Carvalho, A. (2003). Bebidas alcoólicas – problema de saúde pública. *in: Clímaco, M. & Ramos, L.(Ed). Álcool, tabaco e jogos do lazer aos consumos de risco*. Coimbra, Quarteto, pp. 137- 167.
- Chor, D. (2001). Medidas de rede e apoio social no estudo Pró-Saúde: pré testes e estudo piloto. *Caderno de Saúde Pública*, 17(8) pp. 887-896.

Clasen, L. & Mcwirter, A. (Ed). (1997). *Alimentos bons, alimentos perigosos*. Lisboa, Selecções do Reader's Digest

Correia, M. (2005). Gravidez e maternidade em grupos de risco. *In: Leal, I. (Ed). Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa, Fim de século, pp. 49-59.

Costa, J. & Melo, A. (1998). *Dicionário da língua portuguesa*. Porto, Porto Editora.

Cunha, V. (2005). A fecundidade das famílias. *In: Wall, K. (Ed.). Famílias em Portugal*. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 395- 456.

Cunha, V. (2007). *O lugar dos filhos, ideais práticas e significados*. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.

Curry, M.(1998). Effects of abuse on maternal complications and birth weight in adult and adolescent women, *Obstetrics and Gynecology*, 92(4), pp.530-534.

Diário da República (2003). 3866 *Diário da República— I Série -B N.o 154*.

Dias, F. (2002). *Sociologia da toxicoddependência*. Lisboa, Instituto Piaget.

Direcção-Geral da Saúde (2001). *Saúde reprodutiva planeamento familiar*. Lisboa, Direcção-Geral de Saúde.

Direcção-Geral de Segurança Social [Em linha disponível em] www.portaldocidadao.pt [Consultado em 12/12/2007].

Duarte, A. (1998). Vivências de desemprego e transformação nos modos de vida dos mineiros. *Sociologia*, 8, pp 247- 317.

Ferreira, P. & Lourenço, O. (2003). Consumo de Álcool em Portugal – Que informação disponível. *in*: Clímaco, M. & Ramos, L.(Ed). *Álcool, tabaco e jogos do lazer aos consumos de risco*. Coimbra, Quarteto, pp. 117- 127.

Figes, K. (2001). *A mulher e a maternidade*. Lisboa, Editorial Presença.

Fleming, M. (2001). *Família e Toxicodependência*. 3ª Edição, Porto, Edições Afrontamento.

Galvão, P. (2005). *A ética do aborto, perspectivas e argumentos*. Lisboa, Dinalivro.

Garrett, G. (1989). Parto e Maternidade: Seus efeitos nas mulheres. *Nursing*, 12, pp. 39-41.

George, P. (1977). *As Migrações Internacionais*. Lisboa, Publicações Dom Quixote.

Gonçalves, A. (1988). Bairros urbanos como lugares de práticas sociais. *Revista da faculdade de letras – Geografia*, 4, pp. 15-32.

Goody, J. (1995). *Família e o casamento na Europa*. Oeiras, Celta Editora.

Gilberto, A. (2006). *Estudo de caso*. São Paulo, Atlas.

Grafmeyer, Y. (1994) *Sociologia urbana*. Mem Martins, Publicações Europa-América.

Guédon, M. (1984) Les reseaux sociaux. *In*: Bordeaux, C. & Rosseau, R (Ed) *l'intervention du reseaux – une pratique nouvelle*. Montreal, Editions France- Amerique.

Guiddens, A. (1982).*Sociologia*. Londres, Zahar Editores.

Haaf, G. (1979). *A nova história de Adão e Eva*. Hamburgo, Circulo de leitores.

Hébert, M. (s/d). *Pesquisa em educação*. Lisboa, Instituto Piaget.

Hespana, P. & Carapineiro, G. (2002). *Risco Social e Incerteza*. Porto, Edições Afrontamento.

Hespana, P. et al. (s/d). *Entre o Estado e o Mercado as fragilidades das instituições de protecção social em Portugal*. Coimbra, Quarteto.

Horton, B. & Hunt, C. (1981). *Sociologia*. São Paulo, McGraw-Hill.

INE (2008). *Rendimento e Condições de Vida*. Lisboa, Instituto Nacional de Estatística

Jackson, A. (1991). *Migrações*. Lisboa, Escher.

Jongenelen, I.(2003) *Vinculação em mães adolescentes e seus bebês: da matriz relaciona á matriz contextual*. Braga, Universidade do Minho Instituto de Educação e Psicologia.

Keith, H. et al. (1984). *Enciclopédia médica ilustrada para a saúde da família*. Lisboa, Selecções do Reader's Digest

Lacroix, J. (1990). *L'individu, sa famille et son réseau: Les therapies familiales systematiques*. Paris, ESF.

Lalanda, P. (2005). Transições familiares e identidades das mulheres. In: Wall, C. (Ed.). *Famílias em Portugal*. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 363-391.

Langer, M. (1983). *Maternidad y Sexo*. Barcelona, Editorial Paidós.

Leal, I. (2005). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa, Fim de Século

Lusa, E. (2007). Filhos de imigrantes nascem com mais problemas de saúde. *Jornal de Notícias*. Porto, Jornal de Notícias

Maia, R. (2002). Redes Sociais. In: Maia, R. (Ed.). *Dicionário de Sociologia*. Porto, Porto Editora, p. 312.

Marconi, M. & Lakatos, E (1990). *Técnicas de pesquisa*. 2ª Edição, São Paulo, Editora Atlas.

Martins, R. (2005). A relevância do apoio social na velhice, *Millenium*, 31(5), pp. 128-134.

Marreiros, G. (2002) *Gravidez e Maternidade*. Caminho, Lisboa.

Matoso, P. et al. (2001). *Estudo da transmissão vertical do vírus da imunodeficiência Humana (VIH) no período de 1991 a 2001*. Lisboa, Faculdade de Farmácia.

Mela, A. (1999). *A sociologia das cidades*. Lisboa, Editorial Estampa.

Mello, M. et al. (2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.

Mendes, L. (2002). *Ligação materno-fetal contributos para o estudo de factores associados ao seu desenvolvimento*. Coleção Saúde e Sociedade nº 15. Coimbra, Quarteto.

Mota, L & Viana, M. (1996). *Bio vida*. Porto, Porto Editora.

Monteiro, R. (2005). *O que dizem as mães*. Coimbra, Quarteto.

Modin, N. (2005). Saúde sexual e reprodutiva características e conceitos. In: Leal, I. (Ed). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa, Fim de século, pp. 95-125.

Neves, J. (2007). *Aborto – Uma Abordagem Serena*. Estoril, Principia.

Nodin, N. (2005). Intervenção em saúde sexual e reprodutiva in: Leal, I. (Ed). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa, Fim de século, pp. 127-150.

Polanah, L. (1993). Mexerico e mal dizer no meio rural, *Revista de Guimarães*, 103, pp. 111-128.

Pinheiro, C. et al. (2004). *Diciopédia o poder do conhecimento*. Porto, Porto editora.

Portelinha, C. (2003). *Sexualidade durante a gravidez*. Coimbra, Quarteto.

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2003) *Manual de investigação em ciências sociais*. 3ª Edição, Lisboa, gradiva.

Ramos, S. (2003). A Imigração: Alguns Aspectos Legais da Problemática. In: Cabral, A. (Ed.) *Imigração Marroquina*. Porto, Universidade Fernando Pessoa, pp. 19-34.

Rocha-Trindade, B.(1995). *Sociologia das migrações*. Lisboa, Universidade Aberta.

Relvas, A. & Vaz, C. (2005). Monoparentalidade: Uma família à parte ou parte de uma família? in: Alarcão, M & Relvas, A (Ed). *Novas forma de família*. 2ª edição (Ed). Coimbra, Quarteto, pp. 245- 298.

Relvas, A. & Lourenço, M. (2001). Uma Abordagem Familiar da Gravidez e da Maternidade _ Prespectiva Sistémica. In: Canavarro, M. (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade, Psicologia e desenvolvimento*. Coimbra, Quarteto, pp. 105-132.

Rodrigues, E. et al. (1999). A Pobreza e a Exclusão Social: Teorias, Conceitos e Políticas Sociais em Portugal. *Sociologia*, 9, pp. 63-101.

Schwarz, S. (2005). O Direito da Mulher a Controlar o seu Corpo. In: Galvão, P (Ed.). *A ética do aborto, perspectivas e argumentos*. Lisboa, Dinalivro, pp. 51-68.

Segalen, M. (1996). *Sociologia da família*. Paris, Terramar.

Silva, L. (2001). *Acção social na área da família*. Lisboa, Universidade Aberta.

Silva, V. (1999). Painel conceitos e medidas: de uma abordagem plural a problemas comuns. In: Costa, A. et al. *Pobreza e exclusão social percurso e perspectivas da investigação em Portugal*. Lisboa, centro de estudos para a intervenção social, pp. 33- 35.

Sluzki, G. (1996). *La red social: frontera de la practica sistemática*. Barcelona, Gedisa editorial.

Sousa, L. (2005). *Famílias multiproblemáticas*. Coimbra, Quarteto.

Spiegel, D. (1997). Apoio social: como os amigos, a família e os grupos podem ajudar. In: Goleman, D. e Gurin, J. *Equilíbrio mente e corpo: como usar a sua mente para uma saúde melhor*. Rio de Janeiro, Editora Campus, pp. 283-298

Stern, D. et. al (2000). *O nascimento de uma mãe, como a experiência da maternidade transforma a mulher*. Porto, Âmbar.

Thomson, J. (2005). Uma defesa do aborto. In: Galvão, P. (Ed.) *A ética do aborto, perspectivas e argumentos*. Lisboa, Dinalivro, pp. 25-49.

Trost, J. (1995). Processo de formação da família. In: Gomes, J. *Bebé XXI criança e família na viragem do século*. Lisboa, Fundação Calouste de Gulbenkian, pp. 55- 67.

Vasconcelos, P. (2005). Redes sociais de apoio. In: Wall, C. (Ed.). *Famílias em Portugal*. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 599-631.

Vaux, A. (1988). *Social support, teory, research, and intervention*. New York. Pager Publishers.

Wall, K. (2005). Os grupos domésticos de co-residência. In: Wall, C. (Ed.). *Famílias em Portugal*. Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 553- 597.

Legislação:

Decreto-Lei n.º 119/83 de 25 de Fevereiro

Decreto-lei nº 48/95, de 15 de Março

Decreto-lei nº176/2003 de 2 de Agosto

Decreto-Lei nº 308-A/2007 de 5 de Setembro

Lei nº 32/2002 de 20 de Dezembro

Lei nº 16/2007 de 17 de Abril

Lei nº 12/2003 de 21 de Maio

Anexos