

Um olhar sobre a Saúde Reprodutiva em Portugal: O passado, o presente, que futuro?

Maria de Fátima da Silva Vieira Martins

Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica,
Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem Callouste Gulbenkian de Braga
Mestranda em Sociologia – área de especialização em Saúde na Universidade do Minho
e.mail: fatimavmartins@sapo.pt

INTRODUÇÃO

A Saúde Reprodutiva é uma das áreas de cuidados de saúde consideradas prioritárias no quadro das Estratégias de Saúde aprovadas pelos mais diversos governos do nosso país e que integra os cuidados pré-concepcionais, pré-natais e de planeamento familiar, bem como o direito à orientação sexual conforme, aliás, se pode constatar da Carta dos Direitos Reprodutivos. De igual modo, as transformações verificadas na evolução social da saúde e a participação no processo de desenvolvimento, constituem hoje, contributos importantes para a concepção e prática da qualidade na saúde. Sendo considerada actualmente como uma componente fundamental do desenvolvimento social e económico e um factor imprescindível ao bem-estar do ser humano, a Qualidade em Saúde assume-se como uma meta a atingir.

A expressão “Saúde Reprodutiva” foi adoptada em 1994 pela Conferência Internacional sobre a População e Desenvolvimento (C.I.P.D.) que teve lugar no Cairo, sendo entendida como *um estado de bem-estar físico, psíquico e social e não apenas a mera ausência de doença ou enfermidade, em tudo o que diz respeito ao sistema reprodutivo bem como às suas funções e processos. Implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e que tenham a capacidade de se reproduzirem, bem como a*

liberdade de decidir se, quando e com que frequência o fazem. Esta última condição implica o direito a homens e mulheres a terem acesso a métodos de planeamento familiar da sua escolha (...) (DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2001).

Podemos vislumbrar da própria definição, que este conceito não é apenas um conceito médico ou biológico, mas inclui nele aspectos sociais e culturais. Assim, o sistema de saúde é confrontado, por um lado, com a saúde como um bem social em que há uma evidente exigência de cuidados de saúde de qualidade e, por outro, como meio de garantir a todos os cidadãos a equidade e a continuidade dos cuidados.

1. A VIGILÂNCIA DE SAÚDE PRÉ-NATAL E O PLANEAMENTO FAMILIAR EM PORTUGAL

A Saúde e a Doença são produtos da inter-relação entre as características individuais e o ambiente social em que as pessoas vivem. As funções das mulheres, como provedoras e cuidadoras do bem-estar familiar, “mãe e esposa”, converte-as em agentes de saúde. O seu papel dentro da família é de importância capital para a sobrevivência de cada um dos membros tendo em conta o mundo social, político e económico em que estão envolvidos.

Em Portugal, a mulher é tradicionalmente o elemento de referência na Educação para a Saúde de uma população e também a principal cuidadora das crianças, dos jovens e dos idosos, estabelecendo com facilidade redes de solidariedade feminina, fundamentais para a divulgação de mensagens, troca de experiências e partilha de saberes. Graças à longevidade feminina, podemos encontrar na mesma família três ou quatro gerações de mulheres, o que, por si só, facilita e promove essa troca de saberes.

Através destas características, podemos comprovar que as mulheres são um grupo extraordinariamente importante, não só na promoção da sua própria saúde como, sobretudo, na promoção da saúde dos seus familiares. Contudo, a mesma mulher pode ser considerada também como um veículo de propagação dos mitos e das crenças tanto dentro da família como fora dela.

Hoje em dia e tendo em conta que as necessidades da mulher são vastas e muitas das vezes ultrapassam as que se referem ao seu papel de mulher e mãe, questionamo-nos se ainda se justifica dar prioridade à saúde materna e ao planeamento familiar? As Estatísticas Demográficas e as Estatísticas de Saúde publicadas anualmente pelo Instituto Nacional de Estatística (I.N.E.), têm vindo a comprovar uma queda acentuada das Taxas de Mortalidade Materna, Perinatal e Infantil nos últimos anos. Se a melhoria dos indicadores está indiscutivelmente ligada à melhoria das condições sócio-económicas da

população e ao novo estatuto da mulher na sociedade, é também reflexo de um grande investimento em programas de saúde específicos, visando aumentar a qualidade dos cuidados prestados durante a gravidez, o parto e o puerpério e na implementação de actividades de planeamento familiar, o que naturalmente se traduz numa melhoria da qualidade da saúde da mulher enquanto mãe.

No seguimento desta linha de pensamento, a mudança do contexto histórico social ao longo do século passado, influenciou claramente a saúde reprodutiva. O controlo da mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida, provocaram um aumento da população o que incentivou os governos a elaborar políticas de saúde com o objectivo de apoiarem as consultas de planeamento familiar. O grande desenvolvimento dos métodos contraceptivos concedeu a possibilidade de diminuir a taxa de gravidezes indesejadas como apelo a uma maternidade/paternidade responsável.

Em Portugal, o despertar para questões de Planeamento Familiar e da Sexualidade, tem evoluído muito lentamente. Todavia, o Planeamento Familiar conduziu ao aperfeiçoamento dum quadro de efectivação da igualdade das mulheres, em relação ao seu processo de individualização, permitindo-lhes uma maior autonomia, em consequência da sua independência económica associada a um cada vez maior nível de educação.

Uma pequena resenha histórica permite-nos concluir que a década de setenta, do século passado, foi extraordinariamente importante na evolução do Planeamento Familiar. A publicação da Lei n.º 413/71 permitiu a criação dos Centros de Saúde. Os primeiros dispositivos intra-uterinos apareceram no mercado. Com o desenrolar do 25 de Abril de 1974 e após o Despacho em 16 de Março de 1976 do então Secretário de Estado, Dr. Albino Aroso, as actividades de Planeamento Familiar ampliaram-se nos Centros de Saúde no âmbito da valência de Saúde Materna-Infantil, o que permitiu uma resposta efectiva às necessidades populacionais.

Na sequência desta nova filosofia de planeamento, a própria Constituição da República Portuguesa de 1976, incluiu no seu projecto o direito ao Planeamento Familiar. O seu artigo 67º consagra o Direito à Paternidade Consciente, o dever do Estado em divulgar as actividades de Planeamento Familiar e organizar as estruturas jurídicas e técnicas para promover a Paternidade Consciente, bem como a divulgação dos métodos de Planeamento Familiar. Porém, o processo foi bastante lento e só nos finais desta década foi possível, em quase todos os Centros de Saúde, instaurar as consultas de Planeamento Familiar e o fornecimento gratuito pela Direcção-Geral da Saúde de contraceptivos,

financiados pela Organização Mundial de Saúde (O.M.S.). Estas consultas não eram recomendadas ao jovens com menos de 18 anos, sem autorização expressa dos pais.

A publicação das Leis nº 3/84 de 24 de Março (Educação Sexual e Planeamento Familiar), 4/84, de 5 de Abril (Protecção da Maternidade e Paternidade) e 6/84, de 11 de Maio (Exclusão da Ilicitude em alguns casos de Interrupção Voluntária de Gravidez), permitiram dar um salto qualitativo no crescimento do Planeamento Familiar. Estas Leis garantem, entre outros, o desenvolvimento das consultas de Planeamento Familiar, o acesso dos jovens a estas consultas, a criação de Centros de Atendimento para Jovens, a obrigatoriedade da Educação Sexual nas Escolas e a correspondente formação dos professores, a melhoria das condições de protecção à maternidade/paternidade e a legalização da Interrupção Voluntária da Gravidez nos casos de perigo para a saúde física e psíquica da mãe, grave deformação do feto ou violação. Contudo, os jovens continuaram a estar pouco informados, ignorando a existência destas consultas. Da mesma forma, muitas das vezes, os Centros de Saúde não cobriam as necessidades da população por falta de meios associados a métodos contraceptivos.

O final da década de noventa, inegavelmente na sequência do importante debate surgido com o referendo sobre o aborto, por sinal também o primeiro referendo nacional, que ocorreu a 28 de Junho de 1998, afigurou-se como um reforço dos documentos jurídicos aprovados na década anterior (REMOALDO, P.C., 2001:143).

É de salientar que o ano de 1998 foi, de facto, um ano importante para Portugal em termos de legislação relativa à Saúde Reprodutiva e Educação Sexual, que veio a ser considerada, pelo Despacho nº 12782/98 do Ministério da Saúde, uma das áreas prioritárias no quadro das Estratégias de Saúde para o período de 1998 a 2002. Este despacho veio reforçar a importância das actividades no âmbito do Planeamento Familiar estabelecendo a criação de uma equipa multiprofissional que desempenha funções específicas nesta área.

Embora exista, por parte dos serviços de saúde, uma vontade expressa de assegurar uma maior acessibilidade às consultas de Planeamento Familiar, conforme publicação da Carta dos Direitos Reprodutivos (concretizada em 1999), não podemos, no entanto, esquecer que as assimetrias económicas e regionais de nível educativo, condicionaram o acesso às consultas de Planeamento Familiar tendo ainda sentido alguma dificuldade na definição de metodologias para a divulgação e implementação de programas nesta área.

Durante a gravidez, a mulher vai necessitar de recorrer várias vezes aos serviços de saúde para uma vigilância e acompanhamento adequado durante as quarenta semanas de

gestação. Este período, embora natural, requer cuidados especiais tendo em vista o desenvolvimento adequado da gravidez, um parto sem complicações e o nascimento de uma criança sem problemas de saúde. Este período é, por isso, uma época de preparação física e psicológica para a gravidez, para o parto e para a maternidade, podendo mesmo, ser considerado um período de intensa aprendizagem porque a mulher/mãe está ávida de saber.

O acompanhamento da grávida é feito geralmente nos Centros de Saúde no âmbito das consultas de vigilância pré-natal, salvo raras exceções, como, por exemplo, no caso de uma gravidez de risco, em que este acompanhamento é realizado nos hospitais ou nas maternidades. Sendo assim, os Cuidados de Saúde Primários devem organizar serviços e programas específicos, orientados para a promoção da saúde da mulher, tais como, o aconselhamento, a informação, e a Educação para a Saúde, onde os profissionais de saúde têm um papel preponderante a desempenhar no âmbito dessas consultas.

Com o nascimento de uma criança, a mulher e a sua família irá necessitar de uma maior atenção e informação. Mas, a quem caberá a função de ensinar ou esclarecer a mulher e a sua família?

Já em 1978 na Conferência Internacional de Alma-Ata foi considerado que os Cuidados de Saúde Primários constituíam a chave para atingir a meta da Saúde para Todos, aludindo: *os Cuidados de Saúde Primários consistem na prestação de assistência de saúde essencial, baseada em métodos e técnicas práticas, apropriadas sob o ponto de vista científico e aceitáveis socialmente, postas ao alcance de todos os indivíduos e famílias das comunidades com a sua inteira participação,(...), em todas as fases de desenvolvimento, num espírito de auto-responsabilidade e auto-determinação.* Também a Carta de Ottawa aconselha a promoção da saúde porque esta apoia o desenvolvimento pessoal e social enquanto adequa a informação e a Educação para a Saúde e anima as atitudes indispensáveis à vida (O.M.S., 1986).

Os fenómenos que envolvem o processo de gravidez, parto e pós-parto, bem como os cuidados quer em situações fisiológicas quer quando ocorrem alterações em todo este processo, assim como a prevenção e a promoção de hábitos e comportamentos adequados, constituem um corpo de conhecimentos necessários para o exercício de todos os intervenientes no processo de Cuidar.

A consulta pré-concepcional proporciona ao casal informações necessárias para decidir sobre o futuro reprodutivo e orienta-os sobre como evitar uma gestação indesejável. Destaca, da mesma forma, os comportamentos saudáveis e os de risco, promovendo o

bem-estar da mulher e do seu potencial feto. Assim, a atitude pré-concepcional aponta para a necessidade de uma vertente técnica, mas, essencialmente, de uma vertente educacional e relacional. Estabelece-se uma relação de confiança entre o profissional de saúde e a mulher, para que uma próxima gravidez seja encarada de forma satisfatória, sem receios que, que não raras vezes, são infundados.

As consultas pré-natais regulares, que devem ser iniciadas logo após a ausência da última menstruação, oferecem a oportunidade para assegurar a saúde da mãe e do seu bebé. A avaliação inicial abrange uma história de saúde completa, enfatizando a história da gestação actual, das gestações anteriores, da família, uma avaliação do perfil psicossocial, a realização do exame físico, dos testes de diagnóstico e, finalmente, a investigação e avaliação dos riscos potenciais. A vigilância pré-natal faz-se através das consultas periódicas. Segundo a Direcção-Geral da Saúde, estas consultas são marcadas mensalmente até à trigésima sexta semana de gravidez, quinzenalmente até à quadragésima semana e, por fim, semanalmente se a gravidez for até à quadragésima segunda semana. Mas, devido a condicionalismos dos Centros de Saúde, estas consultas podem ser marcadas em esquema reduzido, num total de seis consultas.

Em cada uma destas consultas, a grávida é instigada a resumir os acontecimentos relevantes desde a última consulta e questionada sobre o seu bem-estar emocional e físico, sobre eventuais desconfortos ou problemas e sobre dúvidas que possa ter. Identificam-se e exploram-se também as necessidades pessoais e familiares.

2. CAMINHOS A EXPLORAR - COMO REALIZAR O CUIDAR

COLLIÈRE, M.F. (1981:27) confessa que *desde que surgiu a vida que existem cuidados, porque é preciso tomar conta da vida, para que ela possa permanecer*. Cuidar é, primeiro que tudo, o estabelecimento de uma relação humana em que devemos considerar o outro como diferente, atribuindo-lhe uma carga familiar, social e cultural, de forma a reconhecê-lo como um todo. Por essa razão, o enfermeiro, perante a mulher, deve realizar acções que possibilitem o seu desenvolvimento, ajudando-a a adaptar-se às mudanças temporárias da saúde, orientando-a e favorecendo cada uma das etapas do processo de resolução do problema, não tomando decisões por ela nem a substituindo. Tudo indica que a visão que o enfermeiro tem sobre a enfermagem é o factor principal para que aceite a Educação para a Saúde como sua função.

As crenças populares que muitas das mulheres possuem acerca da aventura que é a gravidez e o nascimento, podem dominar poderosamente a grávida e a sua família

regulando, por vezes, comportamentos e atitudes negativas que podem interferir na vivência da sua gravidez. Promover a saúde no período pré-concepcional e pré-natal é uma forma de contribuir para o sucesso da gravidez, uma vez que muitos factores que condicionam negativamente o futuro de uma gestação, podem ser detectados, modificados ou mesmo eliminados.

O papel do Enfermeiro e especialmente do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica, consiste em apresentar, mediante intervenções educativas, uma atenção de forma integral à grávida, potenciar os aspectos positivos e os hábitos de vida saudáveis, corrigir os aspectos erróneos relacionados com mitos e crenças, esclarecer as dúvidas que podem surgir e planear cuidados de saúde que garantam um bem-estar, quer à mãe quer ao filho, prevenindo precocemente qualquer alteração que possa ocorrer. As intervenções dos enfermeiros podem ser múltiplas, mas devem ser adaptadas a cada situação concreta.

A educação está situada no cerne do processo que permite ao indivíduo aceder à sua condição de pessoa, seja pela relação, com a relação e na relação com o outro, ou com os outros, mas também, com o mundo que o rodeia. Este conceito tem duas vertentes provenientes do latim: a palavra “educare” que significa “alimentar”, e “educere” que significa conduzir para fora. São palavras com significados diferentes mas, contudo, complementares.

É através das relações sociais, admitidas pelo acto educativo, que o indivíduo evolui, se encontra e se estrutura, o que constitui um verdadeiro ensino/aprendizagem. O enfermeiro desempenha um papel importante nesta relação, visto ser *o pedagogo* da saúde, despertando a atenção para a educação da grávida em sentido global. Entendendo a Educação para a Saúde como um meio de dar educação necessária para alterar uma série de hábitos e atitudes pouco saudáveis ou de contribuir para um melhor nível de saúde e bem-estar, parece-nos que este conceito não significa apenas dar informação, mas tem que visar, sobretudo, a co-responsabilidade das utentes nas tomadas de decisão. Esta deve proporcionar um conjunto de meios ou de instrumentos que permitam aos indivíduos encontrar a solução adequada à sua personalidade e cultura.

Devemos encarar a saúde da mulher, nesta fase de vida, no contexto da saúde familiar onde os factores biológicos, psicológicos, sociológicos, culturais e espirituais estão interligados. Esta abordagem multidisciplinar refere-se, não só a cada membro individualmente, bem como à unidade familiar como um todo. Não podemos olvidar que se a saúde da mulher afecta todo o funcionamento da família, por sua vez, o funcionamento familiar afecta a sua saúde individual (BOBAK, I., 1999). Uma vez que para muitas mulheres, o medo, a ansiedade e o pudor, tornam a consulta uma experiência

angustiante, estas devem ser tratadas com muita compreensão e apoio emocional. É também fundamental a colheita de alguns dados, uma vez que se pretende abordar a mulher de forma holística dentro do seu ambiente familiar.

Como profissional de saúde que desempenhou funções no âmbito da Saúde da Mulher, constatámos a necessidade de realizar uma completa avaliação psicossocial, identificando qualquer problema não relacionado com um problema físico. Esta avaliação envolve informações relativas ao número e aos papéis de cada membro da família e à rede de apoio social à mulher (determinar as pessoas que vivem com a mulher, identificar as ajudas nas tarefas domésticas e a quem recorre em caso de crise). Os principais sintomas devem ser descritos em relação à localização, à qualidade, à intensidade, à duração e à frequência, os factores que os agravam ou aliviam e de que forma estes sintomas interferem com a sua vida e com a sua dinâmica familiar.

Da mesma forma, o profissional de saúde deve reconhecer a vulnerabilidade da mulher, e não esquecer que, muitas delas, estão mal informadas, mal orientadas, sob influência de mitos ou de crenças e que temem parecer ignorantes se fizerem algum tipo de perguntas como, por exemplo, sobre a actividade sexual ou a capacidade reprodutora (MARTINS, M.F., 2003). Esta abordagem respeitosa e tranquilizadora pretende garantir a participação constante na procura dos cuidados de saúde.

Na nossa opinião, é importante que os profissionais de saúde tenham em conta os saberes da grávida, as suas crenças e os seus valores aquando da realização dos ensinamentos, desmistificando e descodificando esses mesmos saberes. Deste modo, concordamos com AMORIM, C. (2000) quando refere que *o bem-estar de um indivíduo ou grupo poderá ser prejudicado por uma tentativa de alterar crenças relativas à saúde que não se coadune com as forças culturais existentes, ou pela alteração de factores que, embora negativos, permitem a manutenção da estabilidade individual ou do grupo* (AMORIM, C., 2000:25)

Em síntese, podemos concluir que se durante a consulta se estabelecer entre a utente e o profissional de saúde uma boa relação de ajuda e, principalmente, uma boa relação interpessoal, estamos certos que haverá uma maior probabilidade de sucesso nesta vigilância de saúde, permitindo, desta forma, uma melhor qualidade de vida para estas mulheres dentro do seio familiar.

CONCLUSÃO

O paradigma da Saúde Reprodutiva é, ainda hoje, um objectivo de difícil ou impossível concretização para um grande número de portugueses, homens e mulheres, uma vez que, muitos deles, principalmente jovens, continuam a não usar qualquer tipo de contracepção aquando das relações sexuais o que, só por si, explica, não só o elevado número de casos de gravidez precoce mas, também, a elevada taxa de incidência anual da S.I.D.A., colocando Portugal com a mais elevada da Europa.

Nestes termos, os cuidados a prestar em Saúde Reprodutiva asseguram uma diversidade de actividades, sejam elas de prevenção ou de resolução de problemas detectados ao longo do ciclo de vida e que contribuem, directa ou indirectamente, para a saúde e para o bem-estar reprodutivo. Mostra-se, por isso, necessário promover um forte investimento em Saúde Reprodutiva, de modo a permitir que homens e mulheres, melhor informados, possam ter uma vida sexual mais segura e satisfatória. Sendo assim, os profissionais de saúde devem desenvolver uma prática de cuidados continuada e globalizante, respeitando e encorajando o direito das mulheres e das suas famílias de tomarem as suas decisões. Se conseguirmos que a mulher e a sua família aceitem as actividades com menor ansiedade, em harmonia com a natureza e que sintam um bem-estar físico e emocional superando as dificuldades que enfrentam, então, sentiremos a recompensa do nosso esforço.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA (2001), *Saúde sexual e reprodutiva no contexto de desenvolvimento*, Sintra, Alfaprint, Lda.

BOBAK, Irene *et al* (2002), *O cuidado em Enfermagem Materna*, Porto Alegre, Artmed Editora.

COLLIÈRE, Marie Françoise (2003), *Cuidar...A primeira arte da vida*, Loures, Lusociência.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (1998), *Saúde Reprodutiva, Planeamento familiar*, Orientações técnicas, nº 9.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE (1999), *a Saúde da Mulher*, Lisboa.

GREENE, W. H., *et al.* (1984), *Educacion para la Salud*, México, Interamerica Mac-Graw-Hill.

LARREA, C. *et al* (1993), «Antropología y educación para la salud», in *Revista Rol de Enfermería*, (179/180), p.67.

MARTINS, M.F (2003), *Mitos e crenças na gravidez - sabedoria e segredos tradicionais das mulheres em seis concelhos do distrito de Braga*, Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto das Ciências Sociais da Universidade do Minho (policopiada), 340 p..

REMOALDO, P. C., (2001), *O passado, o presente e o futuro do Planeamento Familiar em Portugal*, Revista de Demografia Histórica, XIX, I, pp.139 - 155.

RUSSEL, Nancy (1996), *Manual de Educação para a Saúde*, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde.