

Teresa Joaquim

CUIDAR DOS OUTROS, CUIDAR DE SI
questões em torno da maternidade



Titulo:
Cuidar dos Outros, Cuidar de Si
questões em torno da maternidade

Autora:
Teresa Joaquim

Revisão:
M. Manuela V. C. Gomes da Silva

Capa:
Carlos Vieira Reis



© Livros Horizonte, 2006

ISBN 972-24-1429-1

Paginação:
Gráfica 99

Impressão:
Tipografia Guerra, Viseu
Setembro 2006

Dep. Legal n.º 234535/05



Reservados todos os direitos de publicação
total ou parcial para a língua portuguesa por
LIVROS HORIZONTE, LDA.
Rua das Chagas, 17-1.º Dt.º – 1200-106 LISBOA
E-mail: livroshorizonte@mail.telepac.pt

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
MULHERES DE UMA ALDEIA	11
A QUESTÃO DA MATERNIDADE E O IMAGINÁRIO COLECTIVO	15
MUDAM-SE OS TEMPOS	21
DA NOITE À LUZ, O MEDO	25
MATERNIDADES E ADOLESCÊNCIAS	33
DE QUE DORES FALAMOS? UMA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA	41
INTERRUPÇÃO VOLUNTÁRIA DA GRAVIDEZ	47
O SILÊNCIO DA MATERNIDADE	53
SE ELES SOUBESSEM O QUE É A MATERNIDADE... ..	55
“COMO UMA FERIDA QUE NÃO CURA”	59
SAÚDE DAS MULHERES: CUIDAR DOS OUTROS, CUIDAR DE SI	61
AS CONDIÇÕES DO EXERCÍCIO DA MATERNIDADE E DA PATERNIDADE NA SOCIEDADE PORTUGUESA	83
PARTICIPAÇÃO CÍVICA E POLÍTICA. A QUESTÃO DOS DIREITOS REPRODUTIVOS	109

SAÚDE DAS MULHERES:
CUIDAR DOS OUTROS, CUIDAR DE SI

Com efeito, por pudor elas não falam disso [das doenças], mesmo quando sabem; e a experiência e a ignorância fazem-nas olhar isso como vergonhoso para elas. Além disso, os médicos pecam por não se informarem exactamente da causa da doença, e de a tratarem como se tratasse duma doença masculina. É preciso, desde o início, interrogar cuidadosamente sobre a causa; pois as doenças das mulheres e dos homens diferem muito quanto ao tratamento

Hipócrates (Livro VIII, ed. 1881: 127)

(460-377 AC)

INTRODUÇÃO: O QUE É A SAÚDE DAS MULHERES

Ao abordarmos a questão das mulheres e da saúde em Portugal nos últimos 25 anos, encontramos-nos na confluência de um conceito:

o que é a saúde?

e de uma questão:

o que é a saúde das mulheres?

Na questão de saber o que é a saúde em cada época histórica, é crucial o papel único que as mulheres nela têm tido ao longo dos séculos, tanto a nível familiar como da comunidade.

Podemos partir da definição muito conhecida da OMS (1984): “à saúde é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença ou enfermidade”. Também em 1995 a OMS enunciou as condições da sua efectivação: “[...] a paz, a habitação, a educação, a alimentação, rendimento, um ecossistema estável, recursos sustentados, justiça social e equidade”.

Condições aqui formuladas que estiveram intimamente ligadas a uma mudança política, ao estabelecimento da democracia política em Portugal, que Sérgio Godinho enunciou na íntegra numa canção dessa altura.

Além das condições sociais de saúde, é necessário ter em conta os elementos individuais ou subjectivos, alguém pode não estar doente segundo um conceito médico e sentir-se doente. Como disse o parecer do CNECV: “o estado de saúde é uma história individual, puramente biográfica” (*in* Pintalsilgo, 1995: 4).

Sabendo nós que existem socializações diferentes para homens e para mulheres, é preciso pensar até que ponto é que a experiência da saúde e da doença pode ter significados diferentes para homens e para mulheres, até que ponto cada sociedade tem graus diferentes para o que se aceita ser doença ou saúde para um homem e para uma mulher.

Nesse sentido há uma construção social da doença que varia consoante as sociedades, que lhe dão significados sociais diferentes, nomeadamente em função do sexo. Pelo que há que pensar até que ponto a única perspectiva, a quase exclusiva leitura que houve do ponto de vista médico do corpo das mulheres, das suas doenças ou do seu estado de bem-estar, não foi baseada apenas nas questões da reprodução e das funções que lhe estão ligadas. Esta leitura não fez mais do que cobrir no plano médico a leitura dominante dos papéis sociais das mulheres, cuja tarefa mais importante foi a da reprodução, esquecendo as tarefas outras que lhe estão ligadas, a saber que os seres que nascem não seriam humanos se não houvesse, para além do trabalho de reprodução um trabalho de criação de humano que não é simplesmente material (calor, abrigo, comida, higiene), mas também simbólico (afecto, fala, contacto). Esta perspectiva implica já uma valorização dos cuidados que ela requer, articulando a perspectiva pessoal com a comunitária, passando, pois, pelos

- cuidado de si;
- cuidado dos outros (educação dos jovens, cuidados com os idosos, com os “vulneráveis”);
- cuidado do espaço público, incluindo os espaços de trabalho, de certo modo, um trabalho colectivo de criação de um espaço de vida.

Ora, esta questão não se pode desligar da situação das mulheres, a nível do ensino, do emprego, da família, nem do papel determinante que elas têm na socialização das crianças, na aprendizagem da língua, dos hábitos alimentares e da higiene, na aprendizagem do cuidado de um espaço pessoal, psíquico e físico, relacional.

A definição ocidental das mulheres pela função materna implicou uma diferenciação a nível da socialização dos rapazes e das raparigas. Com efeito, historicamente a socialização das raparigas, a sua aprendizagem das tarefas futuras, fazia-se em continuidade com a sua infância; através das aprendi-

zagens maternas perpetuavam-se as práticas e os usos que fazem o quotidiano das casas e que sempre foram pensados pela teoria como estando aquém da razão.

Ao contrário dos rapazes, cuja entrada no mundo masculino significava a necessidade de um corte, de uma ruptura com este mundo feminino da infância, havia uma continuidade na aprendizagem das raparigas, na medida em que se processava no âmbito de uma sociabilidade feminina: aprender os cuidados do corpo, do alimento, das roupas, da higiene, das doenças, do habitar, o cuidado da vida e da morte dos que nascem e dos que morrem.

Foi uma tarefa imensa.

É uma tarefa imensa, esta de construir uma morada para os humanos habitarem a Terra (Heidegger).

DIFERENÇAS DE SOCIALIZAÇÃO: POR QUE É QUE OS HOMENS NÃO CUIDAM?

Nestas diferenças de socialização, na construção social do feminino e do masculino de cada sociedade, talvez se possa perguntar: “por que é que os homens não cuidam?” no sentido geral anteriormente referido, e explicar algumas das constantes da relação entre as mulheres e o sistema de saúde, ou a atenção maior que elas dão a estes cuidados. Deste modo, falar das mulheres e da saúde em Portugal é pensar também o porquê da maior intimidade das mulheres com as doenças, percebendo que os quadros estatísticos nos dão, nos apontam percursos históricos e pessoais diferentes para os quais interessa criar espaço no âmbito de um sistema oficial de saúde, articulando pois essa perspectiva biográfica de saúde com a comunidade.

As mudanças na situação das mulheres em Portugal nos últimos 25 anos não se podem dissociar do que foi o advento da democracia em Portugal em 1974. Como pensar as questões da saúde, do bem-estar, da qualidade de vida, quando ocorre uma mudança política?

Quando então a saúde, o bem-estar de cada um(a), é uma questão política, de cidadania, podemos ser levadas a pensar na articulação entre os paradoxos da sociedade portuguesa, como por exemplo: uma alta taxa de emprego feminino a tempo integral e a falta de equipamentos colectivos, como creches, por um lado, e o papel que elas continuam a desempenhar ao nível dos cuidados de saúde, por outro. Tendo havido depois do 25 de Abril de 1974 a criação de um Serviço Nacional de Saúde e esboçando-se com ele o recalçamento ou a desvalorização de um certo tipo de saberes ligados à “medicina tradicional” e também à medicina não-oficial, e dadas as dificuldades do Estado português, por razões históricas do desenvolvimento, em assegurar cabalmente os direitos sociais, acabam por ser as mulheres, em certa medida, que continuam a garantir os cuidados de saúde, repetindo

tarefas de sempre. E talvez que alguns dos inpasses que persistem na sociedade portuguesa quanto à obtenção de uma igualdade de facto tenham a ver precisamente com a permanência de imagens das mulheres como prestadoras de cuidados, constituindo um importante sistema não-oficial de saúde.

“A importância deste sistema denominado sistema não-oficial ou invisível, ou sistema sanitário submerso, é de tal grandeza que sem ele o sector oficial não poderia funcionar” (Cortés-Majó *et al.*, 1992: 194).

É difícil quantificar o trabalho desempenhado neste sistema não-oficial, o qual nem sequer é contabilizado, porque se processa no âmbito do trabalho doméstico não quantificado e por isso mesmo desvalorizado. Passa-se, quanto ao papel de prestadora de cuidados de saúde pelas mulheres, um processo semelhante ao que se verificou em relação a toda a produção doméstica: a sua desvalorização a partir de uma outra racionalidade marcada pelo valor de mercado, obrigando-nos a repensar hoje o modo como foi olhado durante séculos esse trabalho considerado improdutivo, inacabado, de quem se ocupa da vida e da morte, do alimento e da dor, da casa e da festa. É fundamental, no âmbito do papel das mulheres como prestadoras de cuidados de saúde, dar um sentido afirmativo a essas práticas quotidianas que constituem em grande parte os cuidados primários de saúde que, na sua repetição e diferença, recriam o mundo, tornando-o habitável.

E é justamente com esta condição de habitação em sentido lato e à escala mundial que as Conferências Mundiais sobre Mulheres e as Conferências sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994) se começaram a preocupar, dando uma atenção cada vez maior às condições de vida das mulheres, sem a melhoria das quais não há desenvolvimento sustentável, nomeadamente, porque são elas que desempenham, a vários níveis, esse papel de prestadoras de saúde, tentando-se também aqui articular uma perspectiva individual e uma perspectiva comunitária.

No entanto, a constatação de que há em todas as sociedades divisão dos papéis sociais e de que essa divisão é marcada por relações de poder e de desigualdade implicou uma mudança de perspectiva, nomeadamente na área da saúde. Assim, uma leitura dos factores biológicos dos homens e das mulheres conduz a uma abordagem de género que não exclua esses factores biológicos, mas que “considere os papéis críticos que os factores culturais e sociais e as relações de poder entre homens e mulheres desempenham na promoção ou protecção ou impedimento da saúde” (OMS, WHO, 1998: 6).

Mas, mesmo se, em relação às mulheres, se podem considerar factores biológicos comuns, e daí este tema *saúde das mulheres*, percebemos na leitura dos dados, na atenção aos sintomas, às causas de mortalidade, aos estilos de vida, que o estado de saúde é atravessado por factores sociais, pela maternidade, pelo estado civil, pelo grau de instrução, pela classe social,

que vão pois criar diferenças reais entre as mulheres: elas não são um grupo homogêneo com características comuns.

Os trabalhos que se debruçaram sobre a questão das mulheres e da saúde pretenderam desconstruir um saber feito a partir de um modelo androcêntrico, na sua concepção de saúde e de doença e dos papéis sociais, modelo que só reconhece o trabalho fora de casa e esquece as condições das tarefas domésticas, esquecendo-se também na investigação das diferenças entre os sujeitos a que aplicam os cuidados de saúde, sempre segundo um modelo masculino, esquecendo ainda as formas de poder e o relacionamento de dominação em maior ou menor grau entre homens e mulheres, que pode ir até à violência, muitas vezes vista como uma simples “queda na escada”, etc. Passa pela própria avaliação dos sistemas de saúde, sendo importante a construção de novos indicadores estatísticos, quantitativos e qualitativos, que articulem diversas áreas de vida e permitam compreender a circularidade dos seus efeitos, tanto negativos como positivos.

Esta atenção diferenciadora implicou que surgissem novos grupos-alvo de acção nas sociedades modernas, como o grupo das adolescentes com características específicas de informação, nomeadamente em relação à saúde sexual e a estilos de vida saudáveis, ao direito à sua privacidade. E as idosas, como um grupo que tendo uma maior esperança de vida, requer outro tipo de cuidados médicos, uma reinserção no ciclo das aprendizagens comunitárias: a valorização da sua experiência, e não apenas a sua conservação, o respeito pelos contextos diferentes vividos que lhes garantissem estarem vivas no presente (referido no Projecto das Cidades Saudáveis, OMS, *A Saúde dos Portugueses*, 1997: 107).

Se historicamente, “tratar no sentido pleno do termo significa curar, mas também ter atenção a preocupar-se com” (Ehrenreich, 1976: 68), não havendo dissociação entre um saber específico, técnico, e a atenção ao contexto em que ele se exerce e à sua componente afectiva, podemos pensar numa revalorização do papel que as mulheres desempenham a nível da saúde da comunidade. Mas essa revalorização deveria “[...] potencializar o desenvolvimento das mulheres, para as incorporar à vida social e não para manter e institucionalizar a divisão das tarefas em razão do género [...]” (Cortés-Majó *et al.*, 1992: 202).

SOCIEDADE-PROVIDÊNCIA E CUIDADO DOS OUTROS

Existe, segundo Boaventura Sousa Santos, em alternativa à ausência de um verdadeiro Estado-Providência, uma sociedade-providência¹⁰ que colmata as brechas do tecido social, que refaz as malhas dele através de redes de interajuda, de vizinhança e de solidariedade.

Esta sociedade-providência, sendo em grande parte sustentada pelas mulheres, possibilita, assim, uma permanência das funções que lhe foram historicamente atribuídas. Mesmo considerando, como no estudo *A Situação Social em Portugal – 1960-1995*, coordenado por António Barreto, que uma das mudanças mais radicais sofridas pela sociedade portuguesa foi a transformação da situação das mulheres, nomeadamente a nível do ensino, emprego, família (entre outras, descida acelerada da taxa de fecundidade, aumento de divórcios e de famílias monoparentais), persiste no entanto a desvalorização social e política em relação às tarefas tradicionalmente desempenhadas por mulheres e ligadas à reprodução, quer elas se efectuem na esfera privada quer na pública.

Esta insignificância política da esfera da reprodução (pública e privada), tendo contaminado também a esfera da produção (pública e privada) quando as mulheres tiveram acesso a ela, coloca-se aqui a questão de saber como construir uma identidade afirmativa, inventiva, interventiva. Há assim um contexto em que a igualdade mostra rostos variados nos seus efeitos; quero dizer, em que simultaneamente há um modelo de igualdade jurídica para homens e mulheres e condições sociais e políticas que fazem com que as desigualdades persistam, em que se confunde diferença com desigualdade.

No entanto, numa sociedade como a portuguesa, em que nunca existiu um verdadeiro Estado-Providência, o que aconteceria se as mulheres abandonassem as suas tarefas quotidianas de produção (as hortas, as limpezas, o ocupar-se dos “vulneráveis”), as suas tarefas “tradicionais” de cuidado; o que ficaria desta sociedade sem este trabalho constante de formigas que as mulheres realizam numa poetização constante do quotidiano?

CUIDAR E CURAR, RACIONALIDADES DIFERENTES: UM SISTEMA NÃO-OFICIAL DE SAÚDE

Estamos, pois, diante de racionalidades que implicam lógicas diferentes que foram dominantes em esferas diferentes da vida dos humanos e a sua divisão implicou uma partilha. Historicamente às mulheres foram atribuídos os cuidados dos corpos e a manutenção das casas. Aos homens, foi dado o peso da técnica, do saber racional e teórico, dos princípios. O que implica pensar “de que forma pôde influenciar no conhecimento, na categorização, nos instrumentos científicos do fenómeno saúde-doença, o predomínio dos homens” (Llácer, Colomer, 1992: 131).

Estas divisões, que não são estanques e que na sua historicidade criaram contextos diversos entre uns e outras, levam-nos a questionar hoje, na sociedade portuguesa e apesar das alterações que se deram em diversas áreas, quem continua a ocupar-se da saúde das crianças, quem as leva ao médico, quem se ocupa delas no prosseguimento dos cuidados médicos, quem se ocupa dos idosos. Há assim, ao pensarmos nestas questões da saúde, uma que permanece fundamental: a de saber que papel desempenham as mulheres como prestadoras de cuidados de saúde.

Constituindo amplamente um sistema não-oficial de saúde sem o qual, provavelmente, nomeadamente numa sociedade de desenvolvimento intermédio, o sistema oficial de saúde não sobreviveria, diz B. S. Santos:

“As deficiências da produção estatal de saúde e de segurança social são em parte compensadas pela sociedade-providência. Neste campo, o que caracteriza especificamente a sociedade portuguesa é a forte presença da medicina popular de produção artesanal ao lado da medicina oficial e funcionando como mecanismo compensatório das deficiências da medicina estatal ou da inacessibilidade da medicina privada. Neste sentido é legítimo falar-se da articulação de modos de produção de saúde como característica global da sociedade portuguesa no domínio dos cuidados de saúde” (1987: 32-33).

Estes modos diferentes de produção de saúde estão ligados a percepções diferentes do corpo, da saúde e da doença, “no universo cultural da medicina moderna: o corpo é individual e um conjunto articulado de órgãos; a doença é uma desordem específica situável num corpo igualmente específico” (*idem*: 61), enquanto em muitas populações rurais “[...] o corpo é um todo relativamente indiferenciado e não é sequer necessariamente individual, pois pode ser doméstico [...]; a doença [...] é um mal-estar que prolonga dentro de nós as vicissitudes do quotidiano [...]” (*idem*: 63-64).

Ora, a estas distinções no modo diferente de ver o corpo, a saúde e a doença, correspondem também racionalidades diferentes no modo como são avaliados os níveis de saúde, de bem-estar. De certo modo, isso implica aceitar que os dados estatísticos só explicam em parte o estado de saúde de uma população, já que para os indicadores quantitativos são irrelevantes os aspectos qualitativos que constituem a vida quotidiana, os “pequenos nadas” de que é feita a vida, que lhe dão *nuances* de bem-estar ou mal-estar.

OS TEMPOS DAS MULHERES E A SAÚDE

A diferença entre a visão e a vivência de um corpo individual, separado e bloqueado na sua individualidade e sofrimento, e de um corpo comunitário não-estanque, em que os afectos e os saberes circulam, está pois ligada a modos diversos de produção de conhecimentos sobre o corpo, a economias diversas, a transmissões diversas de saberes. Não sabemos até que ponto é que, ao pensar no papel que as mulheres desempenham nos cuidados de saúde, não encontramos a mesma dificuldade que existe em relação ao trabalho doméstico, como se, face a este trabalho quotidiano, os indicadores quantitativos não fossem capazes de medir não só aquilo a que se chamou a "dupla jornada": trabalho assalariado e trabalho doméstico, avaliando somente a extensão e acumulação dos tempos de trabalho como uma maior jornada de trabalho para as mulheres do que para os homens. Mas a dificuldade permanece, ela reside na circularidade e na simultaneidade de tarefas, numa outra vivência do tempo. Diz Jesusa Izquierdo:

"O tempo das mulheres é contínuo. Não se registam diferenças entre dias úteis e feriados, entre trabalho e ócio. Para as mulheres o tempo tem valor de uso, não se consome nem se vende" (cit. in Perista, 1997: 57).

Ora, podemos afirmar que para a compreensão da questão da saúde das mulheres e do seu papel na saúde das comunidades é fulcral a criação de novos indicadores sobre o uso do tempo ou dos tempos que elas desempenham no sistema não-oficial de saúde, como, provavelmente, a relação que elas mantêm, entre outras, de mediadoras com o sistema oficial de saúde – o cuidado de saúde dos outros – e de executoras desses cuidados e, talvez, daí advenham em parte os usos diferentes, entre homens e mulheres, desses serviços.

A questão do uso do tempo, a sua análise, é determinante na definição de políticas para a igualdade: nesse sentido os novos indicadores do tempo que pretendem uma avaliação mais discriminada dos aspectos de vida deixados na margem (os "pequenos nadas"); é também uma questão transversal na articulação com indicadores sobre a família, o trabalho, a escola – dando-nos uma outra visão das suas incidências e dos seus efeitos. Novos indicadores que nos darão talvez uma resposta para as questões de saúde que incidem com maior frequência na vida das mulheres (*stress*, tabagismo, falta de exercício físico...).

Mas talvez que esta abordagem qualitativa se aproxime mais da compreensão de um modo diverso de produção de saúde que não o oficial:

“Entre as relações sociais e os mapas cognitivos produzidos no meio rural, contêm-se redes de solidariedade, trocas simbólicas e materiais, e formas de interconhecimento centradas no que é socialmente representado como doença e como saúde e que se traduzem em prestações e consumos de bens e serviços total ou parcialmente desmercadorizados e, em qualquer caso, fornecidos à margem do mercado capitalista dos cuidados médicos” (Santos, 1987: 65).

Ora a caracterização da sociedade portuguesa como sociedade-providência implica ainda pensar quem tem um papel preponderante neste modo de produção de saúde, e qual o seu significado para a saúde das mulheres. Tendo em conta nomeadamente o modo como cuidam de si, segundo o *Inquérito Nacional da Saúde*: para além de recorrerem mais do que os homens a consultas médicas, também recorrem mais a processos alternativos como dietas, chás, endireitas, etc. Que saberes lhes dão também uma maior proximidade com o corpo delas, as suas flutuações, os seus humores, as suas angústias?

Segundo B. S. Santos,

“[...] os custos mais pesados do bem-estar social proporcionado pela sociedade-providência recaem, inevitavelmente, nas mulheres, enquanto os hábitos familiares não se alterarem” (1993: 49).

Daí decorrendo, de novo, a importância do sistema sanitário “não-oficial” e, nele, como de direito, o trabalho das mulheres, já que a maior parte das tarefas definidas como domésticas estão relacionadas com a manutenção da vida. Mas, por outro lado, numa sociedade democrática, este trabalho, estas várias jornadas do quotidiano das mulheres deveriam ter um reconhecimento social e político no modo como são pensadas e implementadas as políticas sociais.

SAÚDE DAS MULHERES E O CUIDADO DE SI

Relembrando as transformações que ocorreram na vida das portuguesas nos últimos anos, nomeadamente, a nível do emprego e da feminização rápida da mão-de-obra que se verificou nas duas últimas décadas, e que vai continuar. Com elas, falámos do trabalho doméstico e da relação íntima com o mundo dos cuidados que permitem manter a vida; falámos do ensino, do analfabetismo que permanece; da discrepância de imagens propostas e suas consequências nas escolhas profissionais, cujo leque fica provavelmente mais limitado, ligado ainda, de certo modo, às tarefas tradicionais. Foi o que Iturra (1990) chamou “construção social do insucesso escolar”, a criação pela própria

escola de uma estrutura de desenraizamento ao nível dos saberes, eliminando as competências, tanto as do mundo rural como as da esfera doméstica e da infância (Iturra, 1997), como ainda as de saúde “tradicional” (Nunes, 1997) e dos cuidados do corpo. A escola, pelo tipo de racionalidade que a define, promove a desvalorização de um certo tipo de saberes do corpo, que no entanto são essenciais na atenção aos cuidados de saúde primários; do mundo familiar e, neste, do ponto de vista demográfico, falámos da descida rapidíssima da taxa de fecundidade, do aumento dos nascimentos fora do casamento, da taxa de divórcios e do número de famílias monoparentais. Um mundo em mudança não só a nível espacial (Costa, Viegas, 1998) – a litoralização crescente do nosso país –, mas também com a respectiva mudança nos modos e estilos de vida. Há aqui, do ponto de vista da saúde das mulheres, duas vertentes: a primeira, que já referimos – o cuidado dos outros; e agora gostaríamos de falar delas, das suas doenças, do cuidado de si.

Nesse sentido, devemos começar por referir a descida da taxa de mortalidade materna (em 100 000 partos: 18.9 mortes em 1980, 5.4 em 1996) e o aumento da esperança de vida à nascença, que passou de 71 e 65,3 anos, respectivamente, para mulheres e homens em 1970, a 78,6 e 71,2 em 1996, com maior aumento na esperança de vida feminina.

Estas transformações, extremamente positivas a nível dos indicadores de saúde de uma população, implicam perguntar: como é vivida esta maior longevidade? Que qualidade de vida? Que recursos e que aprendizagens para serem melhor vividos estes anos? Dado este aumento da longevidade, como é preparado o período da menopausa que afecta particularmente a auto-imagem, já que ligada à perda de capacidade reprodutiva e a uma identidade feminina que a constituiu, na maioria dos casos, como núcleo central. E ainda que outras aprendizagens de vida, de ritmos, de tempos para lazer, para o cuidado consigo própria, etc.

É de referir que a maior esperança de vida das mulheres – e dada a sua situação, atrás referida, a nível de emprego, ensino, família –, não impede que elas acabem por viver por vezes esse tempo numa pobreza económica efectiva. Segundo um estudo de Perista (1997), 96% das idosas que têm entre 70 e 79 anos têm um rendimento inferior ao rendimento líquido médio anual nacional, enquanto que os homens do mesmo grupo etário são 82% (P.S.M., 1997: 31). Segundo o mesmo estudo, as mais elevadas taxas de pobreza em Portugal referem-se a trabalhadores familiares não remunerados (62%), a trabalho doméstico e de cuidar de crianças (53,4%) e ainda 80,8% das famílias monoparentais apresentam níveis de rendimento inferiores a metade do rendimento líquido médio anual nacional (*idem*: 32).

Mas não só efectiva, também maior pobreza afectiva: a solidão, o sem-sentido dessa vida, sem outros que possam ajudar a dar-lhe algum sentido.

AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE E IMAGENS DE SI

Nos dados fornecidos sobre a *autopercepção da saúde*, sobre a avaliação que os próprios fazem do seu estado de saúde, verifica-se uma maior insatisfação à medida que a idade avança. Mesmo se esta auto-avaliação deve ser enquadrada com outros índices, como o grau de escolaridade, situação socioeconómica, etc. No entanto, estas diferenças de percepção mantêm-se com uma maior incidência negativa nas mulheres.

Segundo o Inquérito Nacional de Saúde (1995/96), também a percentagem das mulheres que consideram o seu estado de saúde mau ou muito mau é mais elevado do que os homens (33,0% e 23,3%, respectivamente) e é menor a percentagem das que consideram o seu estado de saúde bom ou muito bom (25,4% das mulheres e 35,6% dos homens). A nível europeu, as mulheres portuguesas de mais de 15 anos são as que menos referem o índice mais elevado de saúde, "muito boa".

No relatório sobre a saúde das mulheres na União Europeia (1997), as mulheres declaram níveis significativos de incapacidade devido a doenças prolongadas que dependem de hábitos e de estilos de vida – tabagismo, consumo de álcool, *stress*, alimentação deficiente –, mas também de débeis condições socioeconómicas e culturais, condições de trabalho.

"As doenças crónicas [...] limitam globalmente a funcionalidade do indivíduo, (...) isto é, a sua qualidade de vida que não sendo, apenas, baseada no conforto económico e na realização profissional é, acima de tudo, 'gosto de viver'" (*A Saúde dos Portugueses*, 1997: 73).

Foi ainda referido que 3% das mulheres na União Europeia se declararam incapacitadas devido a problemas emocionais ou mentais.

TEMPOS LIVRES

Devemos fazer ainda referência à ocupação dos tempos livres: segundo o Inquérito Nacional de Saúde de 95/96, as mulheres incluem o fazer renda nessas actividades. 6,7% das mulheres inquiridas fazem exercício físico regular contra 12,6% dos homens e, em outras actividades como andar a pé ou andar de bicicleta, somente 29,4% das inquiridas, contra 34,9% dos inquiridos. No que respeita ao exercício físico, cabe ainda notar que da incidência das doenças segundo o sexo, as dores nas costas têm uma percentagem de 60,6% nas mulheres contra 31,4% nos homens. Haverá que perguntar até que ponto é que esta

autopercepção mais negativa não está ligada a uma menor capacidade de descanso, a uma menor disponibilidade para o acesso aos tempos livres.

Cabe ainda referir, do ponto de vista da saúde das mulheres, a importância do exercício físico, nomeadamente em doenças como a osteoporose, provocada pela perda de cálcio nos ossos e ligada à menopausa. Sendo aconselhada uma alimentação rica em cálcio e exercício físico.

Com o problema da imagem, ou o que N. Wolf (1994) chamou "o mito da beleza", aparece a denegação do corpo, que, nomeadamente nas jovens, a persistente insatisfação da maior parte das adolescentes com o seu corpo, o peso, ocasiona problemas graves, como a bulimia e a anorexia nervosas, estando-lhe ligados suicídios e tentativas de suicídio; esta denegação também existe nas mulheres de outras faixas etárias – relaciona-se com a preocupação constante com os regimes de emagrecimento, a ânsia perante a obesidade, que está "associada a um maior risco de diabetes, doenças cardiovasculares, bem como ao de certos tipos de cancro" (UE: 90). Na União Europeia, 20% das mulheres têm peso excessivo, sendo que Portugal e a Grécia têm as taxas mais elevadas de obesidade: 28,5% e 33,2%, respectivamente. Aproximadamente um terço das mulheres na União Europeia declaram ter feito dieta no ano anterior. Em Portugal, segundo o mesmo estudo, 7,7% das mulheres entre 15-24 anos fazem dieta, e com 25 ou mais anos, 22,8% fizeram dieta.

Até que ponto estas denegações do corpo não se ligam com a autopercepção negativa atrás referida, com o mal-estar, que leva a recorrer mais a consultas médicas, a seguir durante mais tempo os cuidados médicos, para não falar das doenças ligadas ao foro psíquico, em maior número nas mulheres: depressão, ansiedade, etc. São também as mulheres que tomam mais medicamentos para dormir, tanto a nível da União Europeia como em Portugal: nas duas semanas anteriores ao INS (1995/96) 73,7% das mulheres afirmaram ter tomado soníferos.

SIDA E VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES

O que é que justifica, na sua relação com o mundo em que estão (ou não) inseridas, esse mal-estar, que imagem sobre elas próprias lhes é reenviada, ou que olhares dominantes se exercem sobre elas; que ligação com as questões da sexualidade e do poder¹¹: por exemplo, a SIDA e a violência sobre as mulheres como casos mais gritantes de poder sobre elas.

Considera-se que a maior parte das mulheres que contraíram o VIH o fez através de relações heterossexuais (38.9%) ou em ligação com a toxicodpendência (49.5%). O total acumulado de casos de SIDA em mulhe-

res portuguesas, em Junho de 1998, sendo de 15.6% do total de afectados pelo vírus. No entanto, é referido no Relatório da UE que as mulheres têm uma posição de menor garantia de relações sexuais mais seguras, sendo o VIH utilizado como uma nova forma de agressão e de violação, pondo em risco a própria vida¹².

Por vezes o nível de percepção dos actos violentos é muito baixo. A violência contra as mulheres está directamente ligada a uma ausência de poder, sendo, por isso, inadmissível que, em particular numa sociedade democrática, não haja mecanismos para a resolver. Trata-se claramente de uma questão de direitos humanos:

As consequências da violência física e psicológica sobre as mulheres em termos de saúde pública leva a que estas mulheres recorram em maior número (4-5 vezes mais) a tratamento psiquiátrico e que haja cinco vezes mais possibilidades de fazer tentativas de suicídio do que as mulheres não maltratadas fisicamente, sendo este referido no relatório da OMS de 1998 como um resultado fatal de violência, tal como a SIDA e o homicídio. A nível de saúde mental, são referidas ainda as seguintes consequências: depressões, ansiedade, disfunções sexuais, distúrbios alimentares e de personalidade. Quanto ao nível físico, as consequências da violência contra as mulheres são, entre outras e além da SIDA, gravidezes não desejadas, problemas ginecológicos, abuso de drogas e álcool, etc. (OMS, 1998: 27).

Diante destes dados frios, onde se esconde tanto sofrimento físico e psíquico, há obviamente um défice de autonomia, de cidadania¹³.

“(…) Tantos direitos (…) reconhecidos em princípio pelo Estado, e a praxis da vida das cidadãs que de facto não conseguem fazer valer os seus direitos individuais como pessoas humanas cujo corpo é dito inviolável:

- seja o direito a não serem espancadas pelos maridos;
- o direito a não serem violadas;
- o direito a não serem contaminadas pelo HIV nas suas próprias casas”

(Ardaillon, 1997: 385).

SAÚDE REPRODUTIVA E EQUIADE

As transformações de um modelo de família pensado como constituído por pai-mãe-filhos e o aparecimento de uma pluralidade de tipos de famílias, assim como a entrada cada vez mais precoce numa vida sexual activa levou, entre outras consequências, a que o conceito utilizado nos anos 60 de Pla-

neamento Familiar – que fez parte de um processo mais longo de transformações na vida das mulheres, processo importante porque permitiu a dissociação entre sexualidade e reprodução e uma maior autonomia nas suas escolhas de vida – fosse progressivamente substituído, a nível das instituições internacionais, pelo de direitos reprodutivos.

Este conceito é mais lato e inclui aspectos que não eram incluídos no de Planeamento Familiar, nomeadamente o direito à orientação sexual (ver Carta dos Direitos Reprodutivos de IPPF, n.º 3, que diz respeito à igualdade e a não ser alvo de qualquer forma de discriminação).

Este conceito tem também em conta grupos-alvo desfavorecidos, entre eles, os jovens. Não é um conceito simplesmente médico, mas inclui nele aspectos sociais e culturais, enquanto que o conceito de Planeamento Familiar se dirigia mais explicitamente aos casais¹⁴ e tinha menos em conta grupos como os jovens ou solteiros. As questões de saúde sexual têm em conta aspectos fora do âmbito exclusivo de reprodução, como a violência e o abuso sexual, Doenças Sexualmente Transmissíveis e a SIDA.

De qualquer modo, dado o aparecimento recente de programas de Planeamento Familiar em Portugal (1976), penso que o seu alargamento a uma concepção mais lata, como a da saúde reprodutiva e sexual, necessitaria ainda de ser implementado entre nós e não incidindo, aliás, meramente nas questões de reprodução; nomeadamente, em relação a grupos como os jovens, imigrantes, os deficientes; ou a questão dos homens e da responsabilidade que assumem nas práticas contraceptivas, por exemplo, muitos abortos que são provocados por uma decisão masculina, por uma não assunção da paternidade, etc.

PLANEAMENTO FAMILIAR EM PORTUGAL

Em Portugal, o Planeamento Familiar integrou-se num quadro de efectivação da igualdade real das mulheres, em relação com o seu processo de individualização, permitindo-lhes uma maior autonomia, ligada obviamente à independência económica e ao seu nível de educação. Foi em 1976 que, pela primeira vez, a Constituição consagrou “promover a divulgação dos métodos de Planeamento Familiar” (art.º 67.º da CRP). Tem vindo, desde 1976 a aumentar o número de mulheres que usam contraceptivos, sobretudo a pílula, assim como o número de primeiras consultas de Planeamento Familiar nos Centros de Saúde multiplicou por cinco entre 1986 e 1997.

Com as campanhas desenvolvidas na luta contra a SIDA houve um aumento da utilização do preservativo. No entanto, as assimetrias económicas

e regionais de nível educativo condicionam o acesso às consultas de Planeamento Familiar¹⁵.

De certo modo, coloca-se a questão de saber se existe livre escolha em matéria de reprodução sem condições de vida aceitáveis.

Um dos problemas mais preocupantes, em Portugal, na área da saúde reprodutiva, tem a ver com a taxa elevada de mães adolescentes com menos de 20 anos (7,1% do total em 1996), sabendo-se que as gravidezes adolescentes ocasionam:

- consequências socioeconómicas negativas;
- aumento de perturbação na gravidez (prematuros, abortos, etc);
- aumento do abandono de crianças no pós-parto.

É, pois, necessária a criação de mais serviços de informação sobre contraceção e sexualidade, e sobre comportamentos de risco, nomeadamente a respeito das Doenças Sexualmente Transmissíveis, dirigidos especificamente a estas camadas da população.

No entanto, é muito difícil, mesmo em condições económicas e familiares excepcionais destas raparigas, que elas não sejam afectadas por estas maternidades precoces nos seus projectos de vida. Apesar de ter havido progressos consideráveis na divulgação de métodos contraceptivos, como vimos, continua no entanto a haver, na faixa etária entre os 15 e os 19 anos, 10% das raparigas que recorrem à IVG (a outra faixa etária significativa que recorre à IVG situa-se acima dos 35 anos).

Os resultados obtidos no referendo sobre a despenalização da Interrupção Voluntária da Gravidez de 29 de Junho de 1998 (o "não" à despenalização da IVG ganhou por uma percentagem muito reduzida, com uma taxa elevadíssima de abstenção, de 70%) revelam, de novo, a não existência de um movimento feminista em Portugal, a não relevância das questões de género, da igualdade de oportunidades, na concretização de políticas inovadoras. De qualquer modo, não foi ainda possível colocar uma maior ênfase na discussão dos direitos das mulheres e de saúde pública, que surgem pois como o grão de areia que permanece no âmbito de um Estado democrático e laico.

MATERNIDADE E PATERNIDADE: CONDIÇÕES PARA O SEU EXERCÍCIO

Do ponto de vista legal (art.º 68 da CRP), a maternidade e a paternidade são funções sociais que o Estado deve apoiar (Lereno, 1998). Mas a maternidade é para as mulheres motivo de realização pessoal e de discrimi-

nação social, esta condicionando a realização da igualdade de direitos numa democracia. Nesse sentido, falar das condições de maternidade e paternidade é falar em modelo de sociedade, em solidariedade social.

Apesar das diversas transformações positivas que ocorreram a nível da saúde materno-infantil, nomeadamente a descida da mortalidade materna e da mortalidade infantil, maior acompanhamento na gravidez, taxa elevada de partos nos estabelecimentos hospitalares, há diversos sintomas que apontam para que as condições da maternidade e da paternidade em Portugal, hoje, sejam precárias, tendo em conta nomeadamente as assimetrias regionais (Santana e Vaz; DGS, 1992) com desrespeito por estas funções sociais, atravessando as várias áreas que focaremos (ver os Pareceres CITE 1995-1996, que tratam de algumas das penalizações aqui referidas das mulheres enquanto grávidas e mães).

Saúde

- falta de informação/educação na área da saúde reprodutiva;
- mais alta taxa de mães adolescentes a nível europeu: 7.48%; na UE: 3.84% (Relatório UE, 1997: 29);
- falta de aconselhamento pré-concepcional;
- falta de planeamento das gravidezes;
- conciliação de modelos de cuidados de saúde com as necessidades das mulheres, nomeadamente dos grupos mais desfavorecidos: migrantes, mulheres trabalhadoras (Calado, Silva, Guerreiro, 1997: 31).

Trabalho

- Condições de trabalho;
- despedimento por gravidez;
- gravidez não vigiada por precarização do emprego;
- não concessão do tempo para amamentar, nem o subsídio respectivo;
- perda de prémios de assiduidade;
- incidência na progressão na carreira.

Família

- falta de equipamentos colectivos, como creches: em 1991, a taxa de cobertura dos 0 aos 2 anos em estabelecimentos oficiais ou subsidiados pelo Estado era de 10,2%. Taxa elevada de absentismo ligada aos cuidados de saúde da família.

Parto

- Em 1996, 98,3% do total dos portugueses nasceram em hospitais. Apesar das melhores condições, seria necessário pensar o acompanhamento durante o parto: condições afectivas e não só técnicas. Devíamos ainda referir alguma falta de atenção relacionada com a depressão pós-parto (cf. Kietzinger, 1992).

Amamentação

- Em 1997, segundo os dados da saúde dos portugueses, 95% dos bebés saem das maternidades amamentados quase exclusivamente pelas mães; passado pouco tempo isso deixa de acontecer, provavelmente devido aos fracos apoios institucionais (emprego, condições de vida, transportes) para que a amamentação materna se prolongue.

São ainda referidas as seguintes causas para a não vigilância na gravidez:

- o sentirem-se bem;
- já saberem como era (multíparas);
- não podiam perder tempo.

Segundo um estudo realizado pela Dr.^a Clara Flora, da Comissão Nacional da Mulher e da Criança¹⁶, estas causas devem-se em grande parte à instabilidade laboral e à falta de apoios na gravidez.

Também num estudo publicado na *Saúde em Números* (Calado, Silva, Guerreiro, 1997), foi considerado que o número de grávidas sem vigilância é superior ao de outros países europeus. Quanto aos motivos de vigilância inadequada, foram referidos entre outros:

- não saber que estava grávida;
- deficiente informação/educação na área da saúde reprodutiva (nomeadamente gravidezes não desejadas);
- reconhecimento tardio dos sinais fisiológicos da gravidez;
- ignorância acerca da necessidade de cuidados pré-natais.

Se tivemos a preocupação de caracterizar o tipo de desenvolvimento da sociedade portuguesa, é porque pensamos que dele decorrem as contradições entre, por exemplo, uma visão ainda tão forte das mulheres como mães na sociedade portuguesa e, nomeadamente, a aceitabilidade restrita de uma decidibilidade individual nesta matéria, não sendo a sociedade portuguesa ainda capaz de assegurar condições de informação sobre a gravidez e mater-

nidade, segundo os dados atrás mencionados e de assegurar, ainda em termos de políticas sociais, um apoio efectivo em áreas diversas para que o facto de as mulheres terem filhos em Portugal não signifique um factor enorme de discriminação social.

Para não esquecer nem recalcar a experiência única que a maternidade e a paternidade podem ser, é necessário que surjam outras formas de masculinidade, outras imagens do masculino que permitam a sua abertura para os cuidados dos outros, nomeadamente dos filhos. Nesse sentido, seria útil a instituição de uma licença para os pais após o nascimento, obrigatória e paga pela segurança social, como já acontece nos países nórdicos, abrindo um espaço para que outro tipo de relação se possa estabelecer e também uma outra compreensão das implicações no quotidiano desse trabalho de criar humanos.

SAÚDE DAS MULHERES E CONDIÇÕES DE TRABALHO

As incidências que as condições de trabalho têm na saúde das mulheres têm sido abordadas principalmente na área das questões de reprodução (ver maternidade e paternidade).

No entanto, a partir da verificação, nomeadamente a nível europeu, das características de morbilidade diferencial entre os sexos, tais como:

- uma maior longevidade nas mulheres;
- uma menor preocupação subjectiva com a sua qualidade de vida;
- mais doenças crónicas;
- maior recurso aos serviços de saúde,

começou a desenhar-se um outro tipo de estudos, que tentam articular as condições de vida das mulheres com a organização do trabalho, que, segundo alguns autores, é masculina, e com o próprio estatuto a nível de emprego: taxa mais baixa de emprego, menores salários, taxa maior de desemprego, concentração em certos sectores de actividades. A partir deste quadro geral das condições de emprego, Carme Valls, por exemplo, apresenta as suas incidências no aparecimento de determinadas doenças crónicas nas mulheres.

Considerando ainda as características do tipo de trabalho desempenhado pelas mulheres: menos valorizado, repetitivo, não organizado, pouca mobilidade, que as conduz a um maior *stress*, ansiedade, depressão, devendo-se ainda ter em conta, nesta análise, a sua acumulação com o trabalho doméstico, que é escamoteado pelo próprio Censo de 91, por exemplo, já que faz

parte de uma economia submersa, marginal em certa medida ao mercado de trabalho. Numa outra acepção, as mulheres – nomeadamente as migrantes, outro grupo-alvo com características específicas a nível de saúde – são as grandes obreiras desse mercado de trabalho desqualificado, submerso, incidindo nelas uma dupla marginalidade: à cultura e ao emprego.

Também do ponto de vista da saúde das mulheres, o esforço dispendido pelo trabalho doméstico não é considerado, sendo, por vezes, uma das causas de “riscos que permanecem invisíveis”, nomeadamente

- lesões músculo-esqueléticas;
- artroses;
- dores cervicais;
- depressão.

Características que definem os trabalhos das mulheres:

- exigências de agilidade, velocidade, atenção e precisão;
- monotonia, sedentarismo, pouca criatividade;
- trabalhos em posturas forçadas;
- trabalhos à peça e à tarefa (feitos em casa e sem distinção sequer com o local de trabalho doméstico, levando a um esforço intensivo enorme);
- ausência de pausas no trabalho (*Salud laboral de las Mujeres XIV*, 1996: 22-23).

A articulação ainda entre as características dos trabalhos predominantemente realizados por mulheres com o tipo de serviços que realizam a nível de ensino, saúde, cuidados dos outros, implica um grande esforço físico, mas também afectivo e psíquico. Um prolongamento da maternidade biológica, já que se espera que elas realizem uma “maternidade social”, como foram definidas algumas destas profissões.

Há assim, a nível da atenção à saúde das mulheres, uma tentativa para discriminar as características das condições de trabalho, sobretudo nas áreas definidas como “tipicamente femininas”, e as suas incidências a nível das características diferenciais e morbidade feminina.

Exemplos no *trabalho doméstico*: rotina, isolamento, utilização de produtos nocivos, desvalorização implicando ansiedade, depressões, alterações psicossomáticas como perturbação do sono, esgotamento nervoso, o que conduziria, provavelmente, do ponto de vista médico, a um aumento do consumo de tranquilizantes, etc.

Exemplos no *trabalho agrícola*: grande intensidade de trabalho, esforço, acumulação em unidade familiar, acidentes com máquinas agrícolas – a maior parte da maquinaria que não é pensada em função dos utentes (questões de ergonomia), intoxicações devido a pesticidas, substâncias químicas.

CONCLUSÃO

Concluamos este texto em que fizemos referência às socializações diferentes dos homens e das mulheres, estas tendo ficado, historicamente, do lado de uma cultura e de uma ética do cuidado. Uma parte relevante dos cuidados primários de saúde são, pois, realizados por mulheres nas esferas pública e privada e não são valorizados, enquanto tais, por fazerem parte do trabalho doméstico, ou da função materna-doméstica e das tarefas daí decorrentes. Mesmo os trabalhos desempenhados por mulheres na esfera pública dos cuidados de saúde, incluindo competências técnicas e afectivas, têm um estatuto semelhante. Este trabalho desempenhado em grande parte por mulheres não significa que elas tenham uma capacidade “natural” ou “intuitiva” para o realizarem. Significa somente que são educadas para este tipo de trabalho.

Hoje, no entanto, é necessário perceber que os lugares e os modos de exercer a maternidade, de se ocupar da família, do próprio emprego, já não são os mesmos. Há uma pluralidade de funções exercidas pelas mulheres, mesmo se a definição de mãe pesa sobre o percurso de uma identidade pessoal que se obtém no cruzamento dos fios das várias áreas de exercício das suas actividades. É o sentido do paradoxo de Marie-Blanche Tahon:

“Se efectivamente é o reconhecimento do direito das mulheres a controlar a sua fecundidade que constitui a condição de acesso das mulheres à plenitude dos seus direitos, foi às *mulheres* que foram reconhecidos estes direitos (...) e não às mães” (1995: 220).

Penso que esta é uma das questões cruciais da relação da saúde com as mulheres, numa perspectiva de alargar o leque de intervenção: de modo a que, para os serviços de saúde, esta imagem dominante das mulheres não elimine outras imagens e necessidades, em termos da saúde feminina, dirigindo-se assim a públicos-alvo diferenciados, de jovens, de adultas, de idosas, de migrantes, etc., com características diferentes.

Será ainda indispensável

- A promoção da investigação sobre as causas diferenciais de morbilidade feminina, tendo em conta papéis sociais e estilos de vida diferentes, o que implicará repensar também a masculinidade dominante;
 - A inclusão na formação dos profissionais de uma perspectiva de género;
 - A introdução no currículo escolar da questão do cuidado em termos gerais – de si, dos outros, do espaço público – como questão central de cidadania, articulada aos novos movimentos sociais, como, por exemplo, o feminismo e a ecologia;
 - A colocação de questões como estas da Organização Mundial de Saúde (*Gender & Health*, 1998: 52):
-
- As diferenças na divisão do trabalho expõem as mulheres e os homens a diferentes riscos de saúde?
 - Há diferenças (aparentes) no modo como as mulheres e os homens são tratados, ou na qualidade dos cuidados que recebem?
 - Quem controla o acesso aos recursos relativos à saúde e os critérios para a sua alocação tem em conta os papéis e as necessidades diferentes dos homens e das mulheres?

De um modo geral seria necessário:

Fazer entrar na agenda pública a questão da articulação entre a esfera da produção, da reprodução e do cuidado, dando-lhes um estatuto político, no sentido do bem comum de uma comunidade, uma vez que a saúde é um bem social.

Ao longo deste texto estivemos diante de uma paisagem em mudança: a vida das mulheres mudou, e é essa mudança que obriga a outro olhar sobre o modo como vivem, a sua qualidade de vida e também os cuidados que elas prestam a outros, que é um valor fundamental quando se sabe que as condições de vida são tão importantes quanto os serviços de saúde. Mesmo se, segundo Jonathan Mann: “não existe um quadro conceptual para identificar e analisar os factores essenciais que representam ‘as condições nas quais as pessoas podem ser saudáveis’” (1997: 7), sabendo-se que os factores sociais são fundamentais, talvez que o quadro conceptual geral seja dito por esta afirmação: “os direitos das mulheres são direitos humanos” (Viena, 1993).

Para terminar, gostaria de fazer referência a uma questão latente ao longo deste texto e que não aparece explícita nas descrições de saúde e de doença

nem nos seus contextos sociais, económicos e culturais, questão que nos impede de saber o que é um corpo de mulher (ou de saber se esta questão tem sentido). Falámos, no entanto, de um corpo produtivo, reprodutivo, de um corpo objecto sexual na constante obsessão da sua imagem em perda de auto-estima, e que escamoteia também um corpo de prazer. Apesar da possibilidade de construção de uma identidade em espaços e gostos diferentes, permanece ainda a dificuldade do alargamento dum direito civil fundamental, “o direito a definir o seu próprio corpo” (Berengère Marques Pereira), esse corpo que é dito “inviolável”.

Gostaria de terminar com esta citação da filósofa F. Collin, citação que é todo um programa para uma vida. Diz ela.

“Na relação ao mundo, o corpo expande-se, diversifica-se; gosta de si no processo de se gerar e por este desvio aligeira a sua presença. Abrir as portas, sair, percorrer as ruas de qualquer cidade, pisar a terra, tomar em mãos, agir, ousar empreender, responsabilizar-se, tomar a palavra...” (Collin, 1992: 42).

Agradecimentos

Gostaria de agradecer o apoio neste trabalho da Eng.^a Maria de Lourdes Pintasilgo, Rosário Horta, Centro de Documentação da CIDM.

NOTAS

¹ Projecto POR/77/P05 "Educação para a saúde e motivação para o planeamento familiar integrado com outras actividades de desenvolvimento". Projecto financiado pelo FNUAP (1978-1983) e realizado pela Comissão da Condição Feminina sob coordenação de Bertina Sousa Gomes.

Foram publicados dois livros sobre este trabalho: *Mulheres de Uma Aldeia*, Teresa Joaquim, Ulmeiro, 1985; *Fareginhas, Memórias de Um Projecto*, Bertina Sousa Gomes, Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres, 1991.

² Como foi estudado pela antropóloga Yvonne Verdier no seu livro *Façons de dire, façons de faire, la laveuse, la couturière, la cuisinière*, 1979, Gallimard.

³ Sobre a menstruação e as feiticeiras, ver, P.^o Manoel de Azevedo, "Correcçam de Abusos introduzidos contra o verdadeyro methodo da Medicina & Farol medicinal para Medicos, Cirurgiõens, & Boticarios", I Parte, *Tratado de Fascinaçam, Olhado, ou Quebranto*, 1705, Lisboa.

⁴ Ver Martine Segalen, *Mari ou femme dans la société paysanne*, 1980, Flammarion.

⁵ "Se sobretudo as mulheres têm necessidade de educação, é que elas são seres periódicos. A esse título, elas acham-se constantemente ameaçadas

- e o universo inteiro por esse facto

- (...) quer seja que o seu ritmo periódico diminua e imobilize o curso das coisas, quer ele se acelere e precipite o mundo do caos. Pois o espírito pode facilmente imaginar que as mulheres cessem de gerar e de ter regras ou que sangrem sem parar e dêem à luz constantemente" (Lévi-Strauss, *L'origine des manières de table*, conclusão, citado in C. Clément, 1975: 57).

⁶ "[...] os ritos do parto têm por objecto assegurar-lhe na sociedade geral uma nova situação, enquanto mãe, sobretudo se se trata dum primeiro parto e de um rapaz" (*ibidem*).

⁷ "Algumas notas sobre o Projecto de Relatório que possa servir de base aos projectos de alteração dos arts. 140.^o e 142.^o do Código Penal (Interrupção Voluntária da Gravidez), apresentado pelo Prof. Doutor Walter Osswald". Este texto foi o comentário por mim apresentado ao Relatório-Parecer 19/CNECV/97 sobre os projectos de lei relativos à Interrupção Voluntária da Gravidez, publicado no vol. IV, 1997, do CNECV, 1996, pp. 19-31. O texto apresentado não foi incluído na documentação então publicada.

⁸ "Mas se ser uma mulher não é necessariamente ser uma mãe (biológica e educativa), pode-se querer, e dever-se-ia poder ser ao mesmo tempo uma mulher e uma mãe. [...] Se o solo materno escapa aos homens debaixo dos seus pés, se as mulheres se tornam mulheres, talvez então sejam eles forçados a serem mais humanos, a construírem cidades mais doces, a suspenderem os trabalhos forçados, talvez eles façam passar ternura em todos os momentos e formas de civilizar, talvez se tornem então, por sua vez, mães..." (Collin, pp. 20-22 1992).

⁹ "[...] nenhuma mulher deve ver a sua vida ou a sua saúde ameaçada por uma gravidez. Ela deve ter os meios para levar uma gravidez a termo ou para a interromper em segurança. Além disso, deve dispor de meios de contracepção, na medida em que gravidezes demasiado precoces ou tardias, próximas da menopausa, são prejudiciais à saúde" (Directiva do Conselho da Europa (97), p. 9).

¹⁰ “Entendo por sociedade-providência as redes de relações de interconhecimento, de reconhecimento mútuo e de entreajuda baseadas em laços de parentesco e de vizinhança, através dos quais pequenos grupos sociais trocam bens e serviços numa base não mercantil e com uma lógica de reciprocidade semelhante à da relação de dom estudada por M. Mauss (1950) (BSS, 1993: 48).

¹¹ Para não falarmos já das decisões sobre Planeamento Familiar e ainda a decisão de abortar.

¹² Na Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento (Cairo, 1994, ponto 7.28), foi afirmado sobre a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da SIDA: “As desvantagens sociais e económicas que as mulheres enfrentam tornam-nas particularmente vulneráveis às infecções sexualmente transmissíveis, incluindo a SIDA, tal como é, por exemplo, ilustrado pela sua exposição aos comportamentos de alto risco dos seus companheiros” (*Agenda Global*, 41).

¹³ “Os direitos humanos das mulheres e raparigas são uma parte inalienável, integrante e indivisível dos direitos humanos universais (...) A violência com base no sexo e todas as formas de assédio e exploração sexual, incluindo as que resultam de preconceitos culturais, bem como o tráfico internacional, são incompatíveis com a dignidade e com o valor da pessoa humana, e devem, por isso, ser eliminados” (Conferência Mundial sobre os Direitos Humanos, Viena, 1993).

¹⁴ Nesse sentido, a promoção da divulgação de métodos de Planeamento Familiar inscreve-se no art.º 6.º da Constituição da República Portuguesa sobre a família.

¹⁵ “É possível que a escolha do método anticonceptivo seja influenciado pela disponibilidade, pelo custo e pelo acesso físico, pelas políticas nacionais, por considerações de ordem cultural e religiosa, pelo estado de saúde, pelas preferências dos parceiros e pelo estatuto sócio-económico” (Relatório da UE, 1997: 116).

¹⁶ Estudo no concelho do Porto, amostra de 1053 mulheres operárias.

¹⁷ Constitui o relatório 36/CNECV/2001, publicado na Documentação CNECV, vol. VIII, 2002, pp. 41-82.

¹⁸ Cf. Paola Tabet: 61-146, que analisa um extenso *dossier* sobre o constrangimento das mulheres à fertilidade.

¹⁹ “Tal é o ofício das parteiras: ele é inferior ao meu. Acontece com efeito às mulheres gerarem umas vezes quimeras e outras vezes seres verdadeiros, o que não é fácil de reconhecer. (...) A minha arte de parteiro compreende portanto todas as funções que desempenham as parteiras; mas difere da delas em que eu liberto homens e não mulheres e em que vigio as suas almas em trabalho e não os seus corpos” (Platão, *Teeteto*, 150a-c).

²⁰ Ardaillon.

²¹ Para não falarmos da completa ausência de afectividade expressa sob diferentes formas de violência: psíquica, física, etc. (cf Documento de trabalho, n.º 26/ CNECV/99, reflexão ética sobre a dignidade humana).

²² “Famílias brasileiras e seus desafios como fator de proteção neste final de século” (1993, *mimeo*: 3).

²³ De lembrar as próprias mutações a nível afectivo introduzidas pelas novas tecnologias da reprodução... que se podem interligar (ou serão diferentes?) com as novas relações que se colocam às famílias reconstruídas? Ver Bourg, Claudine (dir.), *Des enfants comme les autres? La santé, le droit et le bien-être des enfants nés de l'assistance médicale à la procréation, Actes du Colloque* “L'Europe et les enfants de la procréatique”, John Libbey Eurotext, Paris, 1996.

²⁴ Cit. in Adrienne Rich, 1980: 187.

²⁵ Talvez antes a questão se inscreva nesta belíssima definição de população: “são os povos da terra, homens e mulheres de carne e osso que nascem, vivem, amam, traba-

lham, se reproduzem, envelhecem e morrem. População não é um objecto inerte de estudo, é um conjunto de sujeitos que escolhem o seu próprio destino" (Ponto 4 das Conclusões do *Seminário Mulheres, População e Qualidade de Vida*, Agosto de 1993).

²⁶ No que estas pretendem encarar as dificuldades e as indecidibilidades das questões que se colocam, não as omitindo atrás de uma retórica que permite (aparentemente) "resolver" a multiplicidade de aspectos que se nos oferecem. Pensar de modo ético é (talvez) pensar de modo afirmativo e, por vezes, no desconforto dessa afirmação, no sentido nietszchiano de afirmação da vida.

²⁷ "De acordo com os resultados obtidos pelo Eurobarómetro, em 1990 [...] Portugal encontra-se a níveis abaixo da média europeia nos factores que apontam para a conciliação da vida familiar e profissional" (Perista e Chagas: 29).

²⁸ "Famílias brasileiras...": 1999, 8.

²⁹ Em 1993, havia atendimento específico para adolescentes em cerca de 13% de Centros de Saúde. Em 1998, essa percentagem ascendeu a 23,5% (Relatório Interministerial..., 1998: 7).

³⁰ Parecer n.º 3/CNECV/93 sobre Reprodução Medicamente Assistida.

³¹ Parecer n.º 14/CNECV/95, sobre questões éticas de distribuição e utilização de recursos de saúde de Maria de Lourdes Pintasilgo, em que é referida esta opinião do comité holandês, 1992: "Enquanto os serviços básicos não forem acessíveis a todos, os serviços para além dos cuidados básicos não são considerados como fazendo parte da saúde financiada pela segurança social" (52). Sendo também afirmado que "o princípio da equidade é princípio ético fundamental no domínio das novas tecnologias" (*idem*, 43).

³² No Relatório Internacional de 1998, são referidas "falhas no abastecimento de métodos contraceptivos; [...] esta situação é particularmente grave no que se refere aos preservativos e aos dispositivos intra-uterinos que, não sendo comparticipados pelo Estado, a sua aquisição é totalmente suportada pelos utilizadores"; e mais adiante: "na maioria dos hospitais verificou-se ainda longas listas de espera para se obter uma laqueação de trompas" (8).

³³ "[...] os países deverão garantir a todos os migrantes os direitos humanos fundamentais que integram a Declaração Universal dos Direitos Humanos" (*Agenda Global*: 18).

³⁴ Quase todos os peritos ouvidos nas audições do CNECV sobre este tema criticaram a política de subsídios e antes apontavam, não só para outro tipo de abordagem das questões, como para estruturas mais flexíveis e próximas das pessoas.

³⁵ "A imagem do indivíduo como ser inteiramente livre e independente, como 'personalidade fechada', que é 'interiormente' autónoma e separada dos outros homens, tem uma longa tradição nas sociedades europeias. Na filosofia clássica, essa figura aparece em cena, por exemplo, como sujeito epistemológico. No papel de *homo philosophicus*, o indivíduo adquire conhecimentos sobre o mundo 'exterior' a si exclusivamente à sua própria custa. Não precisa de os aprender com os outros. Nessa imagem do homem abstrai-se do facto de que se vem ao mundo como criança e de todo o processo de desenvolvimento até ser adulto e enquanto adulto, como sendo irrelevantes" (N. Elias, 1982: 34).

³⁶ "Aspectos teóricos que envolvem o conceito de família e a potencial compatibilização com dados internacionais", IPEA, Brasília, 1999: 10.

³⁷ São suas componentes: a igualdade e a equidade entre mulheres e homens; a não discriminação baseada no sexo; a segurança sexual e reprodutiva, incluindo a não sujeição à violência sexual e à coacção; o direito à vida privada (FNUAP, Situação da População Mundial, 1997).

³⁸ J. Derrida et E. Roudinesco, 2002: 74.

³⁹ Trabalho e obra. Há na obra de H. Arendt uma distinção importante entre trabalho e obra, distinção que é relevante para a questão que aqui abordamos. Arendt define

“trabalho”: “o trabalho é a actividade que corresponde ao processo biológico do corpo humano, cujos crescimento espontâneo, o metabolismo e finalmente a corrupção estão ligados às necessidades da vida que o trabalho produz a fim de alimentar o processo vital” (Arendt, cit. in Enegren, 1984: 35-6), e distingue trabalho de obra, esta sendo algo que é “uma criação autónoma e durável” (*ibidem*). O trabalho estando ligado às tarefas infindas de repetição do quotidiano, às suas condições materiais para que se possa sobreviver, para que “o processo vital” se realize, Arendt não desqualifica esse trabalho, no entanto ele esgota-se em si próprio, na luta contra a entropia, podendo nele eventualmente surgirem também “pequenas singularidades” (M. de Certeau). Locke notou também a distinção entre “o trabalho do nosso corpo” e “a obra das nossas mãos” (*ibidem*). Ora, esta distinção é extremamente interessante em relação a esse trabalho das mãos, dos gestos, de algo que faz surgir o inédito na maternidade, que faz com que o recém-nascido se torne *initium*, se torne presença no mundo. Sobretudo porque na distinção de Locke não há separação entre corpo e espírito: são as mãos que modelam a obra, que ele não coloca do lado da repetição mas da obra que é capaz de produzir, de introduzir diferenças; que modifica o que é dado, transformando-o, sendo portanto uma criação.

⁴⁰ “estar entre, no intervalo, estar separado por um intervalo; estar distante, separado; estar presente, assistir, participar” (J. P. Machado, *Dicionário Etimológico Português*, II vol., 1967: 1307).

⁴¹ “Feto sem forma regular, que se gera no útero da mulher”, e ainda “ter pancada na mola, ter certo desarranjo no juízo” (*Dicionário Contemporâneo da Língua Portuguesa*, Lisboa, Imprensa Nacional, 1881).

⁴² “Que exerce acção, que opera” (*idem*).

⁴³ “Que sofre ou recebe a acção, a impressão (opõe-se a activo); que não actua, que não toma parte activa; inerte, indiferente” (*idem*).

⁴⁴ Cf. Collin sobre o trabalho das mulheres a nível filosófico ou na própria história das mulheres (“A (im)possibilidade de ser filósofa”, in Teresa Joaquim, *As Causas das Mulheres*).

⁴⁵ “[...] a narrativa da imaginação faz advir a narrativa que ainda não é” (Collin, 1999: 204).

⁴⁶ Possa permitir sair, segundo Teresa De Lauretis “do gigantismo” “para as mulheres da Mãe [...] e a maternidade [escondendo] uma história de lutas sociais, pessoais e políticas, pela afirmação duma diversidade entre as mulheres e das mulheres nos confrontos com as instituições e formações culturais hegemónicas” (in Boccia e Zuffa: 1998, 173).

BIBLIOGRAFIA

- ABDELKRIM-CHIKH, Rabia, "Femmes et production des corps: les enjeux économique et symbolique de la fécondité", in *Femmes du Maghreb au présent, La dot, le travail, l'identité*, Ed. CNRS, 1990, Paris, pp. 215-232.
- Aborto, *Decisão da Mulher. Contributo para a história do movimento pelo aborto e contraceção em Portugal*, ed. UMAR, 1998
- Agenda Global, n.º 1, CIDM, 1995.
- Agenda Global, n.º 2, *Plataforma de Acção da Quarta Conferência Mundial das Nações Unidas sobre as Mulheres*, CIDM, 1997.
- Agenda Global n.º 4, *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e Protocolo Opcional*, ed. CIDM, 2000.
- Agenda Global n.º 5, *Plataforma de Acção de Pequim, 1995 & Iniciativas e Acções Futuras. Igualdade de Género, Desenvolvimento e Paz para o Século XXI*, ed. CIDM, 2001.
- ALMEIDA, Ana Nunes de e GUERREIRO, M. das Dores, "A Família", in L. França (ed.), *Portugal, Valores Europeus e Identidade cultural*, IED, 1993, pp. 181-218.
- ALMEIDA, Ana Nunes de, et al., *Padrões Recentes da Fecundidade em Portugal, Cadernos da Condição Feminina*, n.º 41, CIDM, 1995.
- ALVES, Clara Ferreira, "O perdão", *Revista-Expresso*, 26 Janeiro 2002.
- ARDAILLON, Danielle, "O lugar do íntimo na cidadania do corpo inteiro", in *Estudos Feministas*, vol. 5, n.º 2, Rio de Janeiro, 1992.
- Idem, *Cidadania de Corpo Inteiro, Discursos sobre o aborto em número e género*, Tese de doutoramento, U. S. Paulo, 1997.
- A Saúde da Mulher*, Direcção Geral de Saúde, Lisboa, 1999.
- ARIÈS, Philippe, *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime*, Seuil, 1973.
- Idem, *Histoire des Populations Françaises*, Seuil, 1971.
- BADINTER, Elisabeth (ed.), préface à A. L. Thomas, Diderot et Mme D'Épinay, *Qu'est-ce qu'une femme? un débat*, P.O.L., 1989.
- BANDEIRA, Mário Leston (org.), *Aborto e Contraceção em Debate*, ed. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, 1975.
- BARRETO, António (coord.), *A Situação Social em Portugal – 1960-1995*, Cadernos do Público, 1996.
- BARSTED, Leila de Andrade Linhares, "Mulheres, Direitos Humanos e Legislação: Onde Está a Nossa Cidadania?", in H. Saffioti e M. Muñoz-Vargas (org.), *Mulher Brasileira é assim*, Rosa dos Tempos, 1994, pp. 231-270.
- Idem, "Sexualidade e reprodução: Estado e sociedade", in E. Bilac e M. Isabel Rocha (org.) *Saúde Reprodutiva na América Latina e no Caribe. Temas e Problemas*, ed. 34, 1998, pp. 147-181.

- BEAUVOIR, Simone de, *Le deuxième sexe*, Gallimard, 2 vols., 1999 [1949].
- BELEZA, Teresa, "Antígona no reino de Creonte: impacto dos estudos feministas no direito", *A Construção dos Estudos sobre as Mulheres em Portugal II, Ex-Æquo*, n.º 6, 2001, pp. 77-79.
- BELO, Maria, ALÃO, Ana Paula, CABRAL, Iolanda Neves, "O Estado Novo e as Mulheres", in *O Estado Novo das Origens ao Fim da Autarcia, 1926-1959*, vol. II, Fragmentos, 1987, pp. 263-279.
- BOCCIA, M.-L., e ZUFFA, G., *Leclissi della madre. Fecondazione artificiale: Tecniche, fantasie e norme*, Nuova Pratiche Editrice, 1998.
- BOZON, Michel, "Sexualité et Genre", in Laufer, Jacqueline, Marry, Catherine et Maruani, Margaret (org.), *Masculin-Féminin: questions pour les sciences de l'homme*, PUF, 2001, pp. 169-186.
- BRAUNSTEIN, Philippe, "Approches de l'intimité, XIV-XV^e siècle", in Duby, G. (ed.), *Histoire de la vie privée, 2. De l'Europe féodale à la Renaissance*, Seuil, 1986, pp. 526-621.
- BRETELL, C., *Homens Que Partem, Mulheres Que Esperam. Consequências da Emigração numa Aldeia Minhota*, D. Quixote, 1991.
- C. C. F., *Os Portugueses e o Planeamento familiar – Dois Estudos de Opinião sobre Níveis de Conhecimento e Atitudes, Cadernos da Condição Feminina*, n.º 12, 1979.
- CABRAL, João Pina, *Filhos de Adão, filhas de Eva – a Visão do Mundo Camponesa no Alto Minho*, D. Quixote, 1989.
- CALADO, B., SILVA, L. e GUERREIRO, D., "Barreiras e incentivos à vigilância pré-natal – Identificação das barreiras (resultados parcelares)", in *Saúde em Números*, vol. 12, n.º 4, Outubro 1997, Lisboa.
- CANÇO, Dina, *As Mulheres no Censo de 91, Cadernos da Condição Feminina*, n.º 45, CIDM, 1996.
- CASADO, Elena, "A vueltas com el sujeto del feminismo", *Política y Sociedad*, n.º 30, 1999, pp. 73-91.
- Charte de l'IPPF sur les Droits en Matière de Sexualité et de Reproduction*, IPPF, Londres, 1996.
- CHARTIER, Roger, "Les pratiques de l'écrit", in R. Chartier (ed.), *Histoire de la vie privée*, vol. III, *De la Renaissance aux Lumières*, Seuil, 1986, pp. 113-161.
- CLÉMENT, Catherine et CIXOUS, Hélène, *La jeune née*, 10x18, 1975.
- CLEMENT, Grace, *Care, Autonomy and Justice – feminism and the ethic of care*, Colorado, West View Press, 1996.
- COELHO, Alexandra Lucas, "Neste país sem olhos e sem boca", *Público*, 28 Janeiro 2002.
- Colectivo Feminista Sexualidade Saúde, *Saúde das Mulheres. Experiência e Prática do Colectivo Feminista Sexualidade Saúde*, ed. Colectivo Feminista Sexualidade Saúde, 2000.
- COLEMAN, Libby e Arthur, *Gravidez. A Experiência Psicológica*, Colibri, 1994.
- COLLIN, Françoise, "Introduction: l'actualité de Hannah Arendt", in *Hannah Arendt, Les Cahiers du Grif*, n.º 33, Primavera, 1986.
- Idem, "Du privé et du public", *Hannah Arendt. Les Cahiers du Grif*, n.º 33, Primavera, 1986.
- Idem, "Humour en amour", in *Les Cahiers du Grif*, 1992.
- Idem, "Le corps v(i)olé", *Le corps des femmes, Cahiers du Grif*, Complexe, Bruxelles, 1992, pp. 21-44.
- Idem, "Le temps natal", in *Le travail des femmes, Cahiers du Grif*, 1994.
- Idem, *Je partirais d'un mot. Le Champ symbolique*, Fus Art, 1999.
- Idem, *L'Homme est-il devenu superflu? Hannah Arendt*, Odile Jacob, 2000.
- Idem, *Le Différend des sexes. De Platon à la parité*, 2000, ed. Pleins Feux.

- Comissão para a Igualdade no Trabalho e no Emprego, *Pareceres 1995/1996*, CITE, Ministério para a Qualificação e o Emprego, 1997.
- Idem, *Pareceres da CITE sobre Conciliação da Vida Familiar e Profissional*, CITE, Ministério para a Qualificação e o Emprego, 1999.
- Idem, *Proteção da Maternidade e da Paternidade. Legislação*, CITE, Ministério para a Qualificação e o Emprego, 2000.
- Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la vie et de la santé, *Progrès technique, santé et modèle de société: la dimension éthique des choix collectifs*, document n.º 57, 20/3/1998.
- CONNERTON, Paul, *Como as Sociedades recordam*, Celta, 1999.
- CORREIA, Clara Pinto, *O Ovário de Eva*, Relógio de Água, 1998.
- CORTÉS-MAJÓ, Margarita, GARCÍA-GIL, Carmen, ALBERDI CASTELL, Rosa Maria, "Participación de las mujeres en el sistema sanitario", in ONIS, M. e VILLAR, J. (coord.), *La Mujer y la Salud en España – Informe básico*, vol. IV, Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid, 1992, pp. 140-216.
- COSTA, Adélia, *Representações sociais de homens e mulheres – Portugal 1991*, *Cadernos da Condição Feminina*, n.º 34, CIDM, 1992.
- COSTA, Albertina, "É viável o feminismo nos trópicos? Resíduos de insatisfação", in *Cadernos de Pesquisa*, n.º 66, S. Paulo, Agosto 1988, pp. 63-69.
- Idem e Amado, T. (org.), *Alternativas Escassas. Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina*, ed. 34, 1994.
- COSTA, António Firmino, e VIEGAS, José Manuel Leite (coord.), *Portugal, que Modernidade?*, Celta, 1998.
- DALARUN, J., "Regards de clercs", in C. Lapisch-Zuber (org), *Histoire des Femmes en Occident*, vol. II (*Le Moyen Âge*), Plon, 1991, pp. 31-54.
- DARMON, Pierre, *Le mythe de la procréation à l'Âge baroque*, J. J. Pauvert, 1977.
- Idem, *Mythologie de la femme dans l'Ancienne France*, Seuil, 1983.
- DERRIDA, J., e ROUDINESCO, E., *De quoi demain*, Fayard/Galilée, 2002.
- DUBY, Georges, "L'émergence de l'individu – Situation de la solitude aux XI^e-XII^e", in *Histoire de la vie privée*, 2. *De l'Europe féodale à la Renaissance*, Seuil, 1986, pp. 526-621.
- DUDEN, B., *L'invention du fœtus. Le corps féminin comme lieu public*, Descartes & Cie, 1996.
- EHRENREICH, Barbara, e ENGLISH, Deirdre, *Sorcières, Sages-femmes et Infirmières – Une histoire des Femmes et de la Médecine*, Remue-Ménage, Montréal, 1976.
- Estudo Nacional de Literacia – Relatório Preliminar*, Instituto de Ciências Sociais, Lisboa, 1995.
- ENEGREN, André, *La Pensée Politique de Hannah Arendt*, Paris, PUF, 1984.
- ELIAS, Norbert, *O Processo Civilizacional*. [1939], D. Quixote, 1989.
- FERRÃO, João, *A Demografia Portuguesa*, *Cadernos do Público*, 1996.
- FERREIRA, Virgínia, "Padrões da segregação das mulheres em Portugal – uma avaliação do caso português no quadro europeu", in B. S. S. (coord), *Portugal: Retrato Singular*, Afrontamento, 1993, pp. 233-257.
- Idem, "A reprodução e as novas tecnologias: da volatilização da maternidade à materialização da paternidade", in *Ex-Æquo*, n.º 1, 1999, pp. 33- 43.
- FIADREIRO, M. Antónia, *Cronologia da Luta das Mulheres 1974-1988*, ed. Liga dos Direitos das Mulheres, 4 de Março 1989.
- FINZI, Silvia, *El niño de la noche. Hacerse mujer, hacerse madre*, Cátedra, 1990.
- FLANDRIN, J.-L., *Un temps pour embrasser – Aux origines de la morale sexuelle occidentale (VI-XI siècles)*, Seuil, 1983.
- FNUAP, *A Situação da População Mundial, 1997: o Direito de Escolher: Direitos Reprodutivos e Saúde Reprodutiva*, Fundo das Nações Unidas para População (versão portuguesa).

- FOUCAULT, M., *L'usage des plaisirs*, Gallimard, 1984.
- FRANÇA, Luís de (coord.), *Portugal: Valores Europeus, Identidade Cultural*, I.E.D., 1993.
- FRANKLIN, S., "Introduction", in S. Franklin e H. Ragoné (ed.), *Reproducing, Reproduction. Kinship, Power and Technological Innovation*, Univ. Pennsylvania Press, 1998.
- Idem, "Biologization Revisited: Kinship Theory in the Context of the New Biologies", in S. Franklin e S. Makinnon (ed.), *Relative Values: Kinship Studies Reconfigured*, Duke Univ. Press, 2001.
- FREYRE, Gilberto, *Casa Grande e Sanzala*, [1933], Livros do Brasil, 1957.
- FURET, François et OZOUF, Jacques, "L'alphabétisation: trois siècles de métissage culturel", *Annales, E.S.C.*, 32 (3) – Maio/Junho, 1977, pp. 488-502.
- GIL, J., *Metamorfoses do Corpo*, A Regra do Jogo, 1980.
- Idem, *Monstros*, Quetzal, 1994.
- Idem, *Salazar: a Retórica da Invisibilidade!*, Relógio d'Água, 1995a.
- Idem, "Uma produção de silêncio", *Revista Expresso*, 16 / Dezembro / 95b.
- Idem, "A não-expressão da guerra colonial", *Público*, 24 / Abril / 95c.
- Idem, "Euforia de terror", *Elipse. Gazeta Improvável*, 3, Primavera 99, pp. 33-41.
- GODBOUT, Jacques, *Lesprit du don*, La Découverte, 1992.
- GOLDANI, Ana Maria, "Aspectos teóricos que envolvem o conceito de família e a potencial compatibilização com dados internacionais", subprojecto para Rede de Pesquisa e Desenvolvimento de Políticas Públicas, IPEA, Brasília, 1999a.
- Idem, "Famílias brasileiras e seus desafios como factor de protecção neste final de século", subprojecto para Rede de Pesquisa e Desenvolvimento de Políticas Públicas, IPEA, Brasília, 1999b.
- GOMES, Bertina Sousa, *Farejinhas – Memória de um Projecto*, CIDM, 1992.
- GORJÃO, Vanda, *Mulheres em Tempos Sombrios. Oposição Feminina ao Estado Novo*, Imprensa de Ciências Sociais, 2002.
- GUERREIRO, António, "O homossexual como pária", *Elipse. Gazeta Improvável*, 2, Outono 98, pp. 18-21.
- Hastings Center Report, *The Goals of Medicine setting new priorities, an International Project of the H. Center, Special Supplement*, Nov.-Dez. 1996.
- HIPPOCRATE (ed. 1881), *Oeuvres Complètes, Livre VIII*, Paris, Chez J. B. Baillièrre (trad. de E. Littré).
- HEILBORN, M.^a Luiza (org.), *Sexualidade. O Olhar das Ciências Sociais*, Jorge Zahar, 1999.
- Igualdade de Oportunidades entre Homens e Mulheres na Lei – Compilação de disposições nacionais e comunitárias*, CIDM, *Cadernos da Condição Feminina*, n.º 50, 1998.
- I.N.E., *Estatísticas de Saúde*, Lisboa, 2000.
- I.N.E., *Mulheres e Homens em Portugal nos anos 90*, Lisboa, 2002.
- Inquérito Nacional de Saúde 1995/96*.
- IPPF, *Charte de l'IPPF sur les Droits en Matière de Sexualité et de Reproduction*, IPPF, Londres, 1996.
- IRIGARAY, Luce, *Ce sexe que n'en est pas un*, Paris, Minuit, 1977.
- Idem, *Le Temps de la Différence. Pour une révolution pacifique*, Le Livre de poche, 1989.
- ITURRA, Raul, *A Construção Social do Insucesso Escolar, Memória e Aprendizagem em Vila Ruiva*, Escher, 1990.
- Idem, *O Imaginário das Crianças, Fim de Século*, 1997.
- JOAQUIM, Teresa, *Dar à Luz. Ensaio sobre as práticas da gravidez, Parto e Pós-Parto em Portugal*, Lisboa: D. Quixote, 1983.
- Idem, *Menina e Moça, A Construção Social da Feminilidade, Séculos XVII-XIX, Fim de Século*, 1997.
- Idem, *As Causas das Mulheres*, Livros Horizonte, 2006.

- JUSTO, João, "Gravidez adolescente, maternidade adolescente e bebés adolescentes: Causas, consequências, intervenção preventiva, e não só", in *Revista Portuguesa de Psicossomática*, n.º 2, vol. II, Jul./Dez. 2000, pp. 97-147.
- KITZINGER, Sheila, "Birth and violence against women. Generating hypotheses from women's accounts of unhappiness after childbirth", in Roberts, H., *Women's Health Matters*, Routledge, Londres, 1992, pp. 63-80.
- La Salud laboral de las Mujeres*, XIV, Instituto de la Mujer, Ministerio do Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, 1996.
- LABORIE, Françoise, "Femmes, embryons et hommes de sciences", *Le sexe des sciences, Les femmes en plus. Revue Autrement*, 1992.
- Idem*, "Novas Tecnologias de Reprodução: risco ou liberdade para as mulheres?", *Estudos Feministas*, n.º 2/93, pp. 435-447.
- LLÁCER, Alicia, e COLOMER, Concha, "Utilización de servicios sanitarios", in ONIS, M., e VILLAR, J. (coord.), *La Mujer y la Salud en España - Informe básico*, vol. IV, Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales, Madrid, 1992, pp. 74-137.
- LAQUEUR, T., *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*, trad. M. Gautier, Gallimard, 1992.
- LERENO, Isabel, *Guia dos Direitos da Maternidade e Paternidade*, Col. Informar as Mulheres, n.º 18, CIDM, 1998.
- LISPECTOR, Clarice, *Perto do Coração Selvagem*, s/ data, Ed. Livros do Brasil.
- LOPES, Margarida Chagas, e PERISTA, Heloísa *A Posição das Mulheres no Mercado de Trabalho entre 1983 e 1990*, CISEP, 1991.
- Idem*, *A Licença de Paternidade. Um Direito Novo para a Promoção da Igualdade*, CITE, 1999.
- LOURENÇO, N., LISBOA, M., e PAIS, F., *Violência contra as Mulheres*, CIDM, 1997.
- MAGALHÃES, Maria José, *Movimento Feminista e Educação. Portugal, Décadas de 70 e 80*, Celta, 1998.
- MANN, Jonathan, "Medicine and Public Health, Ethics and Human Rights", *Hastings Center Report*, Maio-Junho 1997, pp. 6-13.
- MARQUES-PEREIRA, Berengère, "Citoyenneté et représentations; quelques repères utiles à l'analyse comparative", in Alisa Del Re et Jacqueline Heinen (ed.), *Quelle citoyenneté pour les femmes? La crise des États-providence et de la représentation politique en Europe*, 1996, L'Harmattan, pp. 65-74.
- Idem* e CARRIER, A. (1996), "Les droits reproductifs: vers une quatrième génération de droits", B. M.-P. e A.C (ed.), *La citoyenneté sociale des femmes au Brésil, Action collective, reproduction, informalité et domesticité*, CELAIS et L'Harmattan.
- MARTIN, E., "The Fetus as Intruder. Mother's Bodies and Medical Metaphors", in R. Davies-Floyd, *Cyborg Babies*, N. Y., 1998, pp. 125-142.
- METRASS, Célia, MEDEIROS, Helena de Sá, HORTA, M. Teresa, *Aborto. Direito ao Nosso Corpo*. Inquérito organizado por Ed. Futura, 1975.
- MORAIS, Maria Mantero, e CARVALHO, José Eduardo, *Presença das Mulheres no Ensino Superior em Portugal. Cadernos da Condição Feminina*, n.º 37, CIDM, 1993.
- MOUFFE, Chantal, *O Regresso do Político*, Lisboa, Gradiva, 1996.
- M.S./D.G.S., *A Saúde dos Portugueses*, Direcção Geral de Saúde, Lisboa, 1997.
- Necessidades não Satisfeitas em Saúde Materna e Planeamento Familiar*, Direcção Geral de Saúde, Lisboa, 2000.
- NOBILE, Annunziata, *Le contexte démographique et socio-économique de la naissance*, Conselho da Europa, Maio 1994.
- NUNES, Berta, *O Saber Médico do Povo*, Fim de Século, 1997.
- OLIVEIRA, Rosângela Soares de, CARNEIRO, Fernanda, *Corpo: Meu Bem, Meu Mal, III Seminário de Teologia e Direitos Reprodutivos: Ética e Poder*, ed. ISER, R. J., 1995.

- OMS, *As Metas da Saúde para Todos – Metas da Estratégia Regional Europeia de Saúde para Todos*, Dep. M.S., 1985.
- Idem, *Gender and Health, Technical Papers*, WHO, Genebra, 1998.
- O'NEILL, B.-J., *Proprietários, Lavradores e Jornaleiras. Desigualdade Social numa Aldeia Transmontana, 1870-1978*, D. Quixote, 1984.
- ONIS, Mercedes de, e VILLAR, José (coord.), *La Mujer y la Salud en España – Informe Básico*, vol. IV, Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales, 1992.
- PARKER, Richard, *Na Contramão da AIDS. Sexualidade, Intervenção, Política*, ed. 34, 2000
- PERISTA, Heloísa, “O Uso do Tempo”, in *Indicadores para a Igualdade – Uma Proposta Inadiável*, CIDM, 1997.
- PETCHESKY, Rosalind Pollack, “Direitos sexuais: um novo conceito na prática política internacional”, in Barbosa e Parker, pp. 15-38.
- PINTASILGO, Maria de Lourdes, “Questões éticas na distribuição e utilização dos recursos para a Saúde”, Parecer n.º 14/CNECV/95, *Documentação*, vol. III (1995-1996), Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa.
- PINTASILGO, Maria de Lourdes (coord.), Comissão Independente de População e Qualidade de Vida, *Cuidar o Futuro – Um Programa Radical para Viver Melhor*, Trinova, 1998.
- Políticas para a Igualdade na União Europeia – Elaboração de Novos Indicadores para a Sua Avaliação*, CIDM, 1996.
- Políticas Públicas para as Mulheres no Brasil: Balanço Nacional – 5 anos após Beijing*, Articulação de Mulheres Brasileiras, 2000.
- Portugal – Situação das Mulheres, 1997*, CIDM (PSM 97).
- Portugal – Situação das Mulheres, 1999*, CIDM (PSM 99).
- Protecção da Maternidade e da Paternidade – Legislação*, ed. CITE, 1998.
- Rede de Referência Materno-Infantil*, Direcção Geral de Saúde, Lisboa, 2001.
- RÉGNIER-BOHLER, Danièle, “Voix littéraires, voix mystiques”, in C. Lapisch-Zuber (ed.), *Histoire des Femmes en Occident*, vol. II (*Le Moyen Âge*), Plon, pp. 443-500, 1991.
- Relatório da Comissão sobre o Estado de Saúde das Mulheres na Comunidade Europeia*, Comissão das Comunidades Europeias, Bruxelas, 1997.
- Relatório da Comissão Interministerial para a elaboração dum plano de acção em educação sexual e planeamento familiar*, Lisboa, Setembro de 1998.
- RICH, Adrienne, *Naître d'une femme, la maternité en tant qu'expérience et institution*, Denoël-Gonthier, 1980.
- ROBERTS, Helen, *Women's Health Matters*, Routledge, 1992.
- RODRIGUES, J. A., “Continuidade e Mudança nos Papéis das Mulheres Portuguesas Urbanas: o Aparecimento de Novas Estruturas Familiares”, *Cadernos da Condição Feminina*, n.º 40, 1995.
- ROSETA, Helena, “O PS, o aborto e o julgamento da Maia”, *Público*, 29 Janeiro 2002.
- ROUSSELLE, A., “Gestes et signes de la famille dans l'Empire romain”, in A. Burguière, C. Klapisch-Zuber, M. Segalen e F. Zonabend (eds.), *Histoire de la Famille*, vol. I, *Mondes lointains, Mondes anciens*, A. Colin, pp. 231-269, 1986.
- SÁ, Eduardo, *A Maternidade e o Bebê*, Fim de Século, 1997.
- Salud laboral de las Mujeres (La)*, XIV, Instituto de la Mujer, Ministerio do Trabajo y Asuntos Sociales, 1996.
- SANTOS, Boaventura Sousa, “O Estado, a Sociedade e as Políticas sociais: o caso das políticas de saúde”, *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 23, Setembro 1987, Coimbra, pp. 13-74.
- Idem, “O Estado, as relações salariais e o Bem-Estar social na semiperiferia: o caso português”, idem (coord.), *Portugal: Retrato Singular*, Afrontamento, Porto, 1993, pp. 17-56.

- Idem, "Onze teses por ocasião de mais uma descoberta de Portugal", in *Pela Mão de Alice, O Social e o Político na Pós-Modernidade*, Afrontamento, 1994.
- Saúde Reprodutiva. *Doenças Infecciosas e Gravidez*, Direcção Geral de Saúde, Lisboa, 2001.
- Saúde Reprodutiva. *Planeamento familiar*, Direcção Geral de Saúde, Lisboa, 1998.
- Saúde. *Um Compromisso. A Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002)*, Ministério da Saúde, 1999.
- SCHNEIDER, Monique, *Généalogie du masculin*, Aubier, 2000.
- SEGALEN, Martine, *Mario et femme dans la société Paysanne*, Flammarion, 1980.
- SILVA, José Carlos Gomes da, *Identidade Roubada. Ensaios de Antropologia Social*, Gradiva, 1994.
- IDEM E PERISTA, Heloisa, "As Portuguesas e a União Europeia, Prospectiva para a acção", *Cadernos da Condição Feminina*, n.º 44, CIDM, 1995.
- SISSA, Giulia, "La famille dans la cité grecque (v^e-iv^e siècles av. J.-C.)", in A. Burguière, C. Klapisch-Zuber, M. Segalen e F. Zonabend (eds.), *Histoire de la Famille*, vol. 1, *Mondes lointains, Mondes anciens*, A. Colin, pp. 163, 193, 1986.
- Idem, "Philosophies du genre. Platon, Aristote et la différence des sexes", in P. Schmitt Pantel (ed.), *Histoire des Femmes en Occident*, vol. 1 (*L'Antiquité*), Plon, pp. 65-99, 1991.
- Idem, *L'âme est un corps de femme*, Odile Jacob, 2000.
- STANLEY, L. (ed.) (1997). *Knowing Feminisms, On Academic Borders, Territories and Tribes*, Sage Publication, Londres.
- TABET, P., "Fertilité naturelle, reproduction forcée", in Claude-Mathieu, Nicole (org.), *L'arraisonnement des femmes. Essais en anthropologie des sexes*, Cahiers de l'Homme, série XXIV, E.H.E.S.S., 1985.
- TAHON, Marie Blanche, *La Famille désinstituée – Introduction à la Sociologie de la Famille*, Presses de l'Université d'Ottawa, 1995.
- TAVARES, Manuela, *Movimentos de Mulheres. Roteiro Cronológico – 70-90*, Depart. das Mulheres da UDP, 2000.
- TUBERT, Silvia, *Mulheres sem Sombra – Maternidade e Novas Tecnologias Reprodutivas*, Rosa dos Tempos, Rio de Janeiro, 1996.
- Idem, *Figuras de la madre*, Cátedra, 1996.
- Idem, *Figuras del padre*, Cátedra, 1997.
- VALE DE ALMEIDA, Miguel, "O sexo hipócrita", *Público*, 9 Junho 1993.
- Idem, *Senhores de Si, Uma Interpretação Antropológica da Masculinidade*, Fim de Século, 1995.
- VALIENTE, Célia, *The Feminist Movement in Post-authoritarian Portugal and Spain (1974-1997)*, polic., Univ. Autònoma Madrid, 1997.
- VALLS-LOBET, Carme, "Aspectos de la morbilidad diferencial", in *Cuadernos CAPS*, n.º 16, Outono 1991, Barcelona, pp. 8-32.
- Idem, "Salud laboral y morbilidad", in *Mujeres, Trabajo, Salud, Cuadernos CAPS*, n.º 24, Primavera 1996, pp. 7-14.
- Idem, "Conclusiones Forum Estatal: Mujeres, Trabajo, Salud", in *Cuadernos CAPS*, n.º 24, Primavera 1996, pp. 39-45.
- VAQUINHAS, Irene, "Breve reflexão historiográfica sobre a história das mulheres em Portugal: o século XIX", in *Faces de Eva*, n.º 3, 2000, pp. 81-91.
- VASCONCELOS, Pedro, "Práticas e discursos da conjugalidade e da sexualidade dos jovens portugueses", in Cabral, Manuel Villa-Verde, e Pais, João Machado (org.), *Jovens Portugueses Hoje. Resultados do Inquérito de 1997*, Celta, 1998, pp. 215-305.
- VICENTE, Ana, *As Mulheres em Portugal na Transição do Milénio, Valores, Vivências, Poderes nas Relações Sociais entre os Dois Sexos*, Multinova, 1998.

- IDEM E SOUZA, M.^a Reynolds, *Planeamento Familiar em Portugal. Como se Desenvolve Um Projecto de Informação e de Educação*, C. C. F., col. Planeamento familiar, 1983.
- VILAR, Duarte, "Aborto: representações e práticas", in *Sexualidade e Planeamento Familiar*, n.º 32, Nov.-Dez. 2001, pp. 13-18.
- WALL, Karin, "Indicadores da Discriminação de Género na Família - Comentário", in *Indicadores para a Igualdade - Uma Proposta Inadiável*, CIDM, 1997.
- W. H. O., *Gender and Health, Technical Papers*, WHO, Genebra, 1998.
- WOLF, Naomi, *O Mito da Beleza*, Círculo de Leitores, Lisboa, 1994.