

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Departamento de Sociologia

**Dissertação de Mestrado em Sociologia
Área de Especialização Recursos Humanos e
Desenvolvimento Sustentável**

**As Mães Adolescentes no
Concelho de Faro**

Marina Pimentinha Raposo

Évora, Fevereiro de 2002

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Departamento de Sociologia

As Mães Adolescentes no Concelho de Faro

**Dissertação de Mestrado em Sociologia
Área de Especialização Recursos Humanos e
Desenvolvimento Sustentável**

Orientador: Professor Doutor Francisco Ramos



131568

**" Esta dissertação não inclui as
críticas e sugestões feitas pelo júri "**

Marina Pimentinha Raposo

**Universidade de Évora
Fevereiro 2002**

316.334.22

131568

Agradecimentos:

Ao Senhor Professor Doutor Francisco Ramos que orientou a realização deste trabalho;

Às mães adolescentes que partilharam comigo a sua experiência;

Pais e marido;

Na impossibilidade de enumerar um a um, o meu agradecimento a todos aqueles que, pela amizade ou orientação, ofereceram contributos para a realização deste estudo.

Índice

ABREVIATURAS

<u>INTRODUÇÃO</u>	10
<u>CAPÍTULO I – A PROBLEMÁTICA</u>	21
1 – Caracterização do Fenómeno	21
2 – Adolescência e Gravidez	27
2.1 – Implicações Sociais, Psicológicas e Físicas da Maternidade na Adolescência	31
3 – Fundamentação Teórico - Conceptual	34
3.1 – Modelo Hierárquico Compensatório (Cantor 1992)	34
3.2 – Rede Social e Suporte Social	39
3.2.1 – Rede Social – Definição	39
3.2.2 – Características da Rede Social	40
3.3 – Suporte Social e Gravidez na Adolescência	42
3.4 – Suporte Social – Tipo e Funções	48
4 – Educação Sexual e Planeamento Familiar	50
4.1 – Políticas de Saúde	50
5 – Retrato Estatístico da Situação a Nível de Portugal / Algarve / Concelhos	59

<u>CAPÍTULO II - O CONTEXTO</u>	66
1- Enquadramento Histórico-Geográfico	66
1.1 - População e Qualidade de Vida.....	68
1.2 - Saúde.....	70
1.3 - Estrutura Sócio-Económica- Enquadramento Geográfico.....	71
1.4 - Demografia e Povoamento.....	72
1.5 - Caracterização do Meio Envolverte.....	73
1.6 - Síntese Geral do Sotavento Algarvio.....	77
<u>CAPÍTULO III – A METODOLOGIA</u>	80
1 – Tipo de Estudo	81
2 – População em Estudo	83
3 – Técnicas de Recolha e Tratamento de Dados	84
3.1 - Análise Documental.....	84
3.2 - Observação Directa.....	85
3.3 - Ficha Inquérito.....	85
3.4 - Entrevista.....	86
3.5 - Análise de Conteúdo.....	88
3.6 - Duas Histórias de Vida.....	90
<u>CAPÍTULO IV - TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS</u>	92
1 – Caracterização Sócio-Demográfica da Adolescente	92
2 – Vivência da Gravidez	95
3 – Caracterização da Habitação	98
4 – A Adolescente, o Bebê e o Pai do Filho	99
5 – A Adolescente e as Relações Familiares	104
6 – A Educação Sexual e a Adolescente	112
7 – A Adolescente e o Dia-a-Dia	118
8 – Fragmentos para Histórias de Vida	122
<u>CONCLUSÃO</u>	125
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	
<u>ANEXOS</u>	

Índice de Quadros

Quadro 1 – Características das Redes Sociais	41
Quadro 2 - Objectivos do Planeamento Familiar	58
Quadro 3 - População de Adolescentes a nível de Portugal e Algarve (%)	59
Quadro 4 - População de Adolescentes (10 – 19 anos) no Algarve por concelho (%) – 1996.....	60
Quadro 5 - Recém Nascidos de mãs adolescentes no Algarve % de casos 1991 / 1997	61
Quadro 6 - Recém Nascidos de mãs adolescentes em Portugal - % de casos 1991 / 1997	61
Quadro 7 - Recém Nascidos de Mãs Adolescentes em Portugal – Nº de Casos.....	62
Quadro 8 - Recém Nascidos de Mãs Adolescentes em Portugal – Nº de Casos Por Grupo Etário.....	62
Quadro 9 - Recém Nascidos de Mãs Adolescentes no Algarve – Nº de Casos.....	63
Quadro 10 - Recém Nascidos de Mãs Adolescentes no Algarve – Nº de Casos Por Grupo Etário.....	63
Quadro 11 - Recém Nascidos de mãs adolescentes dos 10 aos 19 anos no Algarve - % Média de casos por Concelho - Ano 1989 – 1993.....	64
Quadro 12 - Recém Nascidos de Mãs Adolescentes (10 -19 anos) – % Média de Casos por Concelho 1993 – 1996	65
Quadro 13 - Nados Vivos Segundo a Idade e Instrução da Mãe no Algarve	65
Quadro 14 - População Residente e Densidade, por Concelhos, em 1981 E 1991	69
Quadro 15 - Evolução Demográfica.....	70
Quadro 16 – Indicadores sobre as freguesias do concelho de Faro.....	77
Quadro 17 - Idade.....	92
Quadro 18 - Ano de Nascimento	93
Quadro 19 - Freguesias.....	93
Quadro 20 – Idade à data do nascimento.....	94
Quadro 21 - A gravidez foi.....	95

Quadro 22 – Atitude face à gravidez	95
Quadro 23 – A gravidez trouxe problemas? Que problemas?.....	95
Quadro 24 - Estado Civil.....	97
Quadro 25 - Tipo de Alojamento.....	98
Quadro 26 - Nº de Divisões	98
Quadro 27 - Nº de Quartos.....	98
Quadro 28 – Com quem vive o seu filho.....	99
Quadro 29 – Permanência diária do bebé	99
Quadro 30 - Idade do Pai do Bebé	100
Quadro 31 - Nacionalidade do Pai do Bebé	100
Quadro 32 - Ocupação do Pai do Bebé.....	100
Quadro 33 - O Pai do Bebé aceitou a gravidez.....	101
Quadro 34 - Aceitação do Filho.....	101
Quadro 35 – Tipologia de relações – Companheiro.....	101
Quadro 36 - Apoio do Pai do filho.....	102
Quadro 37 - Causas do desinteresse	103
Quadro 38 – Tipo de família actual.....	104
Quadro 39 - Constituição da família	104
Quadro 40 – Relação positiva com os pais	105
Quadro 41 – Relação negativa com os pais.....	106
Quadro 42 – Tipologia de relações – Família do Companheiro.....	107
Quadro 43 – Apoio da família durante a gravidez e após o nascimento do bebé.....	107
Quadro 44 - Profissão do Pai da adolescente.....	108
Quadro 45 – Profissão da Mãe da adolescente.....	108
Quadro 46 – Nível de Instrução do Pai.....	109
Quadro 47 – Nível de Instrução das Mães	109
Quadro 48 – Rendimento do Agregado Familiar	109
Quadro 49 – Tipologia de relações – Vizinhos.....	110
Quadro 50 – Tipologia de relações – Amigos.....	110
Quadro 51 – Onde os adquiriu	112
Quadro 52 – Quem a esclareceu.....	113

Quadro 53 – Quem a aconselhou.....	113
Quadro 54 - Consultas de planeamento Familiar	114
Quadro 55 - Centro de Saúde.....	115
Quadro 56 - Teve apoio do Centro de Saúde.....	115
Quadro 57 - O que lhe faltou?	116
Quadro 58 - Sugestões para a Melhoria dos Serviços	116
Quadro 59 - Situação perante o trabalho	118
Quadro 60 – Tipologia de ocupação diária	118
Quadro 61 – Rotinas diárias	119
Quadro 62 – Tipos de actividades - Tempos livres	119
Quadro 63 – Planos para o futuro incluindo o filho	120

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Evolução Da População Residente No Algarve	70
---	-----------

Índice de Figuras

Figura 1 - O Des...vio das Adolescentes Grávidas	32
Figura 2 - Rede de Suporte Social	52
Figura 3 - Região do Algarve.....	67
Figura 4 – O Concelho de Faro Inserido na Região Algarve.....	76

Índice de Esquemas

Esquema 1 – Modelo Hierárquico Compensatório de Cantor (1992).....	36
---	-----------

ABREVIATURAS

APF – Associação para o Planeamento Familiar

CRP – Constituição da República Portuguesa

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

SIDA – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UNICEF – Fundo Internacional de Emergência para a Infância nas Nações Unidas

Sumário

A inquietude por mim sentida sobre a vida de uma mãe adolescente no exercício da minha actividade laboral, foi o móbil fundamental para a elaboração deste estudo tanto a nível teórico como prático. Tendo como objectivo aprofundar o conhecimento sobre a vida quotidiana das mães adolescentes no Concelho de Faro, com dezanove e/ou menos anos, parti para a pesquisa com a questão orientadora: ***Como se processa a vida pessoal e familiar das mães adolescentes no Concelho de Faro?***

Porque a abordagem se destinava a conhecer a vida da adolescente, optei por um estudo descritivo. A gravidez na adolescência é uma problemática extremamente complexa, associada a múltiplas variáveis (biofisiológica, psicológicas, psicossociais e culturais), foi abordada numa perspectiva sistémica dando particular relevância a três níveis: família, escola e sociedade.

A recolha empírica dos dados foi efectuada no domicílio das intervenientes, o instrumento produtor de informação utilizado foi a ficha inquérito e a entrevista, recorrendo para esta última ao registo magnético. Com base no tratamento e análise de dados verificou-se que as adolescentes iniciam a vida sexual precocemente e geralmente, proveêm de famílias de fracos recursos económicos, com baixo nível de escolaridade, sendo alvo de intervenção social por parte de diversas instituições. Assim, a maternidade na adolescência é encarada como um problema social, na medida em que é visto como um comportamento de exclusão, particularmente na escola.

Introdução

O presente documento, insere-se no âmbito do Mestrado em Sociologia – Variante Recursos Humanos e Desenvolvimento Sustentável, sob a orientação do Professor Doutor Francisco Ramos. A investigação recaiu sobre o tema " As mães adolescentes no Concelho de Faro " e incidiu em jovens adolescentes com idades até aos dezanove anos, uma vez que esta é a idade limite segundo a OMS para analisar na adolescência este fenómeno. O estudo efectuado teve como suporte institucional o Centro de Saúde de Faro, instituição da qual foi seleccionada a população alvo. O campo de análise foi limitado em termos geográficos ao Concelho de Faro pelas seguintes razões:

Razões de ordem profissional – Porque o desenvolvimento da actividade profissional nesta área permitiu um conhecimento do meio e da realidade acerca desta problemática tão preocupante, conforme revelam os dados estatísticos. Convém ainda referir que há já um conhecimento prévio dos casos existentes, os quais justificam devido ao número de casos a realização da pesquisa;

Razões de ordem temporal – Dado que existem prazos académicos a cumprir, o estudo limita-se a uma área geográfica restrita já referido anteriormente;

Razões de ordem económica - A delimitação geográfica prendeu-se igualmente com motivos de ordem económica, reduzindo os custos relativamente às distâncias a percorrer na elaboração do trabalho de campo com as mães adolescentes.

Procurou-se com este estudo uma melhor compreensão do fenómeno no sentido da valorização do seu impacto biológico, psicológico e social. Assim, a sua escolha foi à priori identificado como complexo ou seja deveria ser encarado numa perspectiva plurifacetada, multidisciplinar e contextualizada no todo do desenvolvimento integral do indivíduo / adolescente.

Para uma breve apresentação do tema, considerou-se oportuno delimitar o período no qual ele está inserido – adolescência. Desta forma considera-se um período do processo de desenvolvimento humano com tarefas psicológicas complexas a realizar no plano emocional, sexual, intelectual e social, que estão relacionadas com as alterações físicas, o estabelecimento de uma relação heterossexual, a emancipação perante os pais, a interiorização de valores éticos e morais e a aquisição duma identidade que integrará todas estas dimensões. Assim, a gravidez neste momento da vida é um problema que afecta os jovens, o bebé e a família porque não está psicoafectivamente maduros para a vivenciar. A gravidez na adolescência, é multicausal e a sua etiologia está relacionada com a uma série de aspectos que estão inter-relacionados e que vão, desde a diminuição da idade da menarca (primeira menstruação), até ao aumento do número de adolescentes na população geral. Especula-se que as adolescentes engravidam cada vez em idades mais precoces. Note-se que a idade da menarca tem-se adiantado cerca de quatro meses por década no nosso século, sendo que a idade média para que ocorra varia entre os 12.5 e os 13.5 anos. Evidentemente, quanto mais precoce ocorrer a menarca, mais exposta estará a adolescente.

A complexidade do problema origina uma multiplicidade de consequências tais como:

- Aborto ou morte fetal;
- Trabalho de parto traumatizante que conduz a uma perturbação da relação mãe / filho e a problemas com futuras gravidezes;
- Depressão;
- Culpabilização;
- Situações agravadas em termos económicos e sociais;
- Abandono escolar;
- Factores genéticos e sociais, a relação da mãe com a própria família, na infância e no decurso da gravidez, influem no desenvolvimento de um vínculo correcto;
- Rejeição a nível familiar, escolar e social.

Na década de sessenta as actividades sociais em relação às mãs jovens, segundo Laurinda Alves (1998), eram de " exclusão " mais especificamente de marginalização quando estas apareciam grávidas fora do casamento. Posteriormente eram enviadas para casas de familiares distantes, sendo mais tarde os filhos entregues aos conventos. Durante a década de setenta evidenciou-se que a gravidez nas adolescentes era principalmente um problema social com conseqüências médicas, *"observou-se nos registos obstétricos das adolescentes os seguintes problemas: pobreza, nutrição inadequada e a má saúde relacionada com a idade da maternidade"* (OMS 1985: 125).

Por seu turno, na década de oitenta, verificou-se um aumento continuado das taxas de nascimento em mulheres com menos de vinte anos de idade, o que está associado ao incremento da proporção de adolescentes que são sexualmente activas. Entre as adolescentes de quinze anos de idade a proporção das que são sexualmente activas aumentou em 17 % em 1980 para 20% em 1988 (Encontro Internacional das Comunicações 1994). É a partir deste fio condutor, deste conjunto de dúvidas e incertezas que se colocou o ponto de partida desta investigação.

Consequentemente e tendo em conta toda a contextualização efectuada importa definir e/ou identificar o vasto leque de questões que constituem, esta problemática. A nível comportamental é importante referir que as relações sexuais se iniciam mais cedo, surgindo dúvidas sobre métodos contraceptivos, sobre gravidez e sobre o ciclo menstrual. Assim, é de salientar outros aspectos, tais como os preconceitos em abordar a educação sexual. A escola enquanto instituição integradora e formativa é insubstituível e portanto deverão ser-lhe dadas as condições para atingir objectivos. Também não se deve descuidar o papel que a escolarização desempenha nas relações familiares. Em particular, a escola é responsável em conjunto com a família e outros técnicos, pela educação sexual das crianças e dos jovens, prevenindo assim comportamentos de risco e suas conseqüências; tantas vezes " fruto de ignorância " e falta de uma boa e atempada informação.

Pode-se enquadrar este contexto no âmbito da organização da sociedade e das instituições de saúde e de educação.

Na vertente das políticas sociais o combate à exclusão e à estigmatização social e laboral das jovens mães através de campanhas de sensibilização de todos para esta problemática, talvez pudesse evitar a entrada em esquemas de pobreza, prostituição e delinquência que são tantas vezes " as únicas saídas ". É necessário rever as políticas de planeamento familiar vigentes, já que elas têm vindo a atingir uma faixa etária mais elevada da população, não encontrando eco nos jovens.

Do ponto de vista institucional é de referir a dificuldade que os adolescentes têm em procurar consultas de planeamento familiar, devido à falta de acesso e à burocracia. Neste sentido, urge o fortalecimento de uma colaboração estreita entre as instituições escolares e os serviços de saúde, no sentido de através da criação de centros médicos escolares se encontrarem e promoverem soluções equilibradas e não lineares. Nesta perspectiva poder-se-á concluir que a maternidade precoce, ao estar em interligação com as situações de pobreza, prostituição e delinquência, permite enquadrar esta pesquisa no âmbito da Sociologia, do Serviço Social, da Psicologia e da Medicina.

Relativamente às Ciências Sociais, a maternidade na adolescência é vista como um problema social que muitas vezes é indissociável dos comportamentos de exclusão desencadeiam diversos tipos de problemas sendo os mais frequentes o abandono escolar. Salienta-se também o factor psicológico, visto que o período em que elas vivenciam a gravidez – adolescência ser conflituoso, na medida em que estão na formação da sua própria identidade. Relativamente aos aspectos médicos pode referir-se que a maioria dos partos ocorre sem problemas, por norma não se verificam complicações obstétricas. No entanto, estes partos podem ser considerados de risco na medida em que a sua constituição biológica está ainda em formação.

É do cruzamento destas três vertentes, que a gravidez na adolescência é vista e encarada, " *antes dos dezanove anos, como um problema social na medida em que atinge numerosas famílias, sendo no seio das classes mais desfavorecidas que este fenómeno social tem maior visibilidade e parece ser mais tolerado em comparação com as classes média / alta.* " (Comunicações do Encontro Internacional 1994: 9).

É importante realçar que ter um filho nem sempre coincide com o desejo de ser mãe, para uma jovem casada ou não. Poucos acontecimentos são mais traumáticos do que uma gravidez indesejada. As adolescentes solteiras grávidas enfrentam riscos maiores, nomeadamente a possibilidade de receberem menos cuidados e de serem rejeitadas pela família. Adiar o casamento e a gravidez dá-lhes a possibilidade de estudar mais e ganhar maior experiência e de melhorar a sua própria saúde, alimentação, o seu bem estar social e o dos seus futuros filhos. Por outro lado, casar nesta fase etária está estritamente associado a partos precoces repetitivos e não planeados. Em muitos casos, o casamento serve para preservar a honra da família, pois quando a adolescente surge grávida é " pressionada " para casar. Para além de deixar de ser um encargo para a família torna-se uma " mulher " casada, pode engravidar quando quiser. Quando uma adolescente grávida casa e o seu companheiro tem um emprego, ela pode perspectivar um futuro diferente, ou seja, a grávida adolescente pode arranjar um emprego, se ainda não o tem, seguindo uma via de formação profissional ou até mesmo continuando os estudos já que o seu meio envolvente tem uma base estável. Daí se concluir que uma adolescente grávida casada não, é vista como um problema social, isto porque não se verifica abandono escolar precoce, rejeição da família, culpabilização e situações agravadas em termos económicos e sociais. Noutra óptica, os jovens, sobretudo os dos meios sociais mais desfavorecidos são um campo de actuação privilegiado no âmbito do planeamento familiar. A adolescência e a maternidade são temas que suscitam dúvidas mais do que saber como articulá-los, sendo estes abordados em tons diferentes, assumindo a família, a escola e a sociedade papéis preponderantes nas decisões que a adolescente vai tomar.

No respeitante à família, convém referir que na adolescência, o grupo familiar mantém a sua importante função como fonte de segurança, protecção e afecto. Relativamente ao papel da instituição família, esta marca de muitas maneiras o quadro de valores, atitudes e competências da vida sexual e amorosa. No entanto, o processo de aprendizagem não se pode limitar à família, alarga-se também ao campo social.

No que concerne à instituição escola importa consignar que esta é " *uma organização social cujos objectivos são transmitir os conhecimentos e ajudar ao desenvolvimento do aluno. Ela é ajudada na sua acção pela família e reflecte as exigências sociais duma época* " (Benoit et al; in Lourenço 1998: 105). A escola completa o papel educativo da família, em termos da sua socialização. Ambas pretendem um desenvolvimento individual e social adequado.

Relativamente a dados ilustrativos desta problemática, segundo a UNICEF, " *Portugal é o país da União Europeia com o maior número de mães adolescentes, por cada mil partos, vinte e duas mães têm entre quinze e dezanove anos (mais do dobro da Espanha)* " (Jornal 24 Horas, 10 de Julho de 1998). Segundo os dados da revista Vida, o número de adolescentes grávidas por ano em Portugal foram na década de oitenta as seguintes: " *14% dos partos eram de raparigas com menos de dezoito anos* ", enquanto que " *na década de noventa, o número baixou 9% desde que foram montadas consultas específicas para mães adolescentes nos hospitais centrais do país* " (Revista Vida 1998: 12).

Relativamente aos dados do Concelho de Faro em 1996, observou-se que a elevada taxa de mães adolescentes poderá ter como factores explicativos o baixo grau de instrução, a promiscuidade, os antecedentes familiares e o elevado número de turistas que visitam a região Algarvia, nomeadamente o Concelho de Faro. Dá-se também ênfase à escola porque esta juntamente com a família, é um meio de socialização por excelência e muitas vezes é no interior desta que se apercebem e acontecem estas situações de gravidez

muito mais cedo, um regresso tardio e muito tempo disponível poderão ser os factores a considerar.

Por vezes as adolescentes são rejeitadas pelos pais, tendo como apoio instituições, pois estas encontram-se extremamente fragilizadas, algumas completamente sozinhas e mesmo assim querem ter os seus filhos. É o contexto familiar que muitas das vezes fomenta o aborto, por isso recorrem às instituições, porque estas lhes dão residência temporária e lhes criam condições para que a sua gravidez seja minimamente tranquila num espaço em que consigam satisfazer as suas necessidades básicas. Uma das principais preocupações por parte das instituições consiste na reinserção na escola ou no trabalho. A temática da maternidade na adolescência não pode ser desligada de outros problemas que afectam os adolescentes, vítimas de falhas educacionais, culturais e sócio-económicas.

Ao questionar sobre as repercussões da gravidez na adolescência equacionou-se o percurso pessoal da jovem, o seu contexto familiar, os seus conhecimentos face à sexualidade, a vivência da maternidade, o seu meio ambiente e as suas aspirações. É por isso importante identificar as alterações produzidas por este acontecimento, tanto ao nível dos projectos pessoais da jovem como dos sistemas – família, escola e trabalho que com ela interagem.

De acordo com estas preocupações definiu-se como objectivo geral:
Aprofundar o conhecimento sobre a vida quotidiana de mães adolescentes no Concelho de Faro.

Com o intuito de atingir esse objectivo genérico delinear-se os seguintes objectivos específicos:

- ***Descrever os apoios que a sociedade presta às mães adolescentes;***
- ***Apresentar propostas de intervenção no sentido de melhorar a qualidade dos serviços prestados e criar outros instrumentos de apoio às mães adolescentes.***

Seguidamente efectuou-se o trabalho exploratório que comportou as operações de leitura face ao tema, as fichas inquérito, as entrevistas. As operações de leitura visaram essencialmente assegurar a qualidade da problematização. Ao passo que as entrevistas realizadas tiveram por função determinar os contornos do fenómeno, encontrar pistas de reflexão e ideias. Nesta fase da pesquisa, tornou-se imperioso explicitar o quadro teórico que está subjacente à problemática, na medida em que este assume grande importância no processo de investigação visto constituir-se como base da mesma.

A família é a mais antiga e importante das instituições sociais humanas, porque é nesse micro-meio natural que quase todos iniciamos o processo de socialização, onde aprendemos as dimensões mais significativas da interacção, onde satisfazemos necessidades fundamentais, sobretudo de afectividade.

Os autores, Peter Berger e Thomas Luckmann, referidos na obra de Dubar (1997), dão ênfase ao papel da socialização primária, destacando a problemática dos " saberes ". Assim, Dubar refere que " (...) *A criança absorve o mundo social no qual vive, como um universo possível entre outros, mas como o mundo, o único mundo existente e concebível, o mundo tout court* " (Dubar 1997: 94). A absorção dos saberes inculcados pelos pais na fase da aprendizagem, constitui a base do processo de socialização primária, o qual depende das relações estabelecidas entre o mundo social da família e o universo institucional da escola, permitindo assim, a construção de condutas sociais. Tal como a família, a escola é um sistema social, só que desta vez, artificial, rígido, marcado por uma forte hierarquia, e como qualquer sistema aberto, complexo. Se olharmos para o sistema educativo, a escola é um sub-sistema entre outros, com os quais o adolescente está em permanente interacção.

Os saberes de base adquiridos pelas crianças, resultam não só da relação entre a família e o universo escolar, como também da relação mantida com outros adultos que intervêm na sua socialização.

Neste sentido, a compreensão da socialização passa obrigatoriamente pela importância dada aos diferentes saberes dos agentes socializadores (adultos), e das relações estabelecidas com os socializados (crianças). As atitudes individuais são influenciadas tanto pela família quanto pela sociedade. A sociedade tem passado por profundas mudanças na sua estrutura, inclusive aceitando melhor a sexualidade na adolescência, sexo antes do casamento e também a gravidez na adolescência. Os tabus, as inibições e os estigmas estão diminuindo e conseqüentemente a actividade sexual e a gravidez foi aumentando. A importância do estabelecimento ou do fortalecimento de redes sociais de apoio na prevenção destes casos, é uma prioridade real, pois, a sociedade necessita das suas responsabilidades enquanto espaço onde eclodem todos os problemas relacionados com a maternidade na adolescência.

Para além das implicações atrás referidas existem as jurídico-sociais, que atingem o indivíduo isoladamente e a sociedade como um todo e que são mais graves quanto menos idade tiver a adolescente. Segundo a Dr.^a Isabel Leal (1994), professora de psicologia clínica no ISPA " (...) a adolescência é um tempo de experimentações e aprendizagens e não propriamente a fase óptima para assumir vínculos definitivos e decisões irrevogáveis " (Comunicações do Encontro Internacional 1994: 55). De tal forma, defende-se a ideia de que a maternidade deve ser responsável. No caso das adolescente, basta a idade como critério de dúvida sobre as razões e competências. A questão da maternidade responsável significa na prática que, para além de se poder fisicamente ficar grávida, se deve ter um projecto de vida de curto, médio e longo prazo em que esteja incluída uma criança. Deste modo, face à população de grávidas adolescentes enquanto grupo vulnerável que coloca novos problemas às ciências sociais, o profissional assume primordial importância em todo o processo de intervenção na medida em que este possui um grau de autonomia no exercício do processo de inclusão das demandas nas políticas sociais.

O corpo da presente investigação está estruturado em quatro capítulos. O primeiro diz respeito à questão da maternidade na adolescência a nível teórico e às diferentes abordagens. O segundo capítulo faz uma breve caracterização do Concelho de Faro e historial geográfico. As questões do percurso metodológico e os métodos utilizados na investigação são apresentados no capítulo terceiro. A análise dos dados recolhidos pelas fichas inquérito e entrevistas foi tratado no quarto capítulo, recorrendo a análise de conteúdo. Por último, colocamos termínus à investigação com as conclusões finais.

Capítulo I - A PROBLEMÁTICA

1 – Caracterização do Fenómeno

" Não acredito que a história do homem esteja escrita desde a sua infância. Penso que existem épocas muito importantes onde as coisas se inserem: a adolescência e a juventude."

JEAN PAUL SARTRE

Situations, X, 1976

Considera-se a adolescência um período de maior esperança e de promessas de vida, mas para muitas raparigas nem sempre assim o foi. De acordo com o actual contexto e dos estudos consultados poder-se-á concluir que as situações mais preocupantes são vividas em Angola – duzentos e doze em cada mil partos, são de mães adolescentes (Sim-Sim 1997: 6). No entanto nos países desenvolvidos a gravidez nas adolescentes não deixa contudo de ser preocupante, visto que as mães solteiras estão numa situação desfavorável, o mesmo acontecendo com os seus filhos. O primeiro indício de que os valores numéricos relativos à maternidade na adolescência em Portugal se relacionam com questões sociais, culturais e económicas terá sido a constatação de outra realidade social que tem ao longo dos anos, disputado a liderança com o nosso país, ou seja, a realidade Grega; em comum têm a mediterraneidade, o nível económico, e sobretudo algum tradicionalismo cultural que enraizava em crenças religiosas fortes. Este tipo de constatação comparativa não se enquadra no âmbito deste trabalho. Terá no entanto, funcionado como rampa de lançamento para as reflexões à volta da problemática a abordar.

A questão da gravidez na adolescência é algo que sempre existiu, no entanto, actualmente identificam-se algumas preocupações sobre o fenómeno. Segundo Santos (1986 – 1991) existem motivos relativos a este fenómeno:

- " - Actualmente a maioria das adolescentes engravida fora do casamento ou de uma relação afectiva minimamente estável;
- As adolescentes que levam a sua gravidez a termo pertencem, na esmagadora maioria, a níveis socio-económicos baixos;
- Ocorreram profundas modificações sociais que exigem uma superior escolaridade às mulheres e uma intensa vida profissional;
- Genericamente, e no contexto da saúde pública, combatemos activamente a morbilidade e a mortalidade " (Santos 1986 – 1991: 37).

Para abordar a questão da maternidade na adolescência considerou-se oportuno definir alguns conceitos chave, tais como " *adolescência que a OMS define como sendo o período entre os 10 e os 19 anos, caracteriza-se por uma série de mudanças fisiológicas, anatómicas e psicológicas a que os jovens necessitam de se adaptar num mundo em mudança sociocultural. Os adolescentes de hoje atingem a maturidade biológica mais cedo que as gerações passadas, enquanto a maturidade psicossocial e a independência económica só são alcançadas mais tarde. Outros adolescentes têm dificuldade em adaptar-se a esta etapa da sua vida e, em particular, em lidar com a sua sexualidade* " (Sexualidade e Planeamento Familiar 1994: 14).

Realcemos a noção de juventude como fase de vida segundo Machado Pais, " *a noção de juventude apenas ganhou forma a partir da altura em que se começou a verificar um prolongamento entre a infância e a idade adulta. É de realçar o facto de parecer ser a passagem das funções de socialização das crianças, das sociabilidades alargadas de carácter comunitário para a família e para a escola* " (Pais in Gaspar 1997: 65).

O passo transitório entre a infância e juventude é o processo biológico universal a que se dá o nome de puberdade e que confere aos indivíduos a capacidade de procriar.

Para além de critérios biológicos, a juventude parece ser definida também por critérios etários. À semelhança da infância, também o sentimento de juventude parece ser definida por critérios etários. Segundo as etapas de passagem para a vida adulta são, como sugere Olivier Galland, " a saída da escola e a entrada na vida profissional (a produção) e a saída de casa da família de origem e o casamento (a reprodução)" (Gaspar 1997: 73). Assim, mais do que uma fase da vida a juventude deve ser encarada como um modo de vida, com características específicas que encadeiam aspectos de socialização a que os jovens são sujeitos: a das suas famílias de origem por um lado e a do grupo de pares por outro.

É daqui que provém o conceito de "cultura juvenil" que definiremos como " O sistema de valores socialmente atribuídos à juventude (...), isto é, valores a que aderirão jovens de diferentes meios e de condições sociais " (Pais 1996: 54). Percorramos então, o curso de vida dos indivíduos como resultado de um processo de categorização social condicionado por circunstâncias económicas, políticas, sociais e culturais cruzando este percurso com uma perspectiva histórica.

A antiga sociedade tradicional tinha dificuldade em conceber a criança. A infância reduzia-se a um período de maior fragilidade em que a cria humana não se bastava a si própria (Gaspar 1997:53).

A criança misturava-se com os adultos no trabalho e nos divertimentos. Passava-se de bebé directamente a adulto em ponto pequeno. A sua socialização não era neste contexto, controlada apenas pela família mas também por sociabilidades alargadas que transmitiam os valores e os saberes à criança através do seu convívio directo com o mundo dos adultos.

A mesma autora referiu ainda que, o ponto de viragem parece ter sido o final do século XVII, " postula o surgimento de dois tipos de sentimento de infância: o sentimento de criança brinquedo, que surge no final da Idade Média e que tomava a perspectiva da criança por ser algo de engraçado e pequeno, e aquilo a que chamou o segundo sentimento de infância que já não valorizava a

infância pelo divertimento que as suas graças pueris pudesse suscitar, traduzindo-se numa preocupação moral " (Gaspar 1997:64).

O aparecimento e a difusão da escolarização pela sociedade (Séc. XVI) relacionou-se com o novo " sentimento de infância ", permitindo olhar para as crianças como um indivíduo com características e necessidades específicas.

" O sistema escolar terá preparado o terreno para o surgimento nos Séc. XVIII e XIX de uma nova fase da vida: a adolescência " (Gaspar 1997: 66).

Esta nova fase ganha solidez, segundo Klein, com o avanço da industrialização, que exigiu capacidades e especializações que eram aprendidas pela escola.

No que concerne ao sistema familiar, este desenvolve-se, complexifica-se ao longo da sua própria história. Em meados do Séc. XIX ocorre uma mudança, o adolescente vai permanecer cada vez mais tempo no seio da sua família. Em seguida, só a deixará para se casar e constituir a sua própria família.

Terá sido durante o Séc. XIX que se desenvolveu a família moderna constituída pelo pai, mãe e filhos (família nuclear) partilhando a vida quotidiana no seio do lar que continua a ser hoje o lugar privilegiado da vida privada e do afecto. O nascimento da família contemporânea coincide com o aparecimento da adolescência. Entre a puberdade e o casamento instala-se agora um longo período em que o indivíduo vai viver com a família, sob a tutela dos pais. A família é um meio electivo do qual vão depender as relações posteriores do adulto com a sociedade.

Na última década a família apresenta características novas, porventura muito diferentes do modelo que nos habituámos a identificar como família tradicional, onde os pais determinavam quase tudo: quando os filhos saiam, quando estudavam e quando podiam ir brincar, muitas vezes as profissões dos descendentes e às vezes mesmo os seus futuros cônjuges.

As famílias tinham limites hierárquicos definidos sem extinção, quem mandava eram os pais e quem tratava dos assuntos dos filhos era a mãe, porque o pai só intervinha de vez em quando, a pedido, para dar " *uns tabefes a um filho malcriado* ". Nestas famílias patriarcais, não se falava dos temas difíceis de agora. Ninguém pensava que um filho não entrava na universidade ou ficaria sem emprego, nem havia preocupação em relação à droga, ao sexo ou à violência. Os problemas que surgiam eram resolvidos no interior da família, às vezes com o recurso a um médico amigo ou a um padre de confiança.

A passagem da sociedade agrária à sociedade industrial foi acompanhada por uma transformação da instituição familiar. A família extensa, característica da sociedade industrial, transformou-se na família nuclear, que corresponde às características sócio-económicas e culturais da sociedade industrial e urbana. Como refere Ferrarrotti, " *Em síntese, passando de um mundo camponês patriarcal para a sociedade industrial, a família transforma-se de família extensa, economicamente auto-suficiente, idealmente colocada, na quinta ancestral, e integrada na comunidade tradicional, em família nuclear ou conjugal, composta só de marido, mulher e filhos, em princípio, sem funções económicas directas e autónomas, mas antes " inserida " num vasto contexto sócio-económico e cultural tendencialmente urbano* " (Ferrarrotti 1976: 49). A economia industrial afastou da família os papéis e as relações profissionais, uma vez que a produção se deslocou para a fábrica, para a loja e para o escritório. A família já não está ligada pelo trabalho conjunto, uma vez que os seus elementos, especializados, trabalham separadamente. Já não existe uma unidade de produção económica, mas sim uma unidade consumidora de bens e serviços, produzidos no exterior.

A família conjugal tornou-se menor, à medida que os processos de industrialização e de urbanização se desenvolveram. Nas sociedades industriais as famílias desejavam ter muitos filhos, pois estes eram economicamente úteis, trabalhando para o sustento do lar. Para as sociedades industrializadas, as crianças deixaram de constituir um bem económico para se tornarem um encargo dispendioso.

Os valores da sociedade urbana (sucesso material, racionalidade, cultivo das artes e do saber, etc.), estimulam actividades e interesses fora do circuito familiar e atribuem menor importância às famílias numerosas. Actualmente o grupo familiar nada tem a ver com o que se referiu anteriormente, já que se está submetido à influência de um grande número de factores sócio-económicos que modificaram progressivamente os comportamentos e as relações dos membros da família. A actividade sexual dos adolescentes tem tendência a começar cada vez mais cedo, cada vez mais os adolescentes exprimem a sua opinião, entrando algumas vezes em conflito com os pais por terem opiniões discordantes. Neste sentido, Sampaio refere que, "*a família não é, assim, um célula indestrutível, mas um espaço emocional onde cada um procura crescer e individualizar-se*" (Sampaio 1994: 35).

2 - Adolescência e Gravidez

A adolescência é um período de mudança, situada entre dois polos: Dependência (Protecção) / Independência (Autonomia). Deve ser considerada como um processo universal de troca e despreendimento, que é influenciado por conotações externas, características de cada cultura, que o poderão facilitar ou dificultar, segundo as circunstâncias. É o tempo das contradições, confusões, ambivalências e sofrimento não só para a jovem como também para os pais. É nesta fase que se descobrem e intensificam as relações afectivas e se iniciam os primeiros namoros.

O termo adolescência deriva do latim "*adolescere*" que significa crescer ou tornar-se adulto. Trata-se de um período de transição em que o indivíduo muda o estado infantil para o estado adulto. Contudo Mead demonstrou como em sistemas sociais menos complexos, se faz rapidamente a passagem da infância para a idade adulta: Não há adolescência, no sentido sociológico do termo. Ou se é criança, ou se é adulto (Lourenço 1998). Esta passagem é acompanhada por transformações biológicas, um crescimento físico repentino, uma alteração das proporções corporais e o atingir da maturidade sexual. As alterações sociais e principalmente as sofridas pelas famílias, o aumento da escolaridade e o processo de industrialização tecnológica das sociedades e da escolarização de massas que fizeram emergir e dinamizar o conceito de adolescência, que se pode considerar "*(...) como uma etapa de desenvolvimento humano que pressupõe a passagem de uma situação de dependência infantil para a inserção social e a formação de um sistema de valores que definem a idade adulta*" (Sampaio 1994:241).

Foi no século XX que se deu a "criação" da adolescência, onde as culturas industrializadas, começaram a atender às necessidades e capacidades típicas dos adolescentes.

No nosso país, até há bem pouco tempo a grande maioria das raparigas terminava a infância, deixava a escola e era " empurrada " para o trabalho e / ou para o casamento. Esta é ainda uma realidade que se faz sentir noutros países, noutras sociedades, noutras culturas. Aí, a adolescência não é reconhecida como tal. Em casos mais extremos, por volta dos doze / treze anos as raparigas consomem casamentos planeados e / ou desejados por terceiros ... e engravidam. Por isso, a gravidez na adolescência constitui motivo de preocupação devido aos riscos que envolve. Mas não é apenas a saúde que é prejudicada: uma mãe adolescente terá, logo à partida, menos oportunidades de prosseguir com a sua educação e vir a ser algo mais do que mãe.

Os autores conceituam a maternidade precoce segundo diferentes perspectivas: Lourenço, afirma que " *a gravidez que ocorre na adolescente entre os doze (ou menos) e os dezasseis anos é antes de tudo um sintoma de disfuncionamento familiar* " (Lourenço 1998: 21). Por sua vez Jorge Resende nas comunicações do encontro internacional, refere que: " *em qualquer país desenvolvido ou não, a maternidade precoce restringe as opções educacionais e profissionais dos adolescentes, contribuindo para a manutenção de baixos padrões sócio-económicos* " (Resende 1994: 127).

Adolescentes grávidas sempre existiram, conta a bíblia que Maria deu à luz com catorze anos de idade. Lourenço refere um caso em 1939 de uma criança peruana, mãe aos quatro anos e dez meses (através de cesariana) de outra criança viva de 2710 gramas (Lourenço 1998).

Mas nem sempre foram alvo de atenção, se muitas das nossas avós e bisavós foram mães adolescentes, hoje os motivos de preocupação são múltiplos:

- 1 – Actualmente a maioria das adolescentes engravida fora do casamento ou de uma relação afectiva minimamente estável;
- 2 – As adolescentes que levam a sua gravidez a termo pertencem na sua maioria a níveis sócio-económicos baixos;

3 – Deram-se múltiplas alterações sociais que exigem às mulheres um nível superior de escolaridade e uma vida profissional activa.

A expressão "mãe adolescente" confere ênfase a duas fases da vida idealmente distintas: por um lado, a maternidade, que se associa à adultícia, por outro lado, a adolescência, que pretende significar os modos de vida juvenis.

Ao longo da história, os fenómenos da fecundidade, gestação e maternidade, despertaram fascínio e curiosidade no Homem, estando grande parte do poder social da mulher, dependentes deles. A gravidez foi sempre indispensável à vida humana, por isso é o tema dos "artefactos" humanos o mais antigo. Segundo Colman (1994) "*os arqueólogos encontraram estátuas de mulheres fecundas, de grandes seios, de grandes barrigas, em locais espalhados por todo o mundo, presumivelmente porque a própria gravidez era o objecto de adoração e também porque a deusa fértil era uma divindade poderosa*" (Colman 1994: 17).

A gravidez é um período aproximado de 40 semanas, entre a concepção e o parto, extremamente complexo envolvendo alterações físicas, emocionais, psicológicas e sociais. Dimensiona os papéis e as relações da mulher num novo contexto, tornando-a mais dependente da ajuda de um sistema social de apoio, cria-lhe necessidades intensas de apoio amoroso, atenção e aceitação por parte dos outros.

Embora a gravidez e o nascimento de uma criança sejam momentos de felicidade e de prazer, são também tipicamente experiências stressantes caracterizadas por alterações psíquicas e físicas.

A gravidez representa para toda a mulher, a maior fase de transição no desenvolvimento, mas é particularmente saliente para as adolescentes. Segundo Rhodes et al, (1985) as jovens debatem-se com os novos papéis e responsabilidades, lidam com profundas mudanças no desenvolvimento, típicas da adolescência.

Mudanças estas que para, Pasley et al (1993), podem resultar numa alteração da percepção e avaliação, dela própria, e causar questões sobre os valores familiares. Também experienciam mudanças na sua realidade social exterior e tomam decisões importantes, ligadas à carreira, educação e papéis sociais.

Rhodes et al (1985), refere que, a gravidez na adolescência pode constituir uma forma definida de promoção da independência pessoal, no contexto familiar, podendo-se admitir que a gestação antes da maturidade pessoal envolve preferencialmente as adolescentes que têm à sua disposição poucos ou nenhuns recursos de saúde psicológica, (individuais ou familiares), para elaborar a experiência de crise e de desenvolvimento, que atravessam, embora as adolescentes possam desejar uma maior autonomia dos seus pais, as circunstâncias em que se encontram, podem obrigá-las a estarem mais dependentes deles. Estas necessidades conflituais podem gerar uma grande tensão. Ainda segundo o mesmo autor, as grávidas adolescentes frequentemente sentem que as suas mães e outros membros da rede, são demasiado opinitivas e intrusivas. Referiu também, que muitas grávidas adolescentes referiram diversos problemas nas suas relações de pares, tais como o embaraço com as alterações físicas e dificuldades na moderação e negociação às exigências das famílias e dos pares. Por sua vez as transacções duais da gravidez e adolescência podem conflitar entre si e impedir o desenvolvimento completo das tarefas psicológicas, formação de identidade e individualização.

Turner et al, (1990), refere alguns autores que descrevem as consequências negativas de uma gravidez na adolescência, tanto para a jovem mãe, como para o seu filho: educação deficiente, famílias numerosas (Grindstaff 1988); emprego precário com baixo salário, e insatisfação profissional, (Card e Wise 1978); maior risco de rotura marital, (Kellam, Adams & Ensminger 1982), " são e vão continuar a ser economicamente, mães desfavorecidas ", afirma Furstenberg (1989).

Numa visão do que é conhecido sobre as consequências adversas da pobreza em relação ao desenvolvimento físico, emocional e cognitivo, os filhos das adolescentes estão em desvantagem.

Controversa tem sido a questão, se a gravidez adolescente, acarreta riscos biológicos significativos para a mãe e para o bebé, como assinalam Turner et al (1990). A pesquisa inicial foi interpretada como sugerindo que a idade precoce estivesse por si só associada ao risco de complicações obstétricas, como a anemia, hipertensão e complicações pré-natais, tais como baixo peso à nascença, prematuridade e mortalidade infantil, no entanto alguns estudos chegaram a conclusões contraditórias. Ainda segundo o mesmo autor está a tornar-se claro que as determinantes das complicações médicas nas adolescentes são mais comumente factores psicossociais.

2.1 – Implicações Sociais, Psicológicas e Físicas da Maternidade na Adolescência

Conscientes das grandes diferenças inter-individuais, parece contudo, que a vivência da gravidez pela adolescente se caracteriza por alguns aspectos afectivos e emocionais particulares devido à sua labilidade emocional e imaturidade.

Segundo Lourenço (1998) as adolescentes sofrem alterações psicológicas que acabam por exacerbar sentimentos já presentes anteriormente, tais como hostilidade, depressão e ansiedade, por exemplo: o número de suicídios aumenta muito nas adolescentes grávidas, quando comparado às não grávidas. Descobrir que está grávida pode ser um momento desorganizador e vivido com grande sofrimento, sentimentos de culpa, de pecado, exigindo ajustamentos psicológicos individuais e familiares difíceis de serem elaborados e aceites. Associações presentes no imaginário social, deixam transparecer a relação que neste se estabelece entre maternidade na adolescência e desvios.

Ser-se mãe durante a adolescência implica, nos significados socialmente difundidos, a fuga à norma o que condiciona a maternidade ao casamento e à vida adulta.

O Desvio das Adolescentes Grávidas

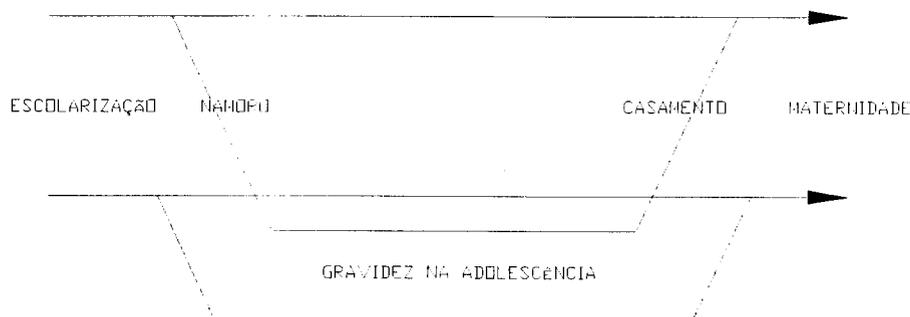


Figura 1 – O Desvio das Adolescentes Grávidas

Fonte: Xarepe, 1999

A adolescente grávida depara com um futuro em que terá que lidar com tarefas adultas para as quais ainda não está preparada psicologicamente e socialmente.

Se a jovem é solteira e sem um companheiro, engravidar significará também, ficar mais dependente dos pais / família, fase em que deveria lutar pela independência. Ao engravidar, a rapariga terá de assumir o papel de mãe perdendo prematuramente a sua condição de adolescente colocando em causa o seu equilíbrio psicossomático.

Lourenço (1998) apresenta a seguinte sistematização de aspectos psicológicos que podem estar na base da gravidez na adolescente (e que se podem combinar entre si) :

- " Actuação de fantasias edípicas (com substituição do pai pelo namorado);

- *Desejo de igualizar a mãe rivalizando com ela (com o desejo fantasmático de ter um filho do seu pai);*
- *Identificações desfavoráveis (mãe, irmã, amiga);*
- *Necessidades de vingança na família, de desafios;*
- *Tendência à auto-punição;*
- *Desejo de mostrar aos pais maturidade;*
- *Ver no bebé alguém que dá o amor incondicional de que sentem falta;*
- *Necessidade de carinho e ternura que criam apetência para a gravidez (fantasiando que estar grávida proporciona a satisfação dessas necessidades) " (Lourenço 1998: 52).*

Um outro dos aspectos psicológicos que convém referir diz respeito ao conflito dominante na adolescência. Este surge entre a formação da identidade e a disfunção da mesma, sendo esta parte integrante e fundamental da identidade do "ego" que se desenvolve, até ao final da adolescência como tal, a posição da jovem que engravida parece ser muito delicada.

Relativamente aos aspectos físicos a gravidez na adolescente apresenta elevado índice de complicações, quando comparada com as demais.

Paralelamente ao processo psicológico e em permanente interligação com ele, estão associados fenómenos sociais, como o da desaprovação por parte de determinadas culturas, ou sub-culturas. Segundo Lourenço (1998) em determinadas culturas tais como a cigana, e cabo-verdiana, a maternidade precoce, para além de ser bem aceite, é efectivamente desejada. A gravidez gratificaria a adolescente, valorizando-a aos olhos do companheiro. Na Índia o facto da mulher atingir os quinze anos sem ter filhos era motivo de penalização social.

Lourenço (1998) refere ainda que nos países subdesenvolvidos, e em algumas sociedades agrícolas tradicionais o casamento e a gravidez precoce são características de um sistema social. Ainda em algumas classes sociais a gravidez actua como estímulo para o casamento onde a alternativa mais usual é a união legal com o pai do bebé.

3 – Fundamentação Teórico-Conceptual

A teoria assume um papel fundamental em pesquisa social, permitindo uma compreensão diversificada da realidade. " Toda a pesquisa é dependente da teoria: a pesquisa puramente empírica é virtualmente impossível " (Moreira 1994: 19).

Como teoria que fundamenta o conceito de suporte social / redes sociais optamos por apontar a teoria hierárquica compensatória de Cantor (1992).

3.1 - Modelo Hierárquico Compensatório (Cantor 1992)

Esta teoria faz apelo à noção de sistema, concebido como um conjunto de partes ligadas entre si por relações de interacção e interdependência. Estas partes interactuantes são tidas como "subsistemas", todos eles orientados para um foco comum.

A teoria dos sistemas como perspectiva sociológica define as sociedades enquanto sistemas "(...) devem ser consideradas por vários elementos que interagem e se condicionam reciprocamente (...)" (Almeida 1994:226). De entre todo o léxico da teoria dos sistemas, sobressaem ainda a noção de interacção, uma vez que esta se associa ao facto de interdependência subjacente aos sistemas sociais. A noção de estrutura, que tem a ver com aquilo que permanece sempre estável num determinado sistema social, apesar das suas mudanças e "por último mas não menos importante" a noção de função que tem a ver com a dinâmica entre os sistemas, com a forma como os vários sistemas operam entre si, onde cada um desempenha a sua tarefa.

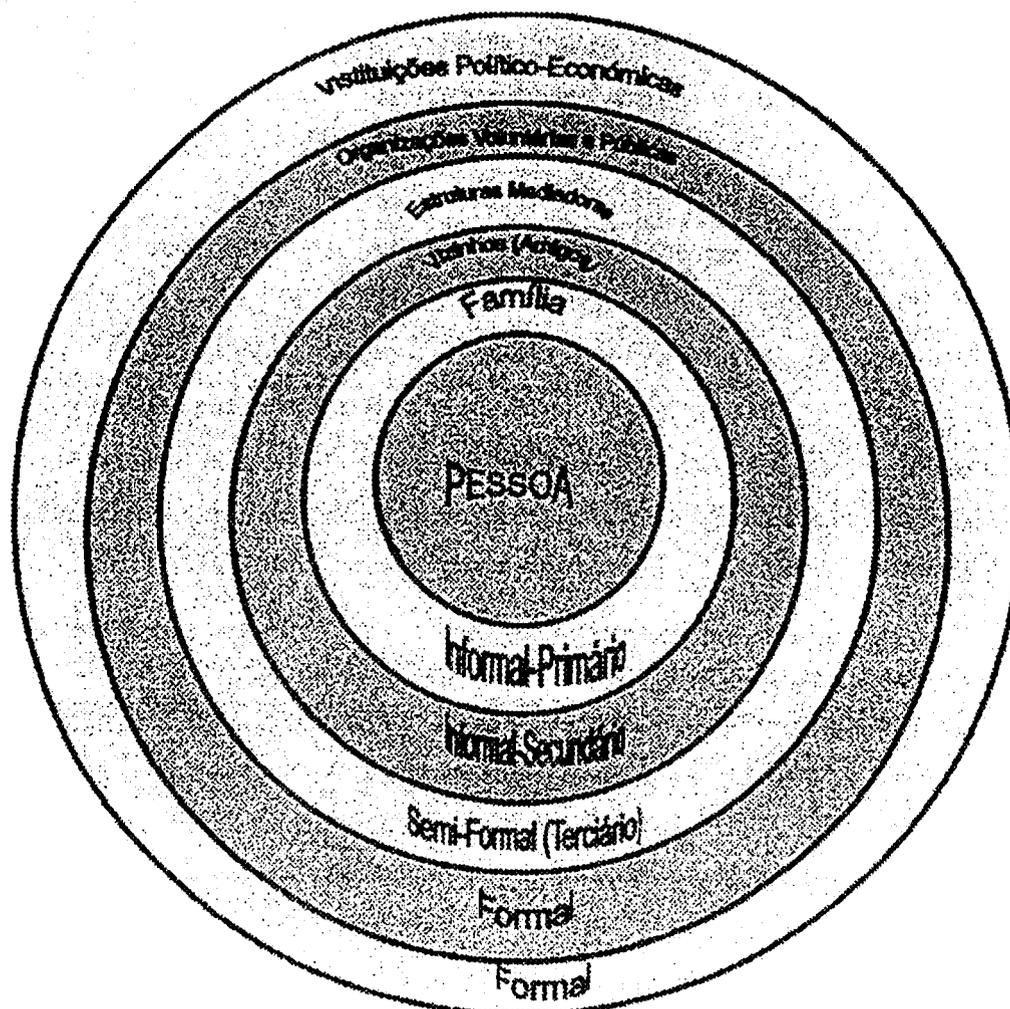
Tudo tem uma razão de ser e de existir, todos os sistemas são direccionados e respeitam o princípio de retroacção, que consiste "(...) num comportamento auto-regulador que respeita em particular a manutenção da homeostasia (preservação por adaptação do equilíbrio de um determinado organismo) (...)" (Almeida 1994:225).

Assim podemos concluir que todos estes conceitos subjacentes à teoria dos sistemas fundamentam a afirmação de que "um sistema social é mais do que a simples soma das partes".

Marjorie Cantor (1992), no seu modelo, considera existir um sistema de suporte social, constituído por vários "sub-sistemas" que apresenta uma hierarquia de proximidade em relação ao indivíduo. O conceito de rede e/ou suporte social tem por base um modelo teórico assente numa visão sistémica embora reconhecendo as diferentes proviniências do apoio, Cantor " (...) coloca o assento sobre a natureza interactiva e transformadora do sistema de apoio social, numa perspectiva ao mesmo tempo individual e ecológica " (...).

A mesma autora conceptualiza a rede de suporte social como um conjunto de sub-sistemas correspondendo cada um deles ao tipo de apoio prestado, perante este modelo, a adolescente encontra-se no centro do sistema e os recursos de apoio encontrando-se à sua volta de acordo com o grau de distância social da adolescente em relação a esse recurso, e o grau de burocracia do apoio (formal ou informal), como é visível no esquema 1.

Esquema 1 - Modelo Hierárquico Compensatório de Cantor (1992)



Fonte: Cantor, 1992:748

Ainda no que diz respeito ao modelo de sistema de apoio social conceptualizado por Cantor, importa referir que para além das redes formais e informais existe ainda no limite de alcance deste sistema, as entidades políticas e económicas (Estado) que determinam os diversos direitos do indivíduo através da elaboração das políticas sociais. Assim quando se fala em rede de suporte formal é de salientar que o recurso a ela é feito sobretudo na base das necessidades que afectam o indivíduo.

A existência de um apoio social adequado é visto como um factor importante para a qualidade de vida da adolescente, o essencial para a sua realização é o reconhecimento da necessidade de incluir tanto os apoios informais (família) como os apoios formais num sistema de suporte social único, embora com funções e atributos distintos mas complementares, desempenhando funções diferentes de acordo com as necessidades. Neste modelo a pessoa está no centro e os diferentes sub-sistemas de suporte encontram-se distribuídos à sua volta conforme o "grau de proximidade social" que lhe está subjacente. É preciso evidenciar que a pessoa pode integrar todos os sub-sistemas e que estes interagem entre si.

Para esta autora, a família, como suporte informal, tem um papel muito importante uma vez que é considerada um subsistema primário que tem o papel de prestar o primeiro apoio. Este sub-sistema é quem proporciona respostas mais eficazes, uma vez que se encontra mais próximo da pessoa alvo e tem um maior conhecimento das suas necessidades, funcionando como a base fundamental de apoio ao indivíduo. Posteriormente, aponta como partes integrantes do sistema informal, os vizinhos e amigos (considerados como um sub-sistema informal secundário) e que também tem um grande envolvimento na vida diária da pessoa. Quando os elementos informais da rede estão ausentes ou são inexistentes os serviços formais constituem outro recurso. Existem ainda outras estruturas mediadoras, tais como associações de moradores, paróquia, organizações culturais, etc., que se apresentam como "semi-formais", por funcionarem como elo de ligação entre o indivíduo e a comunidade oferecendo uma assistência informal, tal como informações, aconselhamento, orientações, etc.

Numa posição hierárquica inferior aparece-nos o sistema formal do qual fazem parte organizações governamentais e voluntariado e em última posição, as instituições político-económicas direccionadas para a implementação das bases estruturais, que embora se encontrem distanciadas socialmente da pessoa contribuem para que as suas necessidades sejam satisfeitas.

Estas organizações formais são criadas deliberadamente de acordo com regras e ideologias bem definidas, com determinados objectivos que se propõem cumprir. Assim, todo o sistema de suporte deverá ir de encontro às necessidades mais profundas da pessoa, exigindo uma actuação responsável e interactuante de todos os sub-sistemas envolvidos, sejam eles formais ou informais.

Existe um conjunto de sub-sistemas (família, vizinhos, etc) que se apresentam hierarquicamente e que se dirigem e funcionam em torno do indivíduo alvo. Embora Cantor (1992), separe todos os elementos de suporte, ela dá-nos uma perspectiva sistémica, uma vez que os vários sistemas estão em constante interacção e complementam-se uns aos outros, ou seja, tal como nos diz a teoria dos sistemas, todo o sistema funciona como um conjunto de partes interactuantes, direccionados para um mesmo fim. Por outro lado, este conjunto de sub-sistemas adopta uma determinada estrutura ao longo da vida do indivíduo, ou seja, ele é composto por determinados membros da família, amigos, vizinhos, etc., estrutura esta, que é o meio pelo qual o suporte é dado à pessoa.

O outro facto que nos faz apontar a teoria dos sistemas, como teoria base, é o facto do modelo apresentar uma hierarquia, característica da perspectiva sistémica, onde existe uma rede de relações em interdependência, que apresenta diferentes graus de proximidade e importância em relação ao indivíduo, assim a rede de suporte social no apoio à mãe adolescente deve ser analisada enquanto um sistema em interacção com outros sub-sistemas, pois só interagindo em complementaridade poderá satisfazer às necessidades da mãe adolescente e, conseqüentemente, determinar a sua qualidade de vida.

3.2 - Rede Social e Suporte Social

Rios et al (1992), refere que o suporte social e a rede social podem ser abordados segundo duas perspectivas. A primeira supõe que ambas são independentes tanto a nível de definição como de mensuração. A segunda propõe que nem sempre é possível estabelecer uma diferença entre elas. Este autor refere que " (...) um sistema de suporte é uma rede social; uma série de fios (por exemplo pessoas) unidos por vínculos (por exemplo relações de suporte emocional)" (Rios et al 1992 : 93). Por isso o mesmo autor considera que, todo o sistema de suporte tem uma rede social mas o contrário pode já não se verificar, o mesmo é dizer que nem toda a rede social pode necessariamente constituir um sistema de suporte.

3.2.1 - Rede Social — Definição

O estudo das redes sociais pode ser uma estratégia de investigação útil para a descrição, explicação e promoção dos sistemas de suporte (Rios et al 1992). As primeiras formulações do conceito de rede social, segundo os mesmos autores, provêm dos anos 50, do campo da antropologia. Posteriormente começaram-se a definir os vínculos que envolvem um indivíduo, como, " rede pessoal ", e à totalidade dos vínculos existentes entre os membros de uma comunidade , aplicava-se o conceito de " rede social ". Actualmente o mesmo autor refere que o termo " rede social " é aceite para denominar ambos os conceitos.

De entre as múltiplas definições de redes sociais Hall (1985) define-a como "uma série de laços que estão vinculados por um ou mais tipos específicos de relações entre eles " (Hall & Wellman 1985 : 25).

Rios, Torres e Diaz (1992), consideram-na um conjunto de relações sociais de um indivíduo que podem ser facilitadoras de suporte (social), neutras ou inclusíve, dar lugar a efeitos negativos.

Na teoria das relações sociais existe um aspecto estrutural - o quantitativo - e outro funcional - o qualitativo. A rede social dá mais ênfase aos aspectos estruturais por ex.: densidade, homogeneidade e tamanho. O suporte social incide sobre os aspectos funcionais das redes: provisão de ajuda emocional, informal e instrumental, etc., (House e Kahn 1985).

Algumas das vantagens da análise das redes de suporte, são assinaladas por, House e Kahn (1985) (1) cobrir a amplitude das relações sociais examinadas, (2) encorajar a atenção a múltiplos aspectos e efeitos dessas relações (tanto positivas como negativas), (3) fornecer um método para descrever o modelo estrutural de laços e para analisar os efeitos dos diferentes modelos.

3.2.2 - Características da Rede Social

Segundo Rios et al (1992), uma rede social apresenta uma série de características e citam a classificação de Mitchell e Trickett (1980), para quem as redes sociais apresentam uma série de características, (Quadro 1), que se podem agrupar em três grandes categorias: características estruturais, referenciando-se a dimensão, densidade e grau de conexão; características da ligação entre os componentes-intensidade, durabilidade, multidimensionalidade, directividade e reciprocidade, densidade de relação, dispersão, frequência e homogeneidade, e por fim enumera-se uma série de contextos normativos das relações, assinalando-se a família de origem, família afastada, os amigos, vizinhos e os colegas de trabalho.

QUADRO 1 – Características das Redes Sociais

I - Características Estruturais da Rede

- A. **Tamanho ou dimensão:** Número de pessoas com quem uma determinada pessoa tem contacto directo. Podem-se utilizar critérios diferentes para definir um indivíduo que pode ser membro de uma rede: conhecer-se cara a cara, centrar-se nas relações de maior importância, seguir o critério de proximidade, etc.
- B. **Densidade da rede:** Dada pelo número de membros da rede social do indivíduo que entram em contacto com outros independentemente desse indivíduo. Operacionaliza-se como o número de vínculos actuais entre os membros da rede, de entre o total de vínculos possíveis.
- C. **Grau de conexão:** É o número de relações que cada indivíduo tem com outros membros da rede. Trata-se de um conceito intimamente ligado com a densidade da rede.

II - Características de conexão entre os diversos componentes

- A. **Intensidade:** Refere-se à força do vínculo.
- B. **Durabilidade:** É o grau de estabilidade dos vínculos de uns indivíduos com outros da sua rede.
- C. **Multidimensionalidade:** Número de funções desempenhadas pelas relações estabelecidas na rede social. A rede é unidimensional se a função desempenhada for única e, multidimensional quando cumpre múltiplas funções.
- D. **Directividade e Reciprocidade:** Grau em que a ajuda efectiva e instrumental não é apenas dada mas também recebida por determinada pessoa.
- E. **Densidade da relação:** Estabelecida com base no número de funções, desempenhadas pelas relações de determinada pessoa.
- F. **Dispersão:** Facilidade com que determinada pessoa pode entrar em contacto com outros membros da sua rede, deve ser medida em termos de proximidade geográfica.
- G. **Frequência:** Número de ocasiões em que determinada pessoa contacta com outros membros da sua rede.
- H. **Homogeneidade:** Medida em que os membros de uma rede partilham atitudes sociais comuns (ex. afiliação religiosa, estatuto socioeconómico, etc.)

III - Contexto Normativo das relações

- A. Família nuclear
- B. Família alargada
- C. Amigos
- D. Vizinhos
- F. Colegas de trabalho

Fonte: Rios et al, 1992

Gottlieb e Hall (1981) assinalam também uma série de características estruturais e funcionais de uma rede social. Distinguem em primeiro as propriedades estruturais propriamente ditas (tamanho, densidade e composição da rede), características dos vínculos (intensidade, multiplicidade, durabilidade e reciprocidade) e contextos normativos das relações (família, amigos, vizinhos, etc). Como características funcionais da rede, apontam o acesso e difusão de nova informação (rede como sistema de comunicação), formação e expressão de normas sociais (rede como sistema de referência) e função amortecedora face ao stress.

A rede social desempenha também uma função mediadora entre os factores pessoais, ambientais e o suporte social (Hall e Wellman 1985). Estes autores assinalam também que as características estruturais e relacionais da rede social pessoal, influenciam directamente o suporte social, dado que medeiam, os efeitos dos factores pessoais e ambientais, a maior ou menor probabilidade de deparar-se com acontecimentos vitais e de dispôr de estratégias adequadas para a resolução de problemas.

3.3 - Suporte Social e Gravidez na Adolescência

Segundo Cameron (1996) a gravidez conduz a vários ajustamentos da vida, incluindo o aumento da procura de recursos emocionais e físicos, tempo, dinheiro, e preparação para novos objectivos associados com os cuidados da criança.

De acordo com Collins et al (1993) as relações de suporte devem estimular os sentimentos de bem estar, autocontrole, afecto positivo e inclusivamente ajudar a mulher a perceber as alterações relacionadas com a gravidez, afim de torná-las menos stressantes. Ainda segundo o mesmo autor apesar do suporte social ser válido e disponível para todas as mulheres, há certas condições de vida, que podem fazer com que umas necessitem ou beneficiem mais com o suporte, por exemplo, grávidas adolescentes, grávidas solteiras, mulheres com baixa condição económica.

Cameron et al (1996), chegaram à conclusão que, o suporte social, para comportamentos de saúde positivos, como parar de fumar, dieta apropriada, seguir conselhos médicos, é crucial durante a gravidez, quando a saúde da criança pode ser um risco. Em concordância, Collins et al (1993), referem que, o suporte informal pode fornecer uma orientação no que respeita aos cuidados pré-natais, práticas de saúde e alimentação e preparação para o momento do parto.

Cohen (1985) refere que o suporte social é geralmente medido pelo stress. Por sua vez Collins et al (1993) refere que o acesso a uma rede de suporte e a percepção da disponibilidade de um suporte emocional, constatou-se serem importantes preditores do bem estar físico e psicológico.

Apesar de existirem alguns estudos sobre o suporte social e a sua função na gravidez da adolescência, o tema constitui ainda um desafio, para os investigadores.

Na compreensão do papel do suporte social no bem estar, é importante distinguir entre o efeito do suporte social, na saúde psíquica e na saúde física. Embora existam fortes evidências de que o suporte social tem efeitos benéficos no bem estar psíquico, as pesquisas sobre as repercussões na saúde física não têm sido muito conclusivas (Collins et al 1993). Existem alguns estudos realizados, no sentido de obterem resposta a algumas das questões acerca dos benefícios, para o bem estar pessoal resultantes do suporte social. Collins et al (1993), sobrescreveram algumas destas questões através do efeito do suporte, num estudo prospectivo num grupo de mulheres durante a gravidez. Como primeiro ponto, a ter em consideração, foram os indicadores objectivos de saúde da mãe e do bebé.

Para as autoras a pertinência de examinar o suporte social num contexto de gravidez deve-se ao facto de: a) - A gravidez ter um período relativamente curto e fins bem definidos. b) - A gravidez ser um estado de saúde para o qual estão definidos um conjunto de factores físicos e mentais, por exemplo o peso da criança ao nascer, ou a depressão materna, pós-parto são elementos

físicos e psíquicos bem definidos. c) É importante e necessário que se conheçam os factores psicossociais que possam contribuir para a saúde da criança e da mãe. A quantificação do apoio foi especificamente designada tendo em conta as necessidades e experiências do grupo, e os instrumentos foram também talhados em função do grupo que era composto por mulheres com origens étnicas diferentes e diferentes graus de educação. Avaliou-se também os vários tipos de suporte e mediu-se a quantidade de suporte recebido, bem como o grau de satisfação com ele atingido. Por fim mediu-se o suporte em múltiplas fases ao longo da gravidez.

As conclusões a que chegaram, foram que, as mulheres que receberam mais suporte, durante o período pré-natal, experienciaram um melhor progresso no trabalho e durante o parto, e os bebés tiveram melhores índices de Apgar. Independentemente da quantidade de suporte recebido as mulheres que estavam mais satisfeitas com esse suporte, davam a luz bebés com índices mais altos de Apgar. As mulheres com acesso a uma maior rede de suporte social, deram à luz bebés, mais pesados.

Uma segunda abordagem desta investigação, foi examinar o bem estar psicológico, durante a gravidez e após o nascimento. Os resultados foram claros; as mulheres que estavam insatisfeitas com o suporte recebido durante o período pré-natal, (especialmente vindo do pai do bebé), tinham maior tendência para temperamento depressivo durante a gravidez, e sintomatologia depressiva 6-8 semanas pós-parto. Ter acesso a uma menor rede de suporte estava também associado à depressão pós-parto. Anda et al (1992), numa investigação determinaram que o suporte social recebido das mães das adolescentes era o melhor predictor do grau de stress que a jovem experiêcia. As mães das adolescentes que relataram níveis elevados de suporte social, experienciaram níveis de stress mais baixos. As investigações revelaram que as redes familiares desempenham um papel importante na capacidade das mães adolescentes lidarem com a sua situação e stress.

Um trabalho mais recente, e realizado por, Barnett (1996), teve por objectivo avaliar a incidência e o curso dos sintomas depressivos entre a gravidez e o pós-parto, nas adolescentes e explorar os papéis do stress e do suporte social na influência desses factores. Fizeram parte do estudo, adolescentes grávidas com uma gravidez compreensiva e envolvidas num programa, " parenting program ", durante o 3º trimestre de gravidez e durante 4 meses após o parto. As jovens são predominantemente de raça negra com idades entre os 12 e 18 anos.

Os sintomas depressivos e o suporte social foram medidos com validade num instrumento próprio, durante o 3º trimestre, aos 2 e aos 4 meses pós-parto. O stress foi medido durante os períodos pré-natal e pós-natal.

Os resultados obtidos foram: os valores de stress são mais significativos no 3º trimestre do que no período pós-parto, e estão positivamente associados com sintomas depressivos. O suporte social recebido das mães adolescentes ou dos pais dos bebés, principalmente no pós-parto, estão significativamente associados com baixos índices de depressão. Os conflitos com os pais dos bebés estão fortemente associados com o aumento das taxas dos sintomas depressivos.

Barnet et al (1996), concluíram, que os sintomas depressivos são comuns durante a gravidez das adolescentes e pós-parto. O stress e o suporte social aparecem como importantes mediadores. As adolescentes (do estudo), com níveis altos de stress e conflitos e com baixas taxas de suporte social, têm particular risco para sintomas depressivos.

Para se saber o modo pelo qual o suporte social pode moderar a tensão social, Rhodes e Woods (1995), realizaram um estudo com adolescentes grávidas, em que a tensão social, foi considerada como uma fonte de stress, por si só, cujos efeitos adversos se esperava serem aliviados pelo suporte social. Rhodes et al (1995), traçaram como objectivo avaliar a extensão na qual os membros da rede de suporte das grávidas, eram a fonte de problemas interpessoais, incluindo a crítica, intromissão, conflito e desapontamento.

As conclusões a que chegaram, foi que, a satisfação com o suporte emocional, suporte instrumental e assistência na gravidez, não tiveram os mesmos efeitos amortecedores na tensão social. A tensão social não estava relacionada com a satisfação das grávidas em relação ao aconselhamento cognitivo, suporte instrumental, suporte emocional ou assistência na gravidez.

Por fim Rhodes et al (1995), fazem uma chamada de atenção para a importância destas pesquisas, nas implicações que podem ter para futuras intervenções com as adolescentes grávidas. Por exemplo, voluntários e outras fontes de suporte podem ter um papel importante, no aconselhamento e ajuda às jovens para desenvolverem estratégias, de forma a diminuir os efeitos nocivos da tensão social e conduzir a melhorias no ajustamento psicológico.

O papel e o significado do suporte social para a ocorrência de saúde e problemas de crescimento dos bebés, foi realizado por, Turner et al (1990). As adolescentes grávidas foram entrevistadas durante a gravidez, e 4 semanas após o parto. O significado do suporte familiar, do suporte dos amigos e o suporte do companheiro, avaliados durante a gravidez, foram examinados em relação aos resultados das mães e das crianças durante e depois da gravidez.

Os resultados das crianças foram indexados pelo peso à nascença, os resultados das mães em termos de adaptação psicológica, foram indexados pela sintomatologia depressiva destas. Verificaram igualmente que, o nível sócio-económico teve influência nas relações entre o suporte social e os resultados das mães e das crianças. Os autores partiram do pressuposto, que os resultados negativos entre as adolescentes, as mães e os seus filhos, não são exclusivamente uma função da idade per se, ou de factores fisiológicos, mas surgem mais devido a circunstâncias sociais e emocionais.

Segundo Chen et al (1995) o suporte social da família e da comunidade, influência a assistência das mães adolescentes na escola, o comportamento parental e os resultados da gravidez. Os efeitos do suporte social, podem variar, conforme a etnia e idade.

Os mesmos autores examinaram o suporte fornecido pela família, e o suporte comunitário num grupo de estudantes grávidas, afroamericanas, primíparas, (grávidas pela 1ª vez), e múltiparas (com dois ou mais partos), chegando às seguintes conclusões:

Tipicamente as adolescentes não mencionam os profissionais como fornecedores de suporte. As adolescentes veem os membros da família, especialmente mães, como as suas mais importantes fontes de suporte. Vivendo com um ou ambos os pais, aumenta a extensão da participação nos programas parentais. Os parentes e os amigos fornecem suporte instrumental e emocional. Os parceiros das mães adolescentes, quer sejam maridos, namorados, ou pais do bebé, fornecem suporte emocional. A família do pai do bebé também pode estar envolvida no fornecimento de suporte. Concluíram com o estudo, que as adolescentes grávidas, mencionam mais frequentemente o suporte fornecido pela família. A própria mãe e o pai do bebé, (embora com funções diferentes), foram as pessoas mais mencionadas no fornecimento de suporte, em ambos os grupos. As primíparas revelaram ter um maior número de apoiantes em todas as áreas, comparativamente às múltiparas.

Bergman (1989), efectuou um estudo sobre os sistemas de suporte informal para grávidas adolescentes.

O que a autora observou foi que a maioria das adolescentes do estudo, não utilizavam sistemas de suporte formais, e que a grande parte delas recebiam suporte significativo da família, namorado, e amigos. Embora o acesso e o estigma possam ser impedimentos para a utilização dos serviços, o estudo reforça a importância das redes de suporte informal para as grávidas adolescentes. O papel do suporte social do parceiro é conceptualizado como fulcral para a mulher, devido ao seu papel no fornecimento de colaboração e companhia Chen et al (1995).

Cameron (1996), estudou a importância do suporte do parceiro, em grávidas euroamericanas e afroamericanas de baixos recursos económicos.

O estudo sugeriu que o suporte do parceiro não era consistentemente benéfico para as mulheres do estudo, e além disso, havia diferenças na utilidade do suporte, nos sub-grupos das mulheres euroamericanas e afroamericanas.

As euroamericanas que registaram maiores níveis de necessidades de suporte emocional dos seus parceiros durante a gravidez, tiveram mais complicações peri-natais, para além de terem tido crianças com baixo peso. Por outro lado, o suporte do parceiro no grupo das afroamericanas pareceu ser benéfico, tendo havido uma melhoria de comportamentos nos últimos meses de gravidez, comparativamente ao grupo das mulheres euroamericanas. No estudo do suporte social e adaptação social, são elementos a considerar os aspectos étnicos e sócio-económicos.

Turner et al (1990), recomenda que, os profissionais de saúde e dos serviços sociais deverão reconhecer a importância de outros significativos na vida das adolescentes grávidas, e incluí-los nos cuidados. Os programas das adolescentes grávidas necessitam de incluir o pai do bebé, e a mãe da jovem, o mais precocemente possível.

O suporte social representa uma cruzada muito importante para a intervenção preventiva.

3.4 - Suporte Social - Tipo e Funções

House (1985) faz uma análise sobre as fontes e o conteúdo do suporte social. Em princípio qualquer pessoa pode ser fonte de suporte, embora tenham mais probabilidades aquelas que estão mais próximas (cônjuge, familiares, vizinhos,...).

Sobre o conteúdo do suporte, House (1985) assinala quatro dimensões:

- 1) **Suporte Emocional:** Que oferece simpatia, cuidado, afectividade, confiança, aumento da auto - estima, etc.

2) **Suporte Valorização:** Oferece a transmissão da informação relevante para a auto - evolução.

3) **Suporte Informacional:** Facilitação da informação que pode ajudar o outro a enfrentar problemas pessoais e sociais (ex. ajudar uma pessoa a arranjar emprego).

4) **Suporte Instrumental:** Realiza-se através de condutas que ajudam directamente a pessoa necessitada (dinheiro, emprego...).

Segundo Rowland (1990), após uma revisão breve da bibliografia, concluiu que existe uma variedade de taxonomias sobre o que constitui o suporte social, as principais áreas do suporte incluem:

Área informativa - **Afectivo – emocional;**
- **Tangível** (ex. financeira, física, por vezes também referida como instrumental);
- **Confirmativa** (fornecendo a percepção de que os sentimentos das pessoas são compreendidos);
- **Afiliativa** (fornecendo o sentimento da pertença ou manutenção da identidade social).

Área avaliativa - Corresponde ao suporte que fornece feedback ao indivíduo.

House e Khan (1985), referem que a função do suporte social pode ser definida como " o grau na qual as relações envolvem fluxos de afecto ou preocupação emocional, ajuda instrumental ou tangível e informação " (House e Khan 1985 : 92).

Cutrona e Surh (1990), sob o ponto de vista funcional referem-se ao suporte social como um recurso psicológico e tangível, disponível para os indivíduos através das suas relações, com a família, amigos, vizinhos, colegas, e outros

não profissionais, com quem o indivíduo mantenha contacto. Segundo as autoras ,embora tenham sido propostos vários tipos de suporte, as pesquisas parecem ter convergido para cinco tipos específicos de qualidades interpessoais e comportamentos que constituem o suporte social. Estes cinco tipos podem ser classificados em aqueles que directamente promovem a resolução do problema — suporte instrumental — e aqueles que primariamente promovem o ajustamento emocional — suporte emocional.

Entre os componentes do suporte instrumental estão as **Ajudas Tangíveis** que se referem à assistência concreta, onde os bens ou serviços são fornecidos (ex: assistência financeira, transporte) e o **Suporte Informativo**, que envolve informação, aconselhamento e orientação a possíveis soluções do problema. Entre os componentes do suporte emocional estão as expressões de " Attachment ", que representam o amor e o conforto que dá segurança em tempos de stress, a **Rede de Suporte** que diz respeito à parte sentimental de um grupo onde os membros partilham interesses comuns, e por fim o **Suporte de Estima**, que consiste no apoio do valor da competência e capacidade pessoal e auto- estima.

Abordando o suporte social do ponto de vista funcional, Wills (1985), faz referência a algumas das suas funções: estima, informação, instrumental e companheirismo social.

No que diz respeito à **função instrumental**, também designada por material, tangível ou de ajuda, parece haver um grande consenso. De acordo com Wills (1985), pode incluir " um vasto leque de actividades, tais como, fornecer ajuda nas tarefas domésticas , tomar conta de crianças, emprestar ou dar dinheiro, fazer recados, fornecer transporte, ajudar em tarefas práticas (ex: carpintaria, mudanças), fornecer bens materiais, tais como mobílias, ferramentas, ou livros. Este tipo de suporte em circunstâncias normais pode estar relacionado com o bem estar das pessoas, porque reduz o peso das tarefas, aumentando assim o tempo de lazer (Wills 1985: 71).

Outra das funções de suporte relevante é o **companheirismo social**, que " engloba actividades sociais agradáveis tais como visitas sociais, jantares, festas, filmes e concertos, excursões, passeios, ou desporto informal " (Wills 1985 : 72).

O mesmo autor conceptualiza o suporte emocional como o que promove a oportunidade de comunicação com outra pessoa acerca dos seus problemas pessoais.

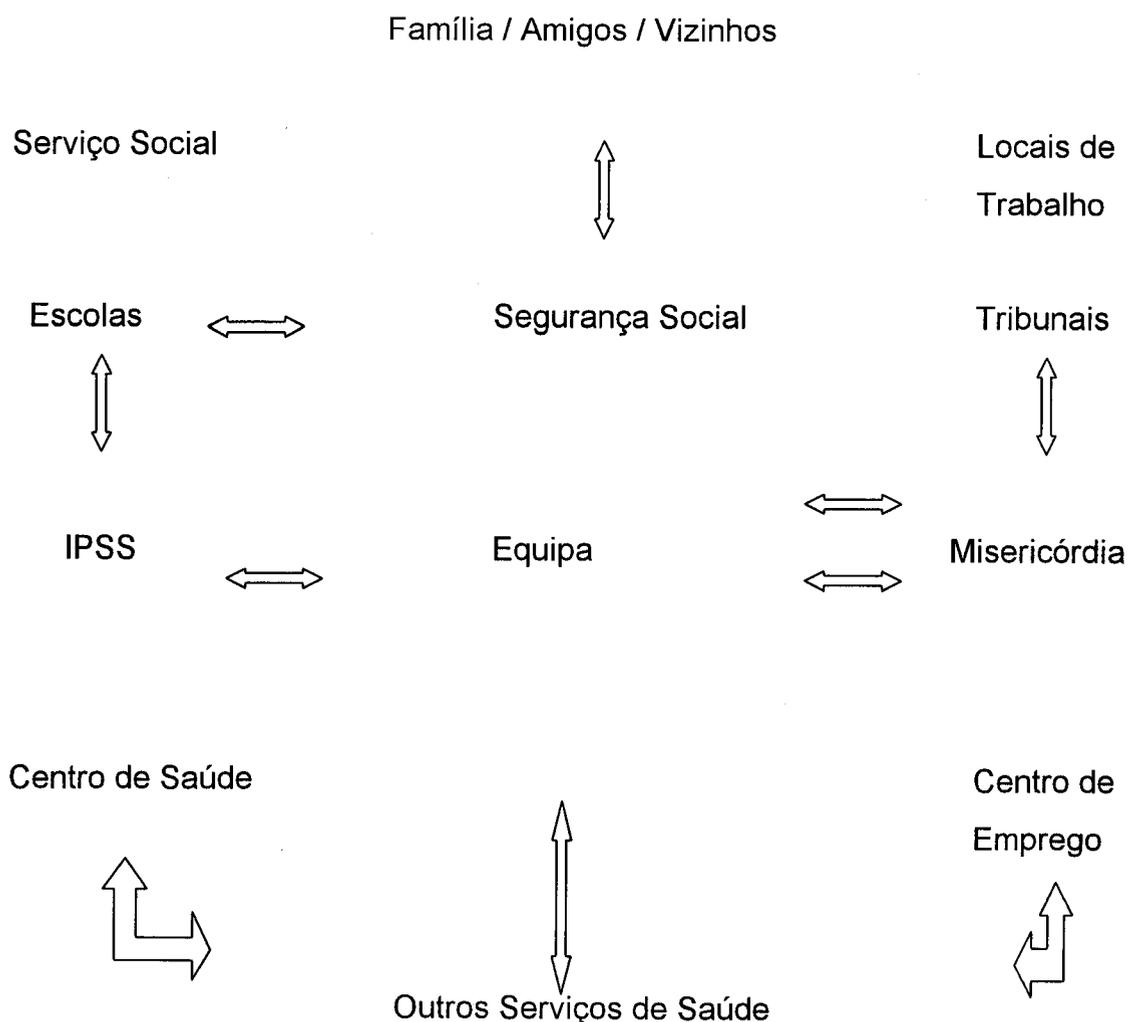
Suporte informativo é o termo aplicado ao processo através do qual as pessoas procuram informações, ajuda e conselhos (Wills 1985).

Barrera (1986) após revisão de vários artigos concluiu que:

- O suporte social parece ser uma variável capaz de ter um amplo impacto no bem estar da comunidade e assim dirigir futuras atenções para pesquisas na comunidade.
- O conceito de suporte social é considerado como indistinguível. Estudos que usaram indicadores como "necessidades na gravidez" e envolvimento em grupos de ajuda foram igualmente interpretados como constituindo suporte social evidente.

Em seguida, e muito resumidamente apresentamos o seguinte esquema, segundo Fátima Xarepe (1999) o qual julgamos ser representativo dos elementos que devem constituir a rede de suporte social e sua interligação afim de proporcionar à mãe adolescente e seu filho condições para a sua automonização.

Figura 2 - Rede de Suporte Social



Fonte: Xarepe, 1999

Embora estes organismos estejam sensibilizados para a problemática e prestem na medida do possível alguns apoios, não são o suficiente para um número tão elevado que existe no concelho.

Nos últimos anos tem-se reflectido sobre esta questão e verificado a necessidade de aumentar a ênfase na responsabilidade do estado. Assim, a coordenação de esforços mútuos, entre família (redes de apoio informal) e entidades oficiais que prestem ajuda (mais ou menos especializada), parece, também em nosso entender ser o percurso mais adequado para melhorar a eficácia e qualidade dos serviços prestados, com a conseqüente melhoria da

qualidade de vida, para esta franja da população. Esta necessidade de protecção social crescentemente procurada nas instituições e redes de relações sociais que constituem a sociedade civil, em função de um modelo de partilha de responsabilidades entre as solidariedades formais e informais.

4 – Educação Sexual e Planeamento Familiar

4.1 – Políticas de Saúde

O comportamento sexual do adolescente está associado a uma mudança de sentimentos, ansiedades, culpas que só cessam com novas experiências, novos conhecimentos e apoio afectivo. Relativamente aos aspectos relacionados com a sexualidade, o jovem explora directamente o assunto em conversa com os irmãos, os pares, nas estruturas escolares específicas (quando tal lhe é permitido). Segundo Vilar " (...) os jovens não excluem no entanto a necessidade de falar com os pais, ... tudo isto depende da natureza da relação que entre eles foi sendo previamente construída. E de tudo isto vai depender, em boa parte, a natureza das relações que irão ocorrer quando os jovens atingirem a adultice " (Vilar 1994: 167).

Ainda segundo o mesmo autor, ele considera três factores que interferem na comunicação pais / filhos sobre a sexualidade:

- 1 - Os estilos educativos (representações, objectivos, capacidades e formas concretas dos pais sobre a educação dos seus descendentes, expressas em estilos de relacionamento no interior do sistema familiar);
- 2 – As atitudes face à sexualidade dependem de normas e valores sobre o erotismo, o amor e a própria sexualidade;
- 3 – As características próprias de cada uma das fases do desenvolvimento psico-sexual.

A educação sexual apresenta-se como um direito e uma via que se utiliza para se obter a resposta mais adequada. Ela consiste, não só " (...) na transmissão de informação sobre fisiologia da reprodução, anatomia e características da sexualidade, contracepção, DST (doenças sexualmente transmissíveis), entre outros, mas também como uma atitude de diálogo, que orienta positivamente as crianças e os jovens na aventura da descoberta do seu corpo e da sua sexualidade " (APF 1997: 8), tal como refere Machado Caetano no encontro internacional " Maternidade Precoce " " (...) a educação sexual é a educação

da capacidade de amar e de ser amado. É afinal a educação da afectividade " (Caetano 1994: 68).

De acordo com as mesmas comunicações a educação sexual visa essencialmente:

- Combater a ignorância e melhorar a compreensão;
 - Reduzir a culpa e ansiedade;
 - Incentivar comportamentos responsáveis;
 - Cultivar a capacidade de tomar decisões;
 - Ampliar a compreensão da importância do respeito por si próprio e do respeito pelos outros no âmbito das relações humanas.
- (Comunicações do Encontro Internacional 1994: 135).

Inicialmente quando se começou a falar em educação sexual, fazia-se referência aos aspectos biológicos da reprodução humana. Vivia-se em Portugal uma época em que as políticas educativas eram influenciadas pela Igreja Católica. Foi com o reconhecimento da SIDA como problema de saúde pública que se alertou a consciência pública para a necessidade de programas escolares bem organizados de educação sexual, de forma a satisfazer a necessidade dos jovens de informação mais adequada sobre sexualidade. Actuando deste modo possibilitará desenvolver relações interpessoais saudáveis nos domínios psico-sexual e psicossocial. A educação sexual é reconhecida por lei como sendo uma das reformas do sistema educativo. Em 24 de Março de 1984, a Assembleia da República aprovou a lei nº 3 sobre o planeamento familiar e educação sexual na qual, no artigo nº 1, o Estado garante o direito à educação. No ponto 2, do referido artigo de novo afirma-se o conteúdo da alínea d), do artigo 67º da CRP. ¹ Actualmente o sistema de saúde estabelece a articulação pública / privado, o que se encontra rectificado na lei de bases / 90 e estatuto SNS / 84.²

¹ Ver Anexo nº. 1

² Ver Anexo nº. 2

Mais recentemente a Assembleia da República aprovou a Lei 120 / 99 a qual " reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva ".³ Pretende-se com esta lei – artigo 2º - a implementação nos estabelecimentos de ensino básico e secundário de um programa para a promoção da saúde e da sexualidade humana. No artigo 4º - proclamam-se campanhas de divulgação destinadas aos jovens. Por sua vez o artigo 6º faz referência à existência de serviços de saúde dos estabelecimentos do ensino superior de modo aos estudantes terem consultas de planeamento familiar, apoio técnico para a utilização dos meios contraceptivos. Embora esta lei se apresente bastante inovadora haverá contudo muito a fazer para que estas medidas sejam implementadas. As escolas, os profissionais de saúde e associação para o planeamento familiar vão por sua iniciativa desenvolvendo actividades relacionadas com a educação sexual, dirigidas não só aos estudantes como também aos professores e encarregados de educação.

Relativamente ao planeamento familiar, este ultrapassa os domínios da contracepção, tratando-se de uma filosofia do comportamento, que encara não só a forma saudável e racional de espaçar os nascimentos mas também inclui a fertilidade e a sexualidade. Segundo António Moita (1989), " (...) O *planeamento familiar integra-se no âmbito da saúde pública pois visa a promoção da saúde e o bem estar das famílias, isto é, da comunidade sendo esta constituída por famílias, que segundo a declaração universal dos direitos do homem é a unidade fundamental e natural da sociedade* " (Moita 1989: 7). Constata-se que o planeamento familiar não é um problema individual, mas sim comunitário, uma vez que as decisões, ao nível da família, repercutem-se ao nível da sociedade. Como tal, a Organização Mundial de Saúde tem dado importância fundamental aos problemas relacionados com o planeamento familiar.

³ Ver Anexo nº. 3

É importante a divulgação da informação, permitindo uma educação pública e uma organização dos serviços de saúde que facilite aos indivíduos, qualquer que seja o seu nível sócio-económico, tomar decisões conscientes e agir de forma a assegurar o estilo de vida que lhes convém. Isto irá permitir determinar a dimensão da família, intervalar os nascimentos e permitir a educação dos filhos da forma que os pais desejam. O planeamento familiar contribui igualmente para que cada criança cresça num lar em que se sinta amada, em segurança, bem alimentada e onde lhe assegurem os cuidados médicos necessários. Ele constitui um elemento preventivo de situações de risco.

Acerca da maternidade precoce a Organização Mundial de Saúde no seu programa de saúde dos adolescentes tem vindo a elaborar métodos para se conhecer o comportamento sexual dos jovens, a fim de elaborar melhor programas que correspondam às suas necessidades. O planeamento familiar visa essencialmente informar sem discriminação, incluindo o livre acesso aos conhecimentos científicos e sociológicos necessários à prática de métodos salutareos de planeamento familiar e ao exercício de uma maternidade e paternidade responsável, ou seja " (...) *o planeamento familiar é um modo de fazer uma opção livre em relação à sexualidade, à família. É ter quando se quer, é ou não os ter quando estes não são desejados* " (Nóbrega 1997: 11). Muito sumariamente, o planeamento familiar consistirá em ajudar o homem a assumir o seu papel e responsabilidades na saúde da família e na regulação da fertilidade. As actividades de planeamento familiar integram-se na valência da saúde materno-infantil de todos os centros de saúde. As consultas gratuitas, são extensivas a todos os indivíduos em idade fértil. Estes serviços flexíveis, são desenvolvidos através de políticas públicas, apoiadas numa legislação adequada.

As actividades do planeamento familiar integram-se nos serviços de saúde materno-infantil, nos centros de saúde, ao nível dos cuidados de saúde primários, afim de garantir aos utentes , informação sexual, informação sobre meios contraceptivos, orientação dos casos de infertilidade, e educar para a saúde de modo a atingir os objectivos a seguir quadro 2.

Quadro 2 - Objectivos do Planeamento Familiar

Controlo de Nascimento	Esterilidade e Infertilidade
Paternidade responsável	Informação
Liberdade Sexual	Adopção
Escolhas nos filhos	Tratamento do casal estéril
Espaçamento dos nascimentos	
Saúde Materna	
Saúde Infantil	
Saúde de Família	
Informação	Rastreio no cancro genital
Sexologia médica: Consultas Conjugais	Consultas de genética
	Exames pré-nupciais
	Ajuda à mãe solteira
	Etc.

Fonte: OLIVEIRA, 1985

Não será na consulta de planeamento familiar que se começa, mas no ambiente familiar, através de uma progressiva educação e formação do indivíduo na área da sexualidade e do acompanhamento do seu desenvolvimento psicológico e social.

5 – Retrato Estatístico da Situação a Nível de Portugal / Algarve / Concelhos

Neste ponto apresentamos alguns quadros estatísticos os quais julgamos ilustrarem numericamente a realidade das mães adolescentes ao nível geral; de Portugal, posteriormente Algarve e num campo mais restrito a realidade ao nível dos concelhos.

Poderemos desde já referir que:

- 1) Tanto em Portugal Continental como no Algarve até 1997 nota-se que existe ainda um número significativo de mães adolescentes no grupo etário dos 15 aos 19 anos de idade;
- 2) Concluiu-se também que o número de mães adolescentes tem vindo a decrescer entre os anos de 1991 e 1997, embora estas representem um número significativo e de grande importância;
- 3) O grau de instrução destas mães é ainda muito reduzido;
- 4) A nível das regiões verifica-se alguma disparidade na percentagem de mães adolescentes entre o interior e o litoral;
- 5) No que diz respeito à média de casos de recém nascidos de mães adolescentes nos concelhos, verifica-se que existe uma grande semelhança entre os concelhos do interior, contudo com uma diferença bastante acentuada relativamente à média do distrito.

Quadro 3 - População de Adolescentes a nível de Portugal e Algarve (%)

	1981	1990	1996
Portugal	17.4	14.9	13.6
Algarve	13.8	13.6	12.4

Fonte: INE – Estatísticas Demográficas – Portugal, 1997

O quadro acima exposto ilustra a redução a nível percentual do número de adolescentes em Portugal e no Algarve entre os anos de 1981 e 1996. Esta realidade é cada vez mais significativa nos países desenvolvidos onde as taxas de natalidade são cada vez menores.

**Quadro 4 - População de Adolescentes (10 – 19 anos)
no Algarve por concelho (%) - 1996**

Concelho	% Adolescentes
Albufeira	13
Alcoutim	9.7
Aljezur	10.2
Castro Marim	11
Faro	13
Lagoa	13
Lagos	12
Loulé	12
Monchique	10.3
Olhão	13.6
Portimão	12.6
São Brás de Alportel	10.6
Silves	11.9
Tavira	12
Vila do Bispo	10.8
Vila Real de Santo António	13.4
Média do Distrito do Algarve	12.4

Fonte: INE, 1997

Pela análise do quadro observamos que a disposição geográfica indica que os concelhos de menor desenvolvimento / zonas do interior Algarvio apresentam uma percentagem de adolescentes inferior à média do distrito. Em contrapartida os concelhos do litoral e de maior actividade económica, turística reflectem uma subida da percentagem relativamente à média do distrito. Este fenómeno verifica-se cada vez mais uma vez que a população tende a migrar para zonas mais desenvolvidas e com mais recursos, tendo em vista uma melhor qualidade de vida, um emprego, deixando assim as zonas do interior onde as perspectivas são muito limitadas em vários aspectos.

Quadro 5 - Recém Nascidos de mães adolescentes no Algarve
% de casos 1991 / 1997

Ano	Recém Nascidos	Mães Adolescentes			
		Menor 15	15 a 19	Total	Percentagem
1991	3911	9	450	459	11.7
1992	3851	6	411	417	10.8
1993	3891	4	388	392	10.1
1994	3644	3	352	355	9.7
1995	3569	3	329	332	9.3
1996	3690	4	334	338	9.2
1997	3829	3	278	281	7.3

Fonte: INE, 1997

Pela análise do quadro verificamos que houve um decréscimo percentual de recém-nascidos de mães adolescentes desde os anos 1991 a 1997. Esta descida poderá ter a haver com a divulgação dos meios contraceptivos, divulgação de informação nas escolas e meios de comunicação social, com o aumento da idade para a escolaridade obrigatória e ainda em alguns dos casos o recurso ao aborto clandestino.

Quadro 6 - Recém Nascidos de mães adolescentes em Portugal - % de
casos 1991 / 1997

Ano	Recém Nascidos	Mães Adolescentes			
		Menor 15	15 a 19	Total	Percentagem
1991	116229	107	9748	9855	8.5
1992	114924	112	9344	9456	8.2
1993	113960	73	9197	9270	8.1
1994	109227	96	8461	8557	7.8
1995	107184	77	7936	8013	7.5
1996	110261	98	7762	7860	7.1
1997	112918	102	7586	7688	6.8

Fonte: INE, 1997

Após a análise do quadro constata-se que o número de recém-nascidos tem vindo a decrescer em Portugal Continental nos anos de 1991 a 1997.

Quadro 7 - Recém Nascidos de Mãs Adolescentes em Portugal - Nº de Casos

Ano	Recém Nascidos	Menor 15	15 a 19
1991	9855	107	9748
1992	9456	112	9344
1993	9270	73	9197
1994	8557	96	8461
1995	8013	77	7936
1996	7860	98	7762
1997	7688	102	7586

Fonte: INE, 1997

O presente quadro indica que existe um maior número de mãs adolescentes com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos e esses valores têm vindo a diminuir desde 1991 a 1997. Contudo é ainda de referir que existem aquelas que foram mãs com idade inferior a 15 anos e cujo valor embora seja em menor número têm a sua importância, pois seria desejável que esse número fosse nulo, pois estas adolescentes não efectuaram ainda a maturação necessária para desempenharem adequadamente o papel maternal.

Quadro 8 - Recém Nascidos de Mãs Adolescentes em Portugal - Nº de Casos Por Grupo Etário

Ano	11 - 13 Anos	14 - 16 Anos	17 - 19 Anos
1991	20	1320	8506
1992	19	1234	8203
1993	14	1282	7974
1994	20	1157	7380
1995	17	1065	6931
1996	10	1082	6768
1997	20	1120	6548

Fonte: INE, 1997

O quadro acima representado ilustra um maior número de casos de mãs adolescentes na faixa etária dos 17 aos 19 anos. Contudo o seu número tem vindo a diminuir desde os anos de 1991 a 1997. O grupo etário no qual o número de casos é extremamente reduzido situa-se entre os 11 e os 13 anos de idade. A faixa intermédia situa-se entre os 14 e os 16 anos, verificando-se um pequeno decréscimo do número de casos ao longo dos anos 91/97.

Quadro 9 - Recém Nascidos de Mães Adolescentes no Algarve - Nº de Casos

Ano	Total	Menor 15	15 a 19
1991	459	9	450
1992	417	6	411
1993	392	4	388
1994	355	3	352
1995	332	3	329
1996	338	4	334
1997	281	3	278

Fonte: INE, 1997

Verifica-se pela análise do quadro que a maioria das mães adolescente situa-se entre o grupo etário dos 15 aos 19 anos. Observa-se ainda que o número de casos tem vindo a diminuir desde 1991 a 1997. Contudo é relevante referir que o número de adolescentes que foram mães com idade inferior a 15 anos tem vindo a diminuir desde 1991 a 1997. Esta redução de números poderá ter a haver com os factores que já anteriormente fizemos referência, nomeadamente a desmistificação dos aspectos ligados à sexualidade e contracepção.

Quadro 10 - Recém Nascidos de Mães Adolescentes no Algarve - Nº de Casos Por Grupo Etário

Ano	11 - 13 Anos	14 - 16 Anos	17 - 19 Anos
1991	2	85	378
1992	2	69	363
1993	1	77	303
1994	0	67	288
1995	1	39	292
1996	0	52	286
1997	1	39	292

Fonte: INE, 1997

Os dados relativos ao quadro mostram nitidamente um decréscimo acentuado no número de casos por grupo etário de mães adolescentes entre os anos de 1991 e 1997. Na faixa etária dos 11 / 13 anos os números são poucos significativos; seguidamente a faixa etária dos 14 / 16 anos já apresenta algum significado com tendência para decrescer. Por último a maior incidência reflecte-se no grupo etário dos 17 / 19 anos, verificando-se também uma descida do número de casos.

**Quadro 11 - Recém Nascidos de mães adolescentes dos 10 aos 19 anos
no Algarve - % Média de casos por Concelho - Ano 1989 – 1993**

Concelho	% Recém Nascidos
Albufeira	9.6
Alcoutim	3.1
Aljezur	12.4
Castro Marim	13.4
Faro	11.4
Lagoa	11.8
Lagos	10.3
Loulé	10
Monchique	9
Olhão	16.4
Portimão	11
São Brás de Alportel	11.6
Silves	11.7
Tavira	11.8
Vila do Bispo	11.7
Vila Real de Santo António	12.3
Média do Distrito do Algarve	12.7

Fonte: INE, 1997

Este quadro apresenta uma uniformidade geral entre quase todos os concelhos. Existem apenas duas excepções que são respectivamente o concelho de Olhão com uma percentagem de casos bastante acima da média com um valor de 16.4. A outra excepção é a de Alcoutim cuja percentagem média de casos situa-se num valor extremamente baixo de apenas 3.1. Estes valores terão a haver com as características da própria cidade. Sabemos no entanto que Olhão, cidade piscatória, com bastantes problemas de carácter social, com população de diversas etnias poderá contribuir para um valor tão elevado. Por outro lado Alcoutim é uma cidade do interior Algarvio onde predomina a população idosa. A população mais jovem migra para outros locais com vista a melhores condições de vida. Este será o factor explicativo da redução dos nascimentos.

Quadro 12 - Recém Nascidos de Mães Adolescentes (10 -19 anos) - %

Média de Casos por Concelho 1993 – 1996

Concelho	% Adolescentes
Albufeira	7.7
Alcoutim	6.9
Aljezur	5.6
Castro Marim	7.7
Faro	9
Lagoa	8.8
Lagos	12
Loulé	10
Monchique	9
Olhão	11.5
Portimão	8.6
São Brás de Alportel	9.4
Silves	9.4
Tavira	11.5
Vila do Bispo	7.2
Vila Real de Santo António	11.6
Média do Distrito do Algarve	9.6

Fonte: INE, 1997

O quadro acima representado mostra claramente que nos concelhos do interior verifica-se uma percentagem bastante inferior à média do distrito. Os concelhos do litoral que são mais desenvolvidos apresentam uma percentagem de casos de recém nascidos bastante mais elevada que a média do distrito. Exemplos deste facto são os concelhos de Loulé, Tavira e Olhão.

Quadro 13 - Nados Vivos Segundo a Idade e Instrução da Mãe no Algarve

Grau de Instrução	Menor de 15 anos	Entre os 15 e 19 anos	Total
Analfabeto	0	19	19
Sabe ler e escrever	0	11	11
Curso Básico e Preparatório	3	251	254
Curso Secundário e Médio	0	71	71
Curso Superior	0	0	0
Outros Cursos	0	0	0

Fonte: INE, 1997

No presente quadro verifica-se que existem maior número de nados vivos provenientes de mães adolescentes entre os 15 e os 19 anos de idade, que possuem o curso básico e preparatório. Esta situação ilustra ainda a fraca escolaridade das mães adolescentes deste distrito.

CAPÍTULO II - O CONTEXTO

1- Enquadramento Histórico-Geográfico

No extremo ocidental da Península Ibérica, a sul de Portugal, individualiza-se a região que, hoje, constitui o Algarve.

Segundo a descrição no plano de actividades no centro de saúde de Faro (1997) esta região, com cerca de 6% da superfície total do país, confina a norte com o Alentejo, estando separada de Espanha pelo rio Guadiana a Este, e banhada pelo Oceano Atlântico a Sul e a Oeste. Engloba uma superfície de 4.989 Km², com uma população de 346.110 habitantes em 1996 e com uma densidade populacional de 69,4 habitantes por Km².

Permaneceu durante vários séculos sob o domínio árabe. Começou por ser uma região de ambos os lados do Guadiana, parte integrante da Andaluzia onde se destacavam cidades como Sevilha, Granada, Córdoba e Silves. Em meados do século XIII, no reinado de D.Afonso III dá-se a sua integração na coroa Portuguesa, passando a ser considerada um reino unido com a coroa, sua titular. Começa então a notar-se uma recessão na economia urbana algarvia, obrigada a separar-se da sua natural orientação mediterrânica, para se submeter ao "eixo atlântico" definido pela capital do reino.

Contudo, a efectiva integração do território algarvio seria larga e complexa, permanecendo durante vários séculos em ligação privilegiada com a vizinha Andaluzia.

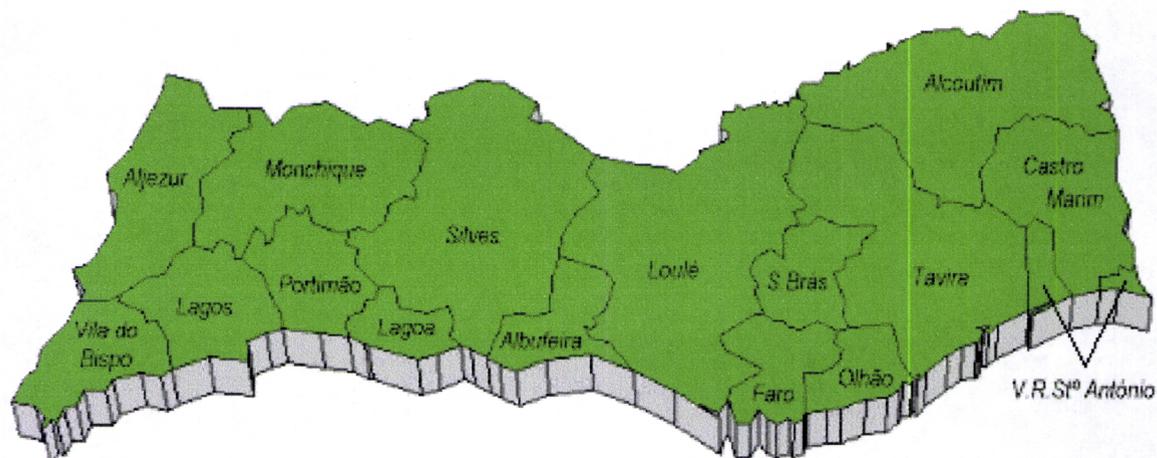
No século XX, o arranque da industrialização viria naturalmente a orientar-se para a transformação das matérias-primas tradicionais (peixe e cortiça), sua comercialização e exportação.

No final da década de cinquenta, a concorrência aliada a uma baixa capacidade tecnológica e consequente baixa de produtividade viriam a causar, novamente, grandes problemas no tecido económico algarvio.

No entanto, as condições ambientais e climáticas do Algarve permitiram, a partir dos anos sessenta, atrair um surto de turismo e concomitantemente o desenvolvimento das actividades económicas com ele relacionadas, tendo-se tornado no mais importante polo turístico de Portugal.

Administrativamente os limites da região do Algarve coincidem com os do Distrito de Faro, estando repartida em 16 concelhos: Albufeira, Alcoutim, Aljezur, Castro Marim, Faro, Lagoa, Lagos, Loulé, Monchique, Olhão, Portimão, S.Brás de Alportel, Silves, Tavira, Vila do Bispo e Vila Real de Santo António, que por sua vez se subdividem em 84 freguesias.

FIGURA 3 - Região Do Algarve



A amenidade do clima algarvio revela-se como um dos seus maiores potenciais naturais que convida à permanência humana, favorece alguns sistemas de produção com actividade de elevada rentabilidade económica e constitui um dos principais atractivos da região sob o ponto de vista turístico.

A diversidade paisagística, tendo por base aspectos de natureza climática e geomorfológica é sublinhada por outros factores com repercussão geográfica, tais como o tipo de utilização agrícola do solo, as formas de povoamento e o próprio modo de vida das populações.

Neste contexto, é usual distinguirem-se três unidades sub-regionais:

- **Serra:** formada por xistos, dispendo-se em anfiteatro aberto ao oceano, separando a região algarvia do resto do Continente;
- **Barrocal:-** de natureza calcária, estende-se desde Sagres até às mediações da Conceição de Tavira;
- **Litoral:** desenvolve-se entre o Barrocal e o oceano, constituindo-se sobre formações rochosas sedimentares muito variadas.

1.1 - População e Qualidade de Vida

O Algarve tem uma morfologia demográfica muito peculiar e extremamente diferenciada, resultante de enquadramentos sócio-económicos diversos.

Com população residente superior a 346.000 habitantes em 1996, o Algarve mantém há duas décadas um crescimento demográfico que se reflecte por uma taxa de 5,5% (Var. Pop. Resid. 1981/1991).

Trata-se de um concelho com uma população jovem, relativamente ao distrito e ao país.

**Quadro 14 - POPULAÇÃO RESIDENTE E DENSIDADE, POR CONCELHOS,
EM 1981 E 1991**

Concelhos	Pop. 1981	Dens. Pop.	Pop. 1991	Dens. Pop.	Var. Pop. 81/91
Albufeira	17.218	122	20.949	149	21,7
Alcoutim	5.262	9	4.571	8	-13,1
Aljezur	5.059	16	5.006	16	-1,0
Castro Marim	7.297	24	6.803	23	-6,8
Faro	45.109	229	50.761	257	12,5
Lagoa	15.635	178	16.780	191	7,3
Lagos	19.700	93	21.526	101	9,3
Loulé	44.051	58	46.585	61	5,8
Monchique	9.609	24	7.309	18	-23,9
Olhão	34.573	273	36.812	290	6,5
Portimão	34.464	188	38.833	212	12,7
S.Brás de Alp.	7.506	50	7.526	50	0,3
Silves	31.389	46	32.924	49	4,9
Tavira	24.615	40	24.857	41	1,0
V. do Bispo	5.700	32	5.762	32	1,1
V.R.Sto Ant.	16.347	262	14.400	231	-11,9
ALGARVE	323.534	65	341.404	68	5,5

Fonte: INE – Anuário Estatístico da Região Algarve, 1997

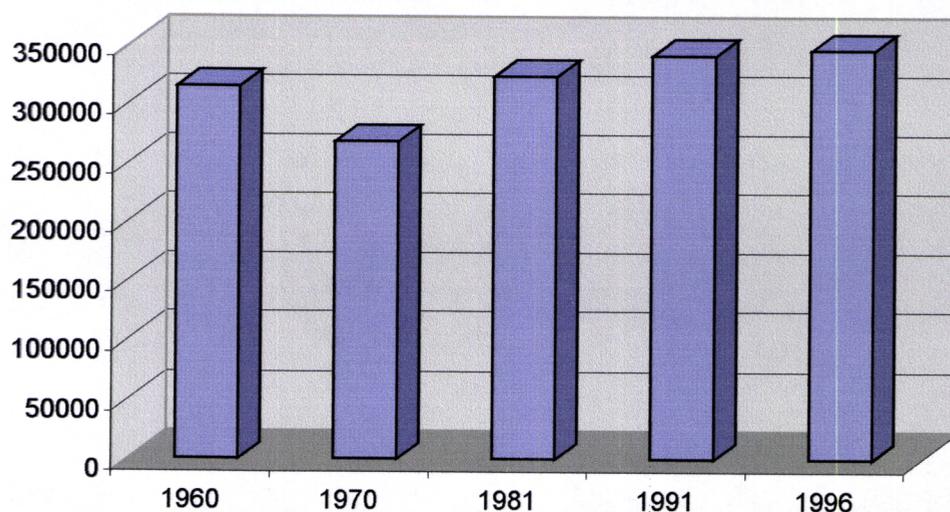
Após ter conhecido um período de quebra demográfica acentuada entre as décadas de cinquenta a setenta, em virtude de um movimento migratório intenso também registado noutras regiões, o Algarve viria a inverter nesse processo de repulsão populacional.

A concentração demográfica é muito elevada na faixa litoral algarvia, acentuando-se no período estival como resultado de um movimento significativo de população, que aí passa férias.

QUADRO 15 - EVOLUÇÃO DEMOGRÁFICA

	1960	1970	1981	1991	1996
Algarve	314841	268035	323534	341404	346110
Faro (concelho)	35651	30535	45109	50761	51560

Gráfico 1 - EVOLUÇÃO DA POPULAÇÃO RESIDENTE NO ALGARVE



Fonte: INE – Censur de 1960, 1970, 1981, 1991

1.2 - Saúde

A região do Algarve dispõe de uma rede de serviços de cuidados de saúde primários constituída por 16 Centros de Saúde, 64 extensões, 9 unidades de internamento e 12 unidades de serviço de atendimento permanente (SAP).

Relativamente a cuidados de saúde diferenciados, o Algarve dispõe de:

- 3 Hospitais Distritais localizados em Faro, Portimão e Lagos (nível 1);
- 1 Centro de Saúde Mental em Faro;
- 4 Serviços de Profilaxia e Apoio a Toxicodependentes em Albufeira, Faro, Olhão e Tavira.

1.3 - Estrutura Sócio-Económica- Enquadramento Geográfico

A divisão territorial do Algarve, segundo a referência no plano de actividades do centro de saúde de Faro (1997), em Barlavento e Sotavento, tem a sua origem no regime de ventos da região, designando-se por Barlavento todo o litoral sul a oriente da área de Faro, sensivelmente, onde deixam de se sentir os efeitos da nortada. Utilizada actualmente com um sentido sócio-económico, esta divisão estende-se também ao interior da região, considerando-se como Sotavento a parte oriental do Algarve, que abrange os concelhos de Alcoutim, Castro Marim, Vila Real de Sto. António, Tavira, Olhão, Faro, S. Brás de Alportel e ainda as freguesias de Ameixial e Almancil, do concelho de Loulé.

Foram sobretudo a constituição geológica e a distância ao litoral que definiram no Algarve três faixas paralelas à costa a que correspondem estruturas de povoamento e tecidos produtivos diferenciados. Separando-o a norte, das planícies alentejanas, a serra com solos impermeáveis e a consequente elevada escorrência superficial propiciam fenómenos de erosão, sendo os solos delgados e pobres, sem capacidade de uso agrícola e cobertos por matagais e estevas associados a pequenos povoamentos arbóreos de azinheiras, sobreiros e zambujeiros.

No Barrocal, entre a serra e a faixa litoral, predominam as rochas carbonatadas, sobretudo calcárias, com boa aptidão hidrogeológica, dando origem aos sistemas aquíferos mais importantes. A elevada capacidade dos solos deu origem a uma policultura de alfarrobeiras, figueiras, amendoeiras e oliveiras (pomar de sequeiro), intercalada com algumas culturas arvenses. Nas zonas de maior abundância de água, ocorrem pomares (citrinos), vinhas e produtos hortícolas.

No litoral localizam-se a maior parte dos solos agrícolas, constituídos essencialmente por rochas detríticas. A agricultura engloba os pomares de citrinos, a vinha e a horticultura, com recurso cada vez mais significativo a técnicas de forragem e semi-forragem.

No litoral, cerca de $\frac{3}{4}$ da superfície das explorações agrícolas são propícias à utilização cultural (o que não acontece em tão elevada escala nas restantes zonas) e, apesar das culturas de sequeiro ainda terem aqui expressão geográfica, na vertente económica são as culturas se regadio que adquirem relevo, particularmente as hortícolas (tomate para consumo em fresco, feijão verde, pimento, cebola e hortaliças), as horto-frutícolas (principalmente morango, melão e melancia) e as frutas frescas (essencialmente citrinos e uva de mesa).

A superfície de sequeiro proporciona ainda a obtenção de frutos secos (amêndoa, alfarroba e figo) e de alguns cereais em articulação com a produção pecuária (principalmente bovinos, secundariamente suínos), ainda que estas não constituam áreas de especialização produtiva do litoral.

1.4 - Demografia e Povoamento

O Algarve é uma região de atracção populacional característica, que na década de setenta apenas o partilhava com a região de Lisboa e Vale do Tejo. De 1970 a 1981 foi também uma área de forte localização de retornados das ex- colónias ,de imigrantes retornados e mesmo estrangeiros. Tudo isto se traduziu numa das mais elevadas taxas de crescimento populacional (21%) que mais compensou as perdas registadas nos anos sessenta.

O ritmo de crescimento desacelerou na primeira metade da presente década, mas o peso demográfico do Algarve no conjunto do país tem vindo a aumentar ligeiramente. O aumento da população continua a basear-se nos movimentos migratórios, sendo o crescimento natural responsável por menos 15% do acréscimo da população residente. O saldo fisiológico poderá mesmo vir a situar-se em valores negativos. A faixa litoral do Sotavento organiza-se à volta de quatro centros urbanos, em cuja área de influência imediata residem quase $\frac{3}{4}$ dos seus habitantes.

Faro, a capital distrital e regional, com 51.560 mil habitantes, é o mais importante centro urbano e industrial do Algarve e a sede de importantes funções administrativas; beneficia ainda de um aeroporto internacional e é servida por um porto comercial. Alguns dos centros urbanos do Algarve, entre eles Faro, situou-se na última década entre os centros urbanos de maior dinamismo. Tratou-se quase sempre de um crescimento explosivo (perto de 50% de 1970 para 1981), criando problemas de ordenamento urbano e de insuficiência de infra-estruturas e equipamentos.

Ainda que toda a economia Algarvia seja no essencial uma economia urbana, a insuficiente dimensão dos principais centros, pode ser um obstáculo ao desenvolvimento de novos serviços e poderá significar uma desvantagem na concorrência com áreas mais urbanizadas e hierarquizadas no quadro de uma maior integração com a vizinha região espanhola.

1.5 – Caracterização do Meio Envolve

Os recursos e potencialidades naturais da região contribuíram decisivamente para a actual estrutura económica algarvia, assente em três actividades básicas: agricultura, pescas e turismo. A pesca e a agricultura dinamizaram a indústria conserveira, algumas actividades de transformação de produtos agrícolas e a indústria de construção e reparação naval. No entanto, o turismo foi o principal impulsionador do desenvolvimento económico no Algarve.

Interiormente, o concelho de Faro apresenta dois conjuntos de freguesias bem distintos e um intermédio. Em oposição encontram-se os grupos de Santa Bárbara de Nexe e Estoi, contra o de S.Pedro e Sé. Em posição intermédia, a freguesia da Conceição de Faro. As freguesias do Norte, Sta. Bárbara de Nexe e Estoi têm estruturas mais envelhecidas quer a nível da população jovem, quer a nível da população em idade activa. As freguesias de S.Pedro e da Sé têm uma tipologia completamente diferente: quer a nível de concelho quer a nível de distrito, são o paradigma de áreas de população jovem sobretudo na faixa da população em idade activa.

O conjunto das freguesias do norte apresenta muito pouco peso no sector terciário, enquanto que as freguesias urbanas de S.Pedro e Sé apresentam perto de 70% da sua população activa neste sector.

A freguesia da Conceição de Faro, com elevado peso de activos no sector primário e com uma população demograficamente dinâmica, é explorada pela rentabilidade da actividade agrícola na área da Campina de Faro, não apresentando semelhanças com o arcaísmo da actividade nas áreas a norte. Segundo estatísticas do INE, de 1991, a população activa do concelho era de 46,2%, encontrando-se maioritariamente no sector terciário (72,4%), seguindo-se o secundário (17,5%) e primário (10,1%).

A acessibilidade ao concelho, bem como às suas freguesias, é boa, através de uma rede viária aceitável. Em termos globais, verifica-se a maioria do emprego em áreas dependentes de factores externos e ligados ao turismo. A taxa de desemprego era de 4,7% e a de analfabetismo de 8,7%, no ano de 1991.

Relativamente às condições de habitação e ainda, segundo a mesma fonte de informação, 97,2% dos alojamentos têm electricidade, 93,4% têm esgotos e 86,9% têm água canalizada.

Segundo informação do D. S. P. A T – A.R.S. do Algarve, em 1996 os recursos envolvidos no bem estar da comunidade para além das instituições de saúde são os seguintes:

- Instituições Particulares de Solidariedade Social - Sta. Casa da Misericórdia de Faro;
- Casa de Repouso particular em Estoi;
- Lar de 3.^a Idade em Sta. Bárbara de Nexe;
- Infantários;
- Cáritas Diocesana do Algarve;
- Casa de Sta. Isabel.

- CASCD;
- Creche com A.T.L. da CHASFA;
- Jardim de Infância João de Deus;
- Sta. Casa da Misericórdia;
- Centro Social Nossa Senhora do Carmo;
- Jardim de Infância do Centro Paroquial em Sta. Bárbara.

Lar de Crianças:

- Refúgio Aboim Ascensão;
- Casa de Sta. Isabel;

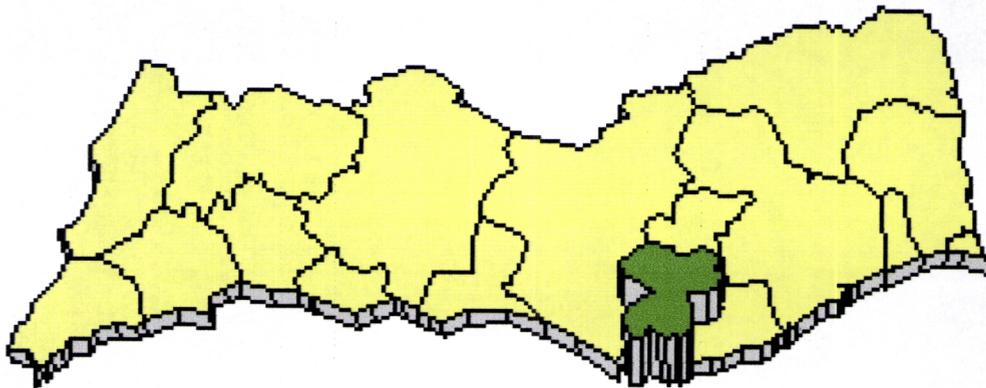
Outros:

- Centro de Dia do Grupo de Apoio a Toxicodependentes;
- Semi- Internato da Associação Algarvia de Pais e Amigos das Crianças Diminuídas Mentais;
- Semi-Internato da Associação Portuguesa de Paralisia Cerebral;
- Internato de Jovens do Instituto D.Francisco Gomes;
- A.T.L. do Centro Paroquiano da Comunidade Cristã de S. Luís;
- A.T.L. do Centro Comunitário da Associação Nossa Senhora dos Navegantes na Ilha da Culatra;
- Centro de Hemodiálise;
- Cruz Vermelha Portuguesa;
- Bombeiros;
- Farmácias(11 em Faro, 1 na Conceição, 1 em Estoi, 2 no Montenegro, 1 em Sta. Bárbara);
- Laboratórios de análises clínicas – 6;
- Consultórios de Radiologia-3;
- Fisiatra-2;
- E E G –2;

- Linha S.O.S. Vida;
- P.A.F.A.C.- Projecto de Apoio à Família e à Criança;
- Gabinete de Apoio ao Adolescente – Instituto da Juventude.

Por sua vez existe o Centro Regional de Segurança Social do Algarve, o qual presta apoio sócio-económico a famílias em risco, através do Departamento de Acção Social. Do mesmo faz parte o N.A.I.- Núcleo de Apoio à Infância, constituído por uma equipa multidisciplinar, a qual intervém em articulação com o Tribunal de Família e Menores no que respeita a questões relacionadas com disfunções familiares e menores em risco.

Figura 4 – O Concelho De Faro Inserido Na Região Algarve



Fonte: Serviço de Planeamento da Administração Regional de Saúde do Algarve, 1996

Freguesias que compõem o Concelho de Faro

Conceição
Estoi
St^a Bárbara de Nexe
São Pedro
Sé
Montenegro

Quadro 16 - Indicadores sobre as Freguesias do Concelho de Faro

INDICADORES	Conceição	Estoi	Stª Bárbara de Nexe	São Pedro Sé	FARO
Área Km2	17,46	44,71	41,39	38,50	55,14 197,20
População Residente, 1991	3.662	3.100	4.338	14.374	25.287 50.761
Densidade Populacional, 1991	209,7	69,3	104,8	373,4	458,6 257,4
Var. População, 1991/60 (%)	50,0	-20,7	-1,9	37,1	75,7 42,4
Grupos Etários, 1991 (%)					
0 - 14	21,6	16,0	15,4	19,0	19,5 18,9
15 - 64	67,7	63,8	64,1	67,3	68,2 67,3
65 e +	10,8	20,2	20,5	13,7	12,2 13,7
Índice de Envelhecimento, 1991 (%)	49,9	125,8	133,6	72,2	62,7 72,5
Pop. Empregada, 1991	1.772	1.226	1.279	6.487	11.566 22.330
Primário (%)	31,6	20,9	14,5	8,8	5,9 10,1
Secundário (%)	23,5	29,9	38,5	15,7	13,9 17,5
Terciário (%)	44,9	49,2	46,9	75,4	80,2 72,4
Tx. De Actividade, 1991 (%)	49,7	41,3	32,5	46,9	48,2 46,2
Tx. De Desemprego, 1991 (%)	2,6	4,1	9,3	3,9	5,0 4,7

Montenegro - *incluída em S.Pedro*

Fonte: Serviço de Planeamento da Administração Regional de Saúde do Algarve, 1996

1.6 - Síntese Geral do Sotavento Algarvio

O Sotavento Algarvio corresponde à parte oriental do Algarve. Com uma área de cerca de 2.220 Km², é limitado a sul pelo Oceano Atlântico e a oriente faz fronteira com Espanha, em ambos os casos em extensões aproximadas de 50Km. A dinâmica demográfica no Sotavento caracterizou-se por um continuado processo de envelhecimento da população que, aliado à redução das taxas de natalidade poderá provocar a curto prazo saldos fisiológicos negativos. Contudo, o afluxo de população migrante tem garantido elevadas taxas de crescimento populacional. Prevê-se que se mantenha o crescimento da população, embora a ritmo mais lento, e que continue o processo de concentração na faixa litoral.

Mercê da estrutura etária e, sobretudo, de uma baixa participação feminina no mundo do trabalho, a taxa de actividade do Sotavento Algarvio é significativamente inferior à do país. Não existindo, globalmente na região um problema forte de desemprego, a sazonalidade do turismo provoca na " época baixa " um número significativo de desempregados inscritos nos Centros de Emprego.

As empresas no sector primário e secundário debatem-se com a falta de mão-de-obra, sobretudo qualificada, quer por não poderem concorrer com as remunerações nas actividades terciárias, quer pela inexistência de profissionais com as qualificações adequadas. O desajustamento entre a oferta e a procura de emprego parece ter vindo a acentuar-se. O funcionamento do mercado de trabalho, muito na dependência do turismo, que condiciona os níveis de remuneração, a fixação dos quadros técnicos e da mão-de-obra qualificada, e mesmo as opções de formação dos jovens, constitui um dos grandes problemas de desenvolvimento da área.

A economia do Sotavento encontra-se organizada à volta de três pólos valorizadores dos recursos e vantagens naturais:

- A *agricultura, silvicultura e caça*, que ocupa perto de 18% dos activos, com uma especialização na produção de hortícolas e de horto-frutícolas (com recurso crescente a técnicas de forragem ou semi-forragem) e nos frutos frescos e secos;
- A *pesca*, em que a região continua a ter relevo a nível nacional e que esteve na base de uma importante indústria de conservas e de actividades de construção e reparação naval;
- O *turismo* que nas últimas décadas foi o principal motor de crescimento do Algarve e que está na base da forte terciarização da economia da região, da concentração demográfica no litoral e do ritmo acelerado de urbanização responsável por profundas agressões ao meio ambiente.

As artes gráficas são outra actividade com algumas tradições na área. Neste sub-sector, no das agro-indústrias e mesmo no da metalomecânica ligeira parecem existir boas potencialidades. Todavia, o desenvolvimento industrial debate-se com um ambiente económico não favorável ao investimento da indústria transformadora e com o desvio de factores (iniciativa empresarial, capital, trabalho, solo, água, etc.) para a actividade turística.

O modelo actual de desenvolvimento turístico pode conter em si um elevado potencial de autodestruição. Ao apostar apenas no clima, no solo e no mar provoca uma grande concentração espacial das actividades e populações que origina forte sazonalidade, ambas incompatíveis com os níveis de qualidade, necessários para um crescimento autosustentado.

Capítulo III – A METODOLOGIA

Recordemos o interesse que nos aguçou a vontade de partir para o terreno. Na era da divulgação e do uso do contraceptivo em Portugal um número elevado de adolescentes engravida, pensamos, à partida, que contra a sua vontade, acarretando uma gravidez deste tipo de consequências marcantes para as raparigas e suas famílias.

Sociologicamente e em consequência do elevado número de situações registadas, para a sociologia americana, tratava-se de uma epidemia ... tudo apontava para que se tratasse de um grave problema social, que assumindo determinados contornos, ascenderia ao estatuto do drama social embora a literatura conferisse à gravidez na adolescência o rótulo de patologia social e clínica. Assim, e penetrando nos meandros da vida quotidiana, inserindo-nos no meio dela, tentaríamos descobrir indícios que nos pudessem parecer reveladores da realidade que pretenderíamos iluminar.

Perante a consciência epistemológica da impossibilidade de compreender a realidade na sua totalidade, e conscientes de que a atenção do investigador aos fenómenos sociais se estabelece apenas, por relação aos pormenores que surgem e insinuam a sua existência, a sociologia qualitativa opta por aludir ao social através da descrição e da interpretação dos indícios pertinentes e indicadores dos aspectos a analisar.

Segundo Maria Micaela Gaspar (1997) em sociologia qualitativa aposta-se numa abordagem triangular da realidade social. Esta aproximação triangular implica que a reflexão sobre o fenómeno social deve ser constituída por uma variedade de métodos, procedimentos e perspectivas teóricas. A importância mais imediata da triângulação residirá no facto de permitir revelar aspectos distintos da realidade empírica, permitindo que os dados obtidos sejam completados, discutidos a partir dos diversos procedimentos utilizados, que, pela diversidade da sua natureza, revelarão aspectos diversos da realidade.

A investigação é sempre um processo de interacção: interacção entre métodos e técnicas, entre teoria e prática, entre o técnico e os actores sociais. De facto, a realidade não se nos apresenta pronta a que a conheçamos. É necessário desbravar os meandros dos seus múltiplos significados, tarefa que modificará o aspecto da paisagem. Assim, os significados a que chegámos não são cópia dos seus significantes. São apenas representações acerca deles resultado de um processo de construção que é a investigação de tipo interpretativo que se preocupa mais com os sentidos que com as explicações.

1 – Tipo de Estudo

Para o delineamento da metodologia, enquanto "dispositivo global de elucidação do real " (Quivy et al 1992: 128), seleccionou-se todo um conjunto de técnicas de investigação, tendo em conta as que mais se adequaram ao estudo que se pretendia desenvolver.

Atendendo ao âmbito desta pesquisa e aos objectivos que a definem considerou-se como método fundamental do procedimento lógico da investigação empírica, a abordagem qualitativa – estudo de casos ou análise intensiva. Esta escolha deveu-se ao facto de que este " *método, fornece uma compreensão profunda de certos fenómenos sociais, apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjectivo da acção social (...) os métodos qualitativos, enfatizam as especificidades de um fenómeno em termos de suas origens e de sua razão de ser (Haguette 1987: 63); também o método de casos se impõe porque a população a estudar é em número restrito " para possibilitar o emprego dos métodos estatísticos " (Boudon SD: 121). " (...) Mas, aqui está o grande valor do estudo de caso: fornecer o conhecimento aprofundado de uma realidade delimitada, que os resultados atingidos podem permitir e formular hipóteses para o encaminhamento de outras pesquisas " (Trivinos 1990: 111). Esta abordagem qualitativa, " consiste no exame intensivo, tanto em amplitude como em profundidade, utilizando todas as técnicas disponíveis, de uma amostra particular, seleccionada de acordo com*

determinado objectivo (...), de um fenómeno social, ordenando os dados resultantes por forma a preservar o carácter unitário da amostra, com a finalidade última de obter uma ampla compreensão do fenómeno na sua totalidade " (Lima 1995: 18).

Trata-se de um método que permitirá investigar o maior número possível de aspectos da unidade de observação e que, incide sob a análise intensiva das mães adolescentes do Concelho de Faro. As conclusões não podem ser extrapoladas à totalidade de mães adolescentes, porque se trata de uma realidade particular não permitindo que os resultados deste estudo se generalizem a outros casos ainda que se assemelhem. Trata-se de um estudo descritivo, cujo objectivo primordial é o de descrever um facto de uma forma detalhada e a sua compreensão na sua totalidade.

Assim e tendo por base a pergunta inicial – **Como se processa a vida pessoal e familiar das mães adolescentes no Concelho de Faro?** Foram delineados os objectivos da investigação, decompondo o objectivo geral nalguns específicos.

Objectivo Geral:

Aprofundar o conhecimento sobre a vida quotidiana de mães adolescentes no Concelho de Faro.

Objectivos Específicos:

- ***Descrever os apoios que a sociedade presta às mães adolescentes;***
- ***Apresentar propostas de intervenção no sentido de melhorar a qualidade dos serviços prestados e criar outros instrumentos de apoio às mães adolescentes.***

2 – População em Estudo

O estudo incidiu sobre quinze mães adolescentes até aos dezanove anos de idade que foram mães no ano de 1997 ou em 1998, residentes no concelho de Faro.

Optou-se pelo critério da OMS, ou seja, considerou-se a maternidade precoce até aos dezanove anos de idade, na medida em que a gravidez " *antes dos dezanove anos é vista como um problema social pois atinge numerosas famílias (...)* " (Comunicação do Encontro Internacional 1994: 9). Participaram neste estudo mães adolescentes com diferentes enquadramentos nos domínios sociais, familiares, escolares, residenciais, relação de conjugalidade entre outras.

Relativamente ao universo, este era composto no ano de 1997 por vinte e cinco mães adolescentes, no ano de 1998 quarenta e cinco, segundo dados fornecidos pelo Registo Civil de Faro. Contudo, houve adolescentes que não compareceram ao Centro de Saúde de Faro, após convocatória para aplicação da ficha inquérito; por sua vez houve também adolescentes que não se encontravam no seu domicílio aquando da aplicação da entrevista. Os motivos pelos quais não foi possível aplicar as fichas inquérito e as entrevistas a um maior número de adolescentes deveu-se ao facto de: alteração do domicílio, exercício de actividade laboral, desconfiança e ideia de intromissão na vida privada bem como a ideia de perseguição por parte dos serviços. Assim, o universo de ambos os anos, ou seja 1997 e 1998, cingiu-se a quinze adolescentes que completaram tanto a ficha inquérito como a entrevista.

Das mães adolescentes que participaram na aplicação da ficha-inquérito e da entrevista obteve-se uma informação extremamente rica.

3 –Técnicas de Recolha e Tratamento de Dados

O processo de estudo de caso utiliza uma pluralidade de técnicas " accionadas alternada ou simultaneamente pelo investigador. A eficácia de cada uma (...) é diferente consoante o tipo de informação que se pretende obter " (Costa 1990: 40).

Dada a natureza da informação que se pretendia recolher, os instrumentos de recolha de dados que se consideraram adequados utilizar na pesquisa foram:

- Análise Documental;
- Observação Directa;
- Ficha Inquérito para todas as Adolescentes;
- Entrevistas para todas as Adolescentes;
- Duas Histórias de Vida.

3.1 – Análise Documental

Para a prossecução da pesquisa foi necessário analisar determinadas obras relacionadas com o tema em estudo que servissem de base.

As informações podem provir de observação, de reflexões pessoais, de pessoas que adquiriram experiências pelo estudo ou pela participação em eventos, ou ainda de conhecimentos reunidos em bibliotecas, centros de documentação bibliográfica ou de registo que contenha dados. A utilização adequada dessas fontes de informação auxilia na delimitação clara do próprio projecto, esclarece aspectos da pesquisa e orienta na busca da fundamentação e dos meios de resolver um problema.

3.2 – Observação Directa

A determinação de um problema a ser pesquisado pode originar-se, na observação directa e na reflexão sobre factos observáveis, de leituras e de análises pessoais, tal ocorreu quando se efectuou uma visita domiciliária a cada uma das mães adolescentes que fizeram parte deste estudo com o objectivo de aplicar a entrevista e assim, para que " in-loco " poder-se observar um pouco a vida quotidiana de cada mãe adolescente.

3.3 – Ficha Inquérito

Procedeu-se igualmente após convocatórias⁴ à aplicação no Centro de Saúde de Faro de uma ficha inquérito ou inquérito por questionário⁵ a quinze adolescentes que estavam disponíveis de forma a recolher a informação necessária para a sua caracterização. Constituído por cinco partes, com perguntas fechadas e perguntas mistas, teve como objectivo o estudo do nível pessoal, familiar, laboral, dos conhecimentos perante a sexualidade, da situação perante a gravidez, da relação com os serviços de saúde e caracterização habitacional.

A primeira abordagem realizada de forma pessoal começava com o primeiro contacto no Centro de Saúde, contemplava-se as regras éticas de convite para a participação num trabalho de pesquisa, apresentando-me e apresentando o projecto que queria desenvolver, assegurando confidencialidade, e não utilização dos dados para outros fins. No primeiro contacto era dado a conhecer à potencial participante além do tema, as particularidades de um contacto posterior, explicitando que as visitas decorreriam no domicílio da mãe adolescente. Procurou-se neste primeiro contacto, um ambiente de confiança na relação que se estava a iniciar.

⁴ Ver Anexo nº 4

⁵ Ver Anexo nº 5

No primeiro contacto pretendeu-se dar a conhecer o tema da pesquisa de modo a verificar a disponibilidade ou indisponibilidade em colaborar face ao tema, bem como facilitar a preparação da abordagem que se iria efectuar posteriormente no domicílio.

Verificadas as condições, deu-se início à aplicação da ficha inquérito, informando-se que posteriormente se iriam recolher mais dados no domicílio da participante bem com se iria aplicar uma entrevista. Em todas as situações a adolescente foi esclarecida de que caso o desejasse, a sua participação seria suspensa. No consentimento informado, apresentado de forma verbal, foram dadas informações respeitantes à explicitação do tema a estudar, à utilização das técnicas de colheita de dados, garantia da confidencialidade dos dados, datas previstas para a abordagem no domicílio, suspensão da participação caso a adolescente o entenda-se, condição ambiental para a realização da entrevista e a identificação pessoal do investigador.

3.4 – Entrevista

A entrevista é uma técnica importante que possibilita um processo de recolha de informação " (...) que utiliza a comunicação verbal. Parte do encontro entre duas pessoas, durante o qual uma pessoa (entrevistador), interroga a outra ou outras (entrevistados), com o objectivo de conhecer as suas opiniões sobre alguns pontos e factos que lhe interessam (...)" (Annette 1998: 58).

Perspectivando conhecer a vida quotidiana da mãe adolescente através do seu testemunho, foram encontrados elementos noutros autores que reforçam a adequação da utilização da técnica da entrevista. Patton menciona-a referindo que " *we interview people to find out from them those things we cannot directly observe (...) the purpose of interviewing then, is to allow us to enter into the other person's perspective* " ⁶ (Sim-Sim 1997: 60).

⁶ Sim-Sim op. cit., p. 60 "Nós entrevistamos pessoas para encontrar a partir delas coisas que não podemos observar directamente (...). A finalidade da entrevista é permitir a nossa entrada na perspectiva da outra pessoa. "

O tipo de entrevista mais adequado para o estudo qualitativo que pretendemos fazer de acordo com as características do universo, pareceu-nos ser a entrevista semi-estruturada ou semi-dirigida aplicada de igual forma às quinze mães adolescentes, tendo sempre como referência os objectivos que orientaram toda a investigação. Segundo Quivy esta " não é nem inteiramente aberta nem encaminhada por um grande número de perguntas precisas. Geralmente o investigador dispõe de uma série de perguntas – guias, relativamente aberta, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do entrevistado " (Quivy 1992: 194). Semi-estruturada, por se partir de um guião flexível que poderá ser reorientado no momento da aplicação, consoante os objectivos que se querem alcançar.

As perguntas foram estruturadas de forma aberta de modo a conseguir-se atingir um certo grau de profundidade e autenticidade, deixando a resposta ao livre arbítrio do entrevistado, de modo a permitir que este expresse o que quiser e souber acerca do tema. A entrevista⁷ constituída por treze questões, com perguntas abertas e fechadas, destinou-se ao estudo do quotidiano da adolescente, relação pessoal e familiar, relações de vizinhança, grupo de amigos, planos para o futuro, situação do pai da criança para com a gravidez e apoio que presta ou não ao filho. Tendo como alternativa a recolha das declarações por escrita abreviada, caso a participante de sentisse incomodada com a gravação magnética, foi, em todas as situações dado o consentimento das participantes, anteriormente à realização da técnica de entrevista, a sugestão de utilizar a gravação áudio por se considerar apropriada, bem como sendo um factor facilitador para a pesquisadora, tal como afirma Martinez " *resultán muy utiles, sin embargo, todos los procedimientos que permitan realizar la observacion repetidas veces : grabar las entrevistas (...)*"⁸ (Sim-Sim 1997: 61). A eleição da técnica da entrevista com gravação áudio.

⁷ Ver Anexo nº 6

⁸ Sim-Sim op. cit., p. 61 " Resultam muito úteis, sem dúvida, os procedimentos que permitam realizar a observação repetidas vezes: gravar as entrevistas (...)"

Considerou-se como mais adequada por ser mais fácil a recolha da informação, pela fiabilidade do discurso das jovens, não apresentando qualquer tipo de obstáculos, uma vez que este tipo de tecnologias é usualmente utilizado pelas novas gerações.

Procurando que na realização da colheita de dados, a presença do gravador não se tornasse um obstáculo, apesar de ser consentido pela participante, foi tido em atenção, a prévia preparação da fita, o reduzido tamanho do gravador (de bolso), colocado lateralmente, com intenção de diminuir eventuais perturbações que a máquina pudesse oferecer. Martinez confere importância da manipulação do material na realização das entrevistas, afirmando que ao utilizar o material de registo " (...) *será esencial que no perturbem, deformen o distorsionen con su presencia la auténtica realidad que tratan de sorprender en su original y primigenia espontaneidad* " ⁹(Sim-Sim 1997: 62).

No início da entrevista eram lembrados os dados pessoais do entrevistador, o tema em estudo, a confidencialidade dos dados, e a opção relativamente à recolha da informação, através da anotação do discurso ou de gravação áudio. Todas as participantes permitiram a utilização da gravação áudio, algumas vezes enunciando as próprias vantagens na rapidez do registo das suas declarações. As entrevistas tiveram uma duração média de cerca de trinta a quarenta e cinco minutos.

Em todas as entrevistas, pareceu existir interesse por parte da participante em falar da sua experiência.

3.5 – Análise de Conteúdo

Para o tratamento das perguntas abertas, das fichas inquérito e entrevistas, utilizamos a análise de conteúdo como a técnica de tratamento da informação.

⁹ Sim-Sim op. cit., p. 62 " Será essencial que não perturbem, deformem ou distorçam com a sua presença a autêntica realidade que tratam de surpreender na sua original e primigénia espontaneidade".

Era conveniente levar a cabo uma análise de conteúdo que nos conduzisse e aos conteúdos efectivos dos discursos que haviam sido produzidos. Como refere Jean Pierre Hiernaux " os discursos são os contentores dos conteúdos, os seus modos de expressão e manifestação " (Gaspar 1997: 155). Os conteúdos são, para o autor, os sentidos, os modos de ver as coisas, os sistemas de percepção que são veiculados pelos discursos. Como diz Hiernaux, os conteúdos são aquilo " qu' il y a dans le texte ", o que satisfaz " a necessidade de olhar a realidade " de dentro ", atentando mais nos significantes que nos significados sociais " (Gaspar 1997: 158). Esta técnica tenta recuperar um conjunto de informação interiorizada expressa pelas interlocutoras nos seus discursos e nas suas práticas. A análise de conteúdo é definida por Berelson como " *uma técnica de investigação que através de uma descrição objectiva sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações*"(Bardin 1994: 36).

A análise de conteúdo segundo Berel San (1952) é definida como "(...) uma técnica de investigação que através de uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo, manifesto das comunicações (...)" (Vala 1989:104). Tem como finalidade efectuar inferências com base numa lógica, a partir dos dados recolhidos, para o qual é "(...) necessário recorrer a um sistema de conceitos analíticos (...)" (Vala 1989:104). São estas inferências que vão permitir a passagem da descrição à interpretação dos dados.

Para proceder à análise de conteúdo de um texto, torna-se necessário que o investigador tenha algumas linhas de orientação na sua análise, tais como: palavras chave, temas mais abordados, atitudes favoráveis ou desfavoráveis em relação aos temas, relação entre temas, etc. (Vala 1989). A análise, pressupõe ainda três fases:

1. Constituição de um corpus;
2. Definição de categorias;
3. Quantificação.

O "Corpus", é constituído por todo o material produzido na pesquisa, que no caso da presente investigação é composto pelas respostas das entrevistas. Para analisarmos o "corpus", agruparam-se as diferentes respostas, de acordo com categorias criadas com base no enquadramento teórico. A definição das categorias, são um aspecto fundamental a ter em conta uma vez que " (...) os estudos ... serão produtivos, na medida em que as categorias sejam claramente formuladas e bem adoptadas aos problemas e ao conteúdo a analisar (...) " (Ghiglione e Matalon 1992:190). Uma categoria é "(...) composta por um termo-chave que indica a significação central do conceito (...) " (Vala 1989:111) e servem para reduzir a complexidade, identificá-la, ordená-la e atribuir-lhe sentido, para potenciar a apreensão dos dados. Ambas as etapas referidas anteriormente, tiveram como fim, a quantificação, de maneira a que os dados pudessem ser tratados e interpretados de modo a obtermos um novo discurso, válido e significativo, do qual resultaram algumas conclusões.

3.6 – Duas Histórias de Vida

A história de vida é considerada não como um produto acabado, tal como é geralmente apresentada, mas como uma matéria-prima sobre a qual e a partir da qual, se tem de trabalhar. "Acontecimentos específicos influenciam o destino de grupos inteiros de uma população, ou reflectem-se nela. É porque os indivíduos são necessariamente membros de grupos diferentes, que experimentam o seu ciclo de vida sob condições específicas, que pensamos que os inquiridos por histórias de vida acumuladas tem a sua razão de ser (...) " (Poirier 1995:146). A história de vida é considerada como um tipo particular de documento pessoal, que leva em conta o aspecto subjectivo do social. Na história de vida, a palavra sobre o acontecimento está intimamente ligada ao discurso de si e sobre si. A história de vida realizou-se sempre a partir de entrevistas repetidas. É necessário deixar que o entrevistado revele as suas experiências e sentimentos tendo em conta o seu próprio ritmo. As segundas entrevistas, na maioria dos casos, é um voltar atrás relativamente à primeira narrativa recolhida.

Esta repetição das entrevistas é condição necessária para o aprofundamento da informação e seu controlo. No presente estudo considerou-se pertinente a recolha de dois fragmentos de histórias de vida a duas mãs adolescentes as quais já tinham prestado o seu testemunho nas fichas inquérito e nas entrevistas. Seleccionaram-se duas realidades opostas e pediu-se então que ambas descrevessem a sua história pessoal, tendo em conta um pequeno guião¹⁰ com cinco pontos: origem geográfica, fase da infância, fase da adolescência, ambiente social – família / relação pais / escola / independência, desenvolvimento da relação adolescente / companheiro / filho, fornecendo " *matéria prima sobre a qual, e a partir da qual, se tem de trabalhar* " (Poirier et al 1995: 36). Só assim foi possível possuir o conhecimento de duas experiências / percurso diferentes.

¹⁰ Ver Anexo nº 7

Capítulo IV – TRATAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Após a elaboração e aplicação das fichas inquérito e entrevistas, procedemos à análise dos dados recolhidos, numa primeira fase outra vez da análise de conteúdo (Anexo 8 e 9) e só posteriormente foi efectuada a quantificação das categorias criadas através da primeira fase de tratamento de dados.

Na segunda fase foi utilizado o programa SPSS versão 9.0 que nos permitiu fazer uma análise quantitativa, das perguntas fechadas, e das categorias retiradas das perguntas abertas, os resultados apresentamos seguidamente.

1 – Caracterização Sócio-Demográfica da Adolescente

Para a realização do estudo tornou-se necessário a caracterização da população entrevistada.

Tendo em conta a população alvo e os objectivos, verifica-se que a idade das entrevistadas se compreendem entre os 18 e os 19 anos.

Quadro 17 - Idade

Idade	Nº de Respostas
17	2
18	5
19	5
20	2
21	1
Total	15

Relativamente ao ano de nascimento, a maioria das mãs adolescentes nasceu nos anos 80.

Quadro 18 - Ano de Nascimento

Ano de Nascimento	Nº de Respostas
1975	1
1977	1
1978	2
1979	2
1980	4
1981	3
1982	2
Total	15

São na totalidade de nacionalidade Portuguesa e de etnia branca.

Quanto ao local de residência das mães adolescentes a maioria das entrevistadas concentrava-se nas freguesias da malha urbana da cidade, nomeadamente freguesia de São Pedro (6) e Sé (4). As restantes distribuem-se de uma forma uniforme pelas restantes freguesias, as quais se situam fora da malha urbana da cidade de Faro.

Quadro 19 - Freguesias

Freguesias	Nº de Respostas
São Pedro	6
Montenegro	2
Sé	4
Sta. Barbara de Nexe	1
Conceição de Faro	2
Total	15

Descrevendo muito sumariamente as características destas freguesias, a de São Pedro com cerca de onze mil recenseados é constituída por alguns bairros operários. É uma freguesia com capacidade de expansão e desenvolvimento. O novo Centro de Saúde de Faro, a Escola de Enfermagem, a Associação dos Reformados, são algumas das Instituições que pertencem à referida freguesia.

Por outro lado, a freguesia da Sé com cerca de vinte e quatro mil recenseados possui duas características distintas. Por um lado existem zonas de urbanizações novas, uma delas a Penha considerada como um dormitório da cidade não se verificando aí problemas sociais. O Hospital Distrital de Faro, e diversos clubes desportivos e culturais fazem parte desta zona da cidade.

Por outro lado, esta freguesia possui três bairros sociais, nomeadamente: Horta da Areia, Atalaia e outro na avenida Cidade Hayward, os quais integram uma população de baixo estrato social e de várias etnias com dificuldades a vários níveis (nomeadamente problemas de toxicodependência) embora se efectuem esforços de integração social adoptando várias medidas entre elas a habitação social.

Relativamente à escolaridade a grande maioria (7) conseguiu completar o ensino secundário, o que significa que o seu nível de instrução não é muito baixo, ao contrário do que seria de esperar, uma vez que o abandono escolar é frequente quando se dá uma gravidez nesta faixa etária.

Quadro 20 - Idade à data do nascimento

Idade à data do nascimento	Nº de Repostas	%
16	4	26.7
17	7	46.7
18	2	13.3
19	2	13.3
Total	15	100

Constatou-se que a maioria das adolescentes (7) tiveram o seu filho aos dezassete anos de idade. Estas mães adolescentes, na sua maioria (14) têm apenas um filho, com prevalência do sexo masculino.

2 – Vivência da Gravidez

A questão da gravidez para as mães adolescentes que fizeram parte desta investigação, em treze dos casos não foi planeada contudo foi desejada.

Quadro 21 - A gravidez foi:

A gravidez foi:	Nº de Respostas	%
Planeada	1	6.7
Não planeada (Desejada)	13	86.7
Não planeada (Não Desejada)	1	6.7
Total	15	100

Relativamente à atitude face à gravidez onze das inquiridas aceitaram bem o facto de estarem grávidas tal como nos revelam as seguintes frases: " Pensei em ir ao médico quando já estava de nove semanas "; " Aceitei e achei que deveria continuar com a gravidez "; " Fiquei feliz "¹¹

Quadro 22 – Atitude face à gravidez

Atitude Face à Gravidez	Nº de Respostas	%
Aceitação	11	73.3
Indecisão	2	13.3
Conformidade	1	6.7
Medo	1	6.7
Total	15	100

A gravidez trouxe problemas? Que problemas?

Quadro 23 – A gravidez trouxe problemas? Que problemas?

Que Problemas	Nº de Respostas	%
Não	11	73.3
Sim – Nos Estudos	2	13.3
Sim – Nos estudos e na família	1	6.7
Sim – Família	1	6.7
Total	15	100

¹¹ Ver Anexo nº 9

Na sua maioria (onze), a gravidez não acarretou qualquer tipo de problemas. Como é de esperar uma gravidez nesta altura da vida trará sempre alguns problemas e nestes casos embora não sejam em grande número convém não deixar passar aqueles a que as adolescentes fizeram referência – 13.3% declaram possuir alguns problemas ligados ao seu percurso escolar como se pode constatar através dos testemunhos recolhidos: " Parei os estudos e ainda não recomecei "; " Tive de desistir da escola ".¹² Face a esta situação torna-se necessário completar esta ideia da desejabilidade de uma gravidez na adolescência recorrendo ao ponto de vista de VILAR (1999) que refere que: a gravidez na adolescência pode tornar-se desejada não tendo sido planeada de início mas, ou por um processo de auto-assimilação da gravidez que pode passar pelo desejo de ter um filho ou pela sua aceitação nos círculos sociais envolventes, ser aceite por parte da jovem futura mãe, do casal e/ou de suas famílias. Esta última situação corresponde a um número significativo das adolescentes inter-locutoras deste estudo que apesar de não terem planeado a sua gravidez optaram por levá-la a termo. Este processo de aceitação de uma gravidez na adolescência (seja em nome da jovem, dos seus projectos de vida e posição social, seja em nome do bebé que vai nascer ou por parte dos vários círculos sociais em que a adolescente se move), dá-se o nome de processo de assimilação de uma gravidez na adolescência. Este desenvolve-se em função dos valores sociais associados à infância, à feminilidade e/ou às relações de género. Este processo pretende significar que uma gravidez na adolescência é um factor integrável e integrado socialmente mas de forma gradual (Vilar 1999).

Nos casos em que a gravidez não foi pensada, a assimilação pode demorar ou ser mais ou menos intensa, em função da desejabilidade de se ter um filho. Esta prende-se com dois aspectos: por um lado, a adolescente dispõe de um sistema de valores complexo e inculcado nos seus modos de perceber e avaliar a vida, que se prende com a valorização positiva atribuída à maternidade no imaginário social, de outro lado, e relacionado com estes sistemas de valores, jogam os seus projectos de vida futura.

¹² Ver Anexo nº 9

Estes dois aspectos, relacionando-se entre si, parecem resumir as condições que permitem que uma adolescente deseje ter um filho, são eles também que permitem a auto-assimilação. O mesmo autor refere ainda que " um filho pode ainda ter como significado a possibilidade de prolongamento afectivo com o pai do bebé " Vilar (1999 : 69). Para Kristin Luker (1996) as adolescentes mães casadas ou solteiras podem ficar grávidas porque querem ou porque não estão motivadas para evitar a gravidez. A autora comenta que a maior parte das mães adolescentes ficam grávidas pela mesma razão que as mulheres mais velhas também o ficam e o motivo é o facto de quererem casar e ter uma criança. O nascimento de uma criança pode levar ao desemprego, pobreza, separação da família, stress emocional, dependência de organismos públicos e problemas de saúde na criança e na mãe. Praticamente, ninguém, sejam eles da direita ou da esquerda em termos políticos, podem olhar para as estatísticas de mães adolescentes sem ficarem chocados ou melancólicos, qualquer que seja a opinião dessas pessoas acerca da sexualidade ou da moralidade. É constrangedor olhar para as crianças que ficam subitamente e prematuramente com responsabilidades de adultos, ou seja, crianças que dão à luz crianças – " Babies having Babies " Luker (1996 : 35).

Chen et al (1995) refere que o suporte social da família e da comunidade influencia a assistência das mães adolescentes na escola, o acompanhamento parental e os resultados da gravidez. Os efeitos do suporte social, podem variar, conforme a etnia e a idade.

No que diz respeito ao estado civil temos: a maioria (11) a residir com o companheiro através de uma união de facto.

Quadro 24 - Estado Civil

Estado Civil	Nº de Respostas	%
Solteira	2	13.3
União de Facto	11	73.3
Casada (Depois)	1	6.7
Separada	1	6.7
Total	15	100

3 – Caracterização da Habitação

As mães adolescentes deste estudo na sua grande maioria (11), residem em casa alugada.

Quadro 25 - Tipo de Alojamento

Tipo de alojamento	Nº de Respostas	%
Alugada	11	73.3
Própria	4	26.7
Total	15	100

Relativamente ao número de divisões, seis das inquiridas informaram que viviam em casas que têm seis divisões ou menos.

Quadro 26 - Nº de Divisões

Nº de Divisões	Nº de Respostas	%
3	6	40.0
4	2	13.3
5	3	20.0
6	3	20.0
8	1	6.7
Total	15	100

A grande maioria das mães adolescentes vivem em casas que têm três quartos ou menos, sendo que todas as habitações estão equipadas com as infra-estruturas básicas.

Quadro 27 - Nº de Quartos

Nº de Quartos	Nº de Respostas	%
1	5	33.3
2	4	26.7
3	5	33.3
5	1	6.7
Total	15	100

4 – A Adolescente, o Bebé, e o Pai do Filho

Com quem vive o seu filho?

Através da análise dos dados, observa-se que seis das inquiridas referiu que o filho permanece com ambos os pais, embora também hajam situações em que o bebé resida com outros familiares, constatando-se que a adolescente e o seu filho possuem um certo suporte familiar de apoio.

Quadro 28 - Com quem vive o seu filho

Com quem vive o seu Filho	Nº de Respostas	%
Pais e Avós Maternos	2	13.3
Mãe e Avós Maternos	1	6.7
Pais, irmã, cunhado e sobrinho	2	13.3
Pais	6	40.0
Pais e Avós Paternos	2	13.3
Mãe	1	6.7
Mãe, tia e sobrinhos	1	6.7
Total	15	100

Quadro 29 – Permanência diária do bebé

Permanência diária do bebé	Nº de Respostas	%
Ama	2	13.3
Avó	2	13.3
Mãe	9	60.0
Infantário	2	13.3
Total	15	100

Analisando os dados acima apresentados, constata-se que 60% dos casos declararam que o bebé permanece mais tempo com a mãe.

Quadro 30 - Idade do Pai do bebé

Idade do Pai	Nº de Respostas	%
21	2	13.3
22	3	20.0
23	4	26.7
25	2	13.3
27	1	6.7
28	1	6.7
38	1	6.7
40	1	6.7
Total	15	100

As mães adolescentes de acordo com os dados indicados estavam relacionadas com indivíduos com idade superior à delas (23 anos).

Quadro 31 - Nacionalidade do Pai do bebé

Nacionalidade do Pai	Nº de Respostas	%
Portuguesa	12	80.0
Angolano	1	6.7
Venezuelano	1	6.7
Cabo Verdiano	1	6.7
Total	15	100

Os pais das crianças são na grande maioria (80%) de nacionalidade Portuguesa.

Quadro 32 - Ocupação do Pai do bebé

Ocupação do Pai	Nº de Respostas	%
Trabalhador	13	86.7
Não Sabe	2	13.3
Total	15	100

A maioria (13) dos pais exercem uma actividade laboral.

Quadro 33 - O Pai do bebé aceitou a gravidez

O pai aceitou a gravidez	Nº de Respostas	%
Aceitou	12	80.0
Indiferente	1	6.7
Rejeitou	2	13.3
Total	15	100

Praticamente todos (12) os pais das crianças aceitaram a gravidez. Houve contudo dois indivíduos que a rejeitaram. Como testemunho desta situação podemos enunciar as seguintes frases: " Aceitou bem. Engravidei porque não usava nada "; " Foi de comum acordo "; " Aceitou bem "; " Sim, eu estava junta quando engravidei, no início abortei instantaneamente e depois voltei a engravidar outra vez "; " Aceitou, no início era um mar de rosas"; " A primeira coisa quando soube que estava grávida foi vir morar com ele e sair do Refúgio, depois fizemos a nossa vida normalmente ".¹³

Quadro 34 - Aceitação do Filho

Aceitação do Filho	Nº de Respostas	%
Aceitou	12	80.0
Indiferente	1	6.7
Rejeitou	2	13.3
Total	15	100

Analogamente aos dados anteriores, a maioria 80.0% dos pais aceitaram o filho após o nascimento deste. O papel do suporte social do parceiro é conceptualizado como fulcral para a mulher, devido ao seu papel no fornecimento de colaboração e companhia (Chen et al 1995).

Quadro 35 – Tipologia de relações - Companheiro

Tipologia de relações – Companheiro	Nº de Respostas	%
Positiva	11	73.3
Problemática	2	13.3
Não existe relação	2	13.3
Total	15	100

¹³ Ver Anexo nº 9



No que diz respeito à relação com o companheiro, 73.3% das adolescentes mantêm uma relação positiva com o pai do seu filho. No entanto 13.3% daquelas mantêm uma relação problemática com o companheiro e o mesmo valor percentual declarou que não existe qualquer tipo de relação. Passamos a ilustrar estas situações com excertos de entrevistas: "Dou-me bem, às vezes há briguinhas, mas tudo bem, ele ajuda na casa, nas despesas, no filho, em tudo, graças a Deus "; " Dou-me bem, um casal sem brigas não é casal, não é? Temos as nossas coisas, mas dou-me bem, ajuda com o filho, ajuda nas despesas, em casa "; " Damo-nos bem, ele ajuda em casa, trata do filho, enquanto eu trato do jantar, ele dá-lhe banho, ele ajuda, não é daqueles homens que quando chega a casa se estende e já não faz nada, não, ele ajuda ".¹⁴

Quadro 36 - Apoio do Pai do filho

Apoio do Pai do filho	Nº de Respostas	%
Apoio nas rotinas diárias	8	53.3
Nenhum	3	20
Apoio Material Esporádico	1	6.7
Apoio total	3	20
Total	15	100

A maioria, 53.3% dos pais das crianças apoiam as mães adolescentes nas rotinas diárias, como aliás se pode observar através dos discursos das entrevistadas: " Dá-lhe banho quando chega do trabalho, sai às vezes ao café, leva-o ao médico, muda a fralda, ajuda-me a tratar do filho "; " Em todos os aspectos, ajuda-me, brinca com ela, quando chega do trabalho dá-lhe de comer, muda-lhe a fralda e é assim "; " É uma alegria para ele (Sorrisos), brinca, dá-lhe banho, de comer, leva-o ao médico, é um pai como uma mãe (Sorrisos) ".¹⁵

¹⁴ Ver Anexo nº 9

¹⁵ Ver Anexo nº 9

Quadro 37 - Causas do desinteresse

Causas do desinteresse	Nº de Respostas	%
Não Sabe	2	13.3
Dúvidas acerca da paternidade	1	6.7
Não Respondeu	12	80
Total	15	100

A maioria, 80% das adolescentes não responderam relativamente às causas do desinteresse do pai pelo filho. Embora se tenha verificado a aceitação do filho por parte da maioria dos progenitores existem casos em que esse problema se coloca, estando associado segundo a adolescente, a factores relacionados com a personalidade: "Era o feitio dele, nunca andou agarrado à filha (...)"; a causas de imaturidade "(...) Ele vai fazer vinte e três anos mas parece um moço pequeno (...)"; ou ainda a referência ao modelo paternal da família de origem " Ele não trata dele, nem um medicamento, nem lhe muda a fralda, nem sei se é assim porque o pai dele também foi assim para os filhos (...)".¹⁶

¹⁶ Ver Anexo nº 9

5 – A Adolescente e as Relações Familiares

No que concerne ao tipo de família, sete das mães residem numa família alargada, com diversos elementos em conjugação: " Marido, filho, eu e o meu pai "; " Eu, o meu marido, sogra, sogro, vive na casa destes "; " Eu a minha cunhada, o marido dela e o filho dela, o meu filho e o meu marido (que não é o pai do meu filho) "; " Com a minha mãe, irmãos (dois), marido, sobrinhos (quatro), somos dez pessoas em casa ". No entanto seis delas residem também numa família nuclear: " Eu, o meu marido e a minha filho "; " Vivo eu, o meu marido e ela, mais ninguém ".¹⁷

Quadro 38 – Tipo de família actual

Tipo de Família actual	Nº de Respostas	%
Família Nuclear	6	40.0
Família Alargada	7	46.7
Família Reconstituída	1	6.7
Família Monoparental	1	6.7
Total	15	100

Relativamente à constituição da família, conclui-se que nove das mães adolescentes pertencem a uma família alargada ao passo que seis pertencem a uma família nuclear. As inquiridas pertencem a famílias numerosas que lhes servem de suporte e de acolhimento.

Quadro 39 - Constituição da família

Constituição da família	Nº de Respostas	%
Alargada	9	60
Nuclear	6	40
Total	15	100

No que respeita à identificação da rede social envolvente, aqueles que são percebidos pela pessoa como os elementos mais importantes para si,

¹⁷ Ver Anexo nº 9

tendo por base o modelo hierárquico compensatório (Cantor 1992), composto por " círculos " de diferentes graus de proximidade e importância, constatamos que: o círculo que se encontra socialmente mais próximo da adolescente, é a família nuclear. Aqui os membros da família são considerados como os elementos mais importantes, funcionando, tal como nos refere Cantor (1992), como um sub-sistema que presta o primeiro apoio, uma vez que são pessoas que têm um maior conhecimento das necessidades, proporcionando respostas mais adequadas - suporte informal e segundo House (1985) emocional. Verifica-se que os vários sistemas estão em constante interacção e complementam-se uns aos outros direccionados para um mesmo fim tal como refere a teoria dos sistemas. Por sua vez Hall e Wellman (1985) referem ainda que a rede social desempenha uma função mediadora entre os factores pessoais e suporte social. Os aspectos relacionais da rede social pessoal influenciam directamente o suporte social a dispôr de estratégias adequadas para a resolução de problemas.

Um outro aspecto que se constatou neste estudo vai de encontro com o parecer de Rhodes et al (1985) o qual refere que a gravidez na adolescência pode constituir uma forma definida de promoção da independência pessoal, no contexto familiar mas as circunstâncias em que se encontram, pode obrigá-las a estarem mais dependentes deles.

Quadro 40 – Relação positiva com os pais

Relação Positiva com os Pais	Nº de Respostas	%
Relação positiva com Ambos os progenitores	8	53.3
Relação positiva com a Figura materna	4	26.7
Relação positiva com a Figura paterna	2	13.3
Não se aplica	1	6.7
Total	15	100

A maioria das inquiridas, 53.3% mantêm uma relação positiva com ambos os progenitores tal como ilustram os seguintes excertos recolhidos nas entrevistas: " Dou-me bem, se precisar de dinheiro peço emprestado e depois pago, eu partilho nas despesas da casa para a comida "; " Dou-me bem (...) se precisar de alguma coisa eles ajudam "; " Dou-me muito bem, eles dão-me tudo, o meu pai foi um pouco mais afastado, nunca se interessou muito pela família (...)" ; " Dou-me bem. A minha mãe ajuda-me em casa, a tratar do filho".¹⁸ Chen et al (1995) também focaram esta questão no estudo que realizaram, tendo verificado que as adolescentes vêm os membros da família especialmente as mães como as suas mais importantes fontes de suporte emocional.

Relativamente ao pai 20% das adolescentes mantêm uma relação negativa com este progenitor, " Com o meu pai não me dou muito bem. A gente nunca nos demos bem. Com a minha mãe dou-me bem mas está longe "; " Com a minha mãe dou-me super bem, com o meu pai, como ele é alcoólico eu não gosto de estar com ele, eu só vou lá às vezes nas férias, eu não gosto desse ambiente para a minha filha (...)"¹⁹.

Quadro 41 – Relação negativa com os pais

Relação Negativa com os Pais	Nº de Respostas	%
Não se aplica	11	73.3
Relação negativa com a Figura paterna	3	20
Relação intermédia com a figura Materna	1	6.7
Total	15	100

Por sua vez, a relação com a família do companheiro também é benéfica em onze dos casos inquiridos, " Dou-me bem, convidam-nos para almoçar, se precisamos de dinheiro eles dão ";

¹⁸ Ver Anexo nº 9

¹⁹ Ver Anexo nº 9

" Dou-me bem, são mais amigos que os meus pais, se eu precisar de alguma coisa eles dão "; " Dou-me bem, ajudam a neta quando podem ".²⁰

Quadro 42 – Tipologia de relações – Família do Companheiro

Tipologia de relações – Família do Companheiro	Nº de Respostas	%
Relação Positiva com os Sogros	11	73.3
Relação Positiva Sogro, Negativa Sogra	1	6.7
Relação Negativa Sogros	1	6.7
Relação Positiva Cunhado, e Sogro, Negativa com a Sogra	1	6.7
Não se aplica	1	6.7
Total	15	100

Quadro 43 – Apoio da família durante a gravidez e após o nascimento do bebé

	Apoio Material	Apoio Afectivo
Sim	11	4
Não	4	11
Total	15	15

Desta análise, constata-se que as mães adolescentes recebem por parte dos pais apoio material ou suporte instrumental (House 1985) correspondendo a uma percentagem de 73.3%, no entanto a mesma percentagem não recebe qualquer apoio afectivo por parte dos progenitores. Como se pode verificar através dos excertos das entrevistas: " Ofereciam roupa, se necessitar apoiam "; " Ajudam em tudo para mim e para o bebé "; " Alimentação, habitação e dinheiro ".²¹

Relativamente a esta questão do apoio da família durante e após a gravidez, segundo Vilar (1999) os pais da adolescente, mesmo que não aceitem de início a gravidez, acabam por, ainda que a prazo, inserir o neto na lógica e nas afectividades familiares.

²⁰ Ver Anexo nº 9

²¹ Ver Anexo nº 9

Refere ainda que por vezes a gravidez de uma filha adolescente pode ter como efeito a aproximação familiar, principalmente no que diz respeito à relação mãe / filha. O apoio familiar pode então ocorrer por surpresa das próprias raparigas, que esperam uma reacção pelo menos inicialmente mais violenta. O mesmo autor acrescenta ainda que a descoberta da gravidez pela família antecipa-se muitas vezes ao contar aos pais. Há casos em que a gravidez é escondida durante bastante tempo por receio das reacções negativas. Com o passar do tempo, é possível que os pais tomem conta do bebé, para que a jovem não perca as redes de sociabilidade que tinha antes da gravidez e assim estas raparigas, não vêm os seus modos de vida juvenis muito alterados com a maternidade.

Quadro 44 - Profissão do Pai da adolescente

Profissão do Pai da adolescente	Nº de Respostas	%
Operador de Instalações e Máquinas	2	13.3
Reformado	2	13.3
Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura e Pesca	1	6.7
Pessoal de Serviços e Vendedores	2	13.3
Trabalhador Não Qualificado	2	13.3
Operários e Artífices e Profissões Similares	2	13.3
Pessoal Administrativo e Similares	1	6.7
Não responderam	3	20
Total	15	100

As profissões mais frequentes que os pais das adolescentes exercem são: operadores de instalações e máquinas, reformados, pessoal de serviços, vendedores, trabalhadores não qualificados, operários, artífices e profissões similares.

Quadro 45 – Profissão da Mãe da adolescente

Profissão da Mãe da adolescente	Nº de Respostas	%
Pessoal dos Serviços e Vendedores	1	6.7
Trabalhadores Não Qualificados	6	40
Desempregada	1	6.7
Doméstica	3	20
Pessoal de Serviços e Vendedores	3	20
Não responderam	1	6.7
Total	15	100

As profissões mais frequentes que as mães das adolescentes exercem são: trabalhadores não qualificados, 40%.

Quadro 46 – Nível de Instrução do Pai da adolescente

Nível de Instrução do Pai da adolescente	Nº de Respostas	%
Analfabeto	1	6.7
1º Ciclo Incompleto	1	6.7
1º Ciclo	10	66.7
2º Ciclo Incompleto	1	6.7
2º Ciclo	1	6.7
Não responderam	1	6.7
Total	15	100

Os pais da adolescente completaram na sua grande maioria, 66.7% o 1º Ciclo de escolaridade.

Quadro 47 – Nível de Instrução da Mãe da adolescente

Nível de Instrução da mãe da adolescente	Nº de Respostas	%
1º Ciclo Incompleto	4	26.7
1º Ciclo	10	66.7
Não responderam	1	6.7
Total	15	100

As mães das adolescentes completaram na sua grande maioria, 66.7% o 1º ciclo de escolaridade. Contudo existem 26.7% das mesmas que têm o 1º ciclo incompleto.

Quadro 48 – Rendimento do Agregado Familiar

Rendimento do Agregado Familiar	Nº de Respostas	%
41-90	4	26.7
91-140	5	33.3
141-240	6	40
Total	15	100

Através da análise dos dados, verifica-se que 40% dos agregados familiares auferem um rendimento entre 141 e 240 mil escudos.

Quadro 49 – Tipologia de relações – Vizinhos

Tipologia de relações – Vizinhos	Nº de Respostas	%
Relação inexistente	5	33.3
Relação positiva com inter-ajuda	3	20
Relação positiva sem inter-ajuda	5	33.3
Relação negativa	1	6.7
Relação positiva parcial	1	6.7
Total	15	100

Os dados acima expostos revelam que existem em igual número, 33.3% relações inexistentes de vizinhança bem como relações positivas sem inter-ajuda. Passam-se a mencionar alguns exemplos ilustrativos de tal situação: " Dou-me bem, mas não conto com eles "; " Com os meus vizinhos (...) estou aqui há um ano e não os conheço bem, mas damos-nos bem, conheço uma ou duas pessoas, não há assim grande lidação de virem cá a casa "; " Dou-me bem, são meus amigos, mas não vou pedir nada, lógico! Não há grande ligação entre nós e os vizinhos. Fazemos a nossa vida, falamos bom dia, boa tarde, olá ".²²

Quadro 50 – Tipologia de relações – Amigos

Tipologia de relações – Amigos	Nº de Respostas	%
Inexistência de amigos	7	46.7
Relação positiva – pouco profunda	4	26.7
Relação positiva – profunda	4	26.7
Total	15	100

Pela análise dos dados recolhidos verifica-se que 46.7% das mães adolescentes indicaram que não mantêm relações de convivalidade com os seus amigos como é o caso destas jovens que referem que: " Já tive muitos amigos e amigas, mas perdi-os todos quando fui mãe"; " Tive uma rapariga muito simpática, levou-me à clínica. Pouco estou com ela agora "; " Não tenho amigos aqui, não dá para ter amigos "; " Amigos, amigos, não tenho. Só os meus pais com quem partilho tudo. Só tenho conhecidos ".

²² Ver Anexo nº 9

Contudo existem casos em que as adolescentes mantêm as amizades passando a citar algumas das frases que corrubaram com esta ideia: " Tenho alguns que falei da minha gravidez, do meu filho, falamos das nossas vidas, vemo-nos no café "; " Dou-me bem, tenho poucos, mas tenho mais conhecidos, eu falava da gravidez e eles ficavam contentes "; " Dou-me bem. Antes estavam desejosos de ter o bebé, falava com eles, agora estou desejando de estar com ele um bocadinho ".²³

Constata-se que a adolescente possui como suporte sempre que necessita os pais e os sogros uma vez que, com os amigos e vizinhos a relação não é suficientemente coesa.

²³ Ver Anexo nº 9

6 – A Educação Sexual e a Adolescente

Das inquiridas no estudo verificou-se que a maioria (13) informou possuir conhecimentos sobre educação sexual. Estes foram essencialmente fornecidos como mostra o quadro abaixo exposto através dos agentes de educação formal (10) – escola, professores e pelo sub-sistema parental (8) - mãe.

Embora as adolescentes possuam alguns conhecimentos sobre sexualidade, pelo que nos foi permitido observar não terão sido os mais correctos para evitar a gravidez precoce. Seria conveniente que as escolas incluíssem uma disciplina sobre a educação sexual e possuíssem uma equipa multi-disciplinar de suporte e apoio aos jovens. A educação sexual apresenta-se como já foi referido no presente trabalho como um direito e uma via que se utiliza para se obter a resposta mais adequada. Ela consiste, não só " (...) na transmissão da informação sobre fisiologia da reprodução, anatomia, e características da sexualidade, contracepção, DST (doenças sexualmente transmissíveis), entre outros, mas também como uma atitude de diálogo, que orienta positivamente as crianças e os jovens na aventura da descoberta do seu corpo e da sua sexualidade " (APF 1997: 8).

Quadro 51 – Onde os adquiriu

	Agentes de ed. Formal	Sub.Sistema Parental	Meios de Com. Social	Agentes de Saúde	Sub-Sistema Fraternal	Grupo de Pares	Sist. Familiar Alargado
Sim	10	8	4	2	1	2	1
Não	5	7	11	13	14	13	14
Total	15	15	15	15	15	15	15

No que diz respeito aos conhecimentos sobre contracepção (14) das mãs referiram entendimento na matéria e sua utilização. Na sua totalidade alegaram que tiveram acesso a eles e os esclarecimentos – " suporte informativo " (WILLS 1985) que obtiveram estiveram a cargo dos agentes de saúde (7) – médico de família, seguindo-se o sub-sistema parental (6) - mãe.

Quadro 52 – Quem a esclareceu

	Agentes de ed. Formal	Sub.Sistema Parental	Meios de Com. Social	Agentes de Saúde	Sub-Sistema Fraternal	Grupo de Pares	Sist. Familiar Alargado
Sim	1	6	1	7	1	2	1
Não	14	9	14	8	14	13	14
Total	15	15	15	15	15	15	15

O aconselhamento para a utilização de contracepção esteve também a cargo dos agentes de saúde (11), seguindo-se em menor grau o sub-sistema parental (2).

Quadro 53 – Quem a aconselhou

	Sub.Sistema Parental		Agentes de Saúde	
	Nº	%	Nº	%
Sim	2	13	11	73
Não	13	87	4	27
Total	15	100	15	100

Poderemos inferir, quando a adolescente se propõe informar ou utilizar os métodos contraceptivos, pede esclarecimentos ao médico, embora o papel da mãe não deva ser aqui descurado. No que toca a esta questão é de realçar a posição de Vilar (1999) que efectua a análise da questão do risco associada ao (não) uso dos contraceptivos, adoptando a teoria da cultura proposta pela antropóloga Douglas. Segundo esta abordagem "a teoria cultural aproxima-nos da compreensão da percepção do risco na medida em que permite uma visão sistemática do leque de objectivos que um indivíduo tenciona atingir " (Vilar 1999 : 59). À luz dos projectos de vida destas adolescentes de classes sociais baixas: a família, é o fulcro da sua existência social, que se completa através da maternidade. Em função disso, decide-se correr o risco, depois de ponderados os perigos e objectivos, deixando os primeiros de o ser em função dos últimos. O risco pode ser, assim, uma forma de expressão de vontade de se " ser mãe ".

Quando se abordou a questão do acesso às consultas de planeamento familiar, (9) das inquiridas referiu que não teve acesso às mesmas tal como vizualizamos no seguinte quadro:

Quadro 54 - Consultas de planeamento Familiar

Consultas de planeamento Familiar	Nº de Respostas	Percentagem
Sim	6	40.0
Não	9	60.0
Total	15	100

Face a esta realidade preocupante, que revela um desconhecimento da existência deste recurso no Centro de Saúde e extensões, ou a vergonha em recorrer a elas, ou ainda o receio de serem vistas por alguém que vá informar a família da sua presença naquele local. Este quadro nada tem a ver com as medidas preconizadas pela nossa legislação e entendidos na matéria. Segundo António Moita (1989), " (...) O planeamento familiar integra-se no âmbito da saúde pública pois visa a promoção da saúde e o bem estar das famílias, isto é, da comunidade sendo esta constituída por famílias, que segundo a declaração universal dos direitos do homem é a unidade fundamental e natural da sociedade " (Moita 1989: 7). Constata-se que o planeamento familiar não é um problema individual, mas sim comunitário, uma vez que as decisões, ao nível da família, repercutem-se ao nível da sociedade. É importante uma maior divulgação da informação, permitindo uma organização dos serviços de saúde que facilite aos indivíduos qualquer que seja o seu nível sócio-económico, tomar decisões conscientes e agir de forma a assegurar o estilo de vida que lhes convém. O planeamento familiar é sem dúvida um elemento preventivo de situações de risco.

Não será na consulta de planeamento familiar que se começa, mas no ambiente familiar, através de uma progressiva educação e formação do indivíduo na área da sexualidade e do acompanhamento do seu desenvolvimento psicológico e social.

Como suporte institucional de apoio em termos de cuidados de saúde, o Centro de Saúde de Faro é o que presta apoio a um maior número (9) de mãs adolescentes, correspondendo a 60%. Este facto deve-se a que a grande maioria das inquiridas residirem nas freguesias da Sé e de São Pedro, sendo o Centro de Saúde de Faro o mais próximo dessas duas freguesias.

Quadro 55 - Centro de Saúde

Centro de Saúde	Nº de Respostas	%
Faro	9	60.0
Penha	1	6.7
Sta. Barbara de Nexe	1	6.7
Montenegro	2	13.3
Conceição de Faro	2	13.3
Total	15	100

A instituição mais procurada para o seguimento e apoio na gravidez foi para treze das mãs, o Centro de Saúde de Faro.

Quadro 56 - Teve apoio do Centro de Saúde

Teve apoio do Centro de Saúde	Nº de Respostas	%
Sim	13	86.7
Não	2	13.3
Total	15	100

Sempre que as inquiridas necessitaram de apoio recorreram em (14) dos casos a instituições de saúde da sua área de residência uma vez por mês, fazendo na totalidade uma avaliação positiva da eficiência e eficácia dos serviços.

Os serviços formais constituem também um recurso, sendo o Centro de Saúde englobados nos "semi-formais", funcionam como elo de ligação entre o indivíduo e a comunidade, oferecendo uma assistência informal tal como aconselhamento, orientação, etc. Bergman (1989) efectuou um estudo sobre os sistemas de suporte informal para grávidas adolescentes.

A autora observou que a maioria das adolescentes do estudo não utilizavam sistemas de suporte formais, grande parte delas recebiam suporte da família, namorados e amigos. Embora o acesso e o estigma possam ser impedimentos para a utilização dos serviços, o estudo reforça a importância das redes de suporte informal para as grávidas adolescentes.

O que faltou?

Quadro 57 - O que lhe faltou?

O que lhe faltou?	Nº de Respostas	%
Nada	10	66.7
Mais empatia nas relações interpessoais	4	26.7
Médicos	1	6.7
Total	15	100

Dez das entrevistadas mostraram-se satisfeitas com os serviços prestados no Centro de Saúde.

Quadro 58 - Sugestões para a Melhoria dos Serviços

Sugestões para a Melhoria dos Serviços	Nº de Respostas	%
Aumento do nº de consultas	1	6.7
Criação de uma equipa multidisciplinar	4	26.7
Aumento do nº de médicos e melhoria das Instalações	1	6.7
Alterar a forma de organização e de Atendimento	1	6.7
Não responderam	7	53.5
Total	15	100

As sugestões apresentadas pelas quatro mães adolescentes respeitantes pela melhoria dos serviços prenderam-se com a criação de uma equipa multidisciplinar.

Segundo Fátima Xarepe (1999) assistente social na Maternidade Alfredo da Costa, uma abordagem multi-disciplinar nos atendimentos às mãs adolescentes deve ter as seguintes características: disponibilidade, privacidade, confidencialidade, descodificação dos comportamentos das adolescentes. A autora defende que a intervenção clínica, social, psicológica e nutricional consegue promover algum bem-estar neste período de grande crise na adolescente e família.

É de realçar que (7) das adolescentes não apresentaram qualquer tipo de sugestões para a melhoria dos serviços. Através das entrevistas observou-se que para elas tudo estava a funcionar bem. Por fim, convém destacar que do total das inquiridas nenhuma delas recorreu ou obteve apoio de uma instituição particular o que no meu entender e por o que me foi permitido observar tal situação dever-se-á ao facto do desconhecimento ou escassez de tais instituições de apoio às adolescentes no Concelho de Faro.

7 – A Adolescente e o Dia-a-Dia

No que concerne à situação perante o trabalho, 46.7% encontra-se de facto a exercer uma actividade laboral. Embora exista esta situação, segundo os dados recolhidos nas entrevistas, verificou-se também o mesmo valor percentual de adolescentes que são domésticas.

Quadro 59 - Situação perante o trabalho

Situação perante o trabalho	Nº de Respostas	%
Doméstica	7	46.7
Empregada	7	46.7
Desempregada	1	6.7
Total	15	100

Quadro 60 – Tipologia de ocupação diária

Tipologia de ocupação diária	Nº de Respostas	%
Laboral, maternal e doméstica	6	40.0
Maternal e doméstica	9	60.0
Total	15	100

Relativamente à ocupação diária da mãe adolescente nove das inquiridas declarou que a sua ocupação prende-se com a actividade maternal e doméstica. De modo a ilustrar a situação passam-se em seguida a citar alguns excertos oriundos das entrevistas realizadas: " Trato da casa (...) acordo o meu filho, trato dele, arrumo a casa, faço o almoço, fico em casa "; " Acordo, dou de comer ao meu menino, o banho (...), faço o almocinho para ele (...) depois limpo a casa, arrumo o quarto "; " (...) Arrumo as coisas, ajudo a minha cunhada, trato do meu filho, ajudo-a a fazer o almoço. (silêncio), dou de comer ao meu filho, o lanche, brinco com ele e com o meu sobrinho (...) ".²⁴ Pelo que atrás ficou referido constata-se que existe investimento por parte da adolescente em cuidar pessoalmente do seu filho e " da lida da casa ", embora algumas destas adolescentes exerçam actividade laboral como já foi atrás referenciado.

²⁴ Ver Anexo nº 9

Quadro 61 – Rotinas diárias

	Rotinas diárias Alimentação		Rotinas diárias Saúde		Rotinas diárias Lúdicas		Rotinas diárias Sono		Rotinas diárias Higiene	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	7	47	6	40	12	80	3	20	2	13
Não	8	53	9	60	3	20	12	80	13	87
Total	15	100	15	100	15	100	15	100	15	100

No que diz respeito às rotinas diárias mais referenciadas pelas mães adolescentes, são enunciadas com mais frequência as actividades lúdicas (80%), de alimentação (46.7%) e de saúde (40%). Com o objectivo de ilustrar o que atrás ficou descrito serão apresentadas seguidamente algumas das expressões utilizadas para descrever este facto: " Brinca, passeia (...) e se tiver doente vai ao médico "; " sai à rua, brinca, vai ao médico, à uma hora papa "²⁵. Muito resumidamente poderemos dizer que estas jovens empenham-se para com o seu filho em actividades essenciais e necessárias como é o facto de brincar com o filho, dar-lhe alimentação e a preocupação de o levar ao médico. A cargo da adolescente estão outras rotinas que a própria não fez tanta referência mas que são igualmente importantes.

Quadro 62 – Tipos de actividades - Tempos livres

	Frequência	%
Actividades de lazer no espaço doméstico	3	20
Actividades domésticas	3	20
Actividades de lazer no espaço doméstico e no exterior	1	6.7
Actividades de lazer no espaço doméstico e maternas	1	6.7
Actividades domésticas e de lazer no espaço doméstico	5	33.3
Actividades domésticas e maternas	1	6.7
Actividades maternas	1	6.7
Total	15	100

²⁵ Ver Anexo nº 9

A questão dos tempos livres foi-lhe também colocada, tendo estas referido que as actividades domésticas e de lazer no espaço doméstico continuam a ser as mais referidas com um valor percentual de 33.3%. Com uma valorização um pouco inferior à anterior foram indicadas de forma individualizada as actividades de lazer no espaço doméstico e a realização das actividades domésticas ambas com um valor percentual de 20%. De seguida será ilustrada esta questão com os seguintes exemplos " Arranjo a roupa dele, a minha, vejo TV, escrevo cartas aos amigos (...)" ; " Se tiver alguma coisa para arrumar, vou fazer, passar a ferro, por a máquina a lavar, se não tiver nada para fazer, vejo TV, oiço música, leio "; " Os tempos livres não são muitos, não é, (sorrisos). Gosto muito de ler e escrever, quando ele está a dormir leio e arrumo as coisas, tenho pouco tempo livre (sorrisos)" ; " Os meus tempos livres passo às vezes a ler livros, ou a ver televisão "; " Durmo e vejo TV "; " Faço as limpezas da casa "; " Não tenho muito tempo livre, arrumo a casa (...)" .²⁶

Sintetizando o que ficou descrito, é de realçar que estas jovens continuam nos seus tempos livres a investir em actividades ligadas ao cuidado da habitação e as actividades de lazer cingem-se ao espaço doméstico onde a adolescente permanece diariamente, quer esteja ou não a exercer uma actividade profissional. Verifica-se uma certa rotina de actividades no dia-a-dia da mãe adolescente.

Quais são os seus planos para o futuro incluindo o seu filho?

Quadro 63 – Planos para o futuro incluindo o filho:

	Planos Materiais Associados à Vida Doméstica	Planos de Crescimento Pessoal Associados à Educação	Planos Associados à Melhoria no Plano Laboral	Planos Associados à Relação Maternal	Planos Associados à Relação Conjugal	Planos Associados à Relação Familiar
Sim	9	4	11	6	1	1
Não	6	11	4	9	14	14
Total	15	15	15	15	15	15

²⁶ Ver Anexo nº 9

Quando lhes foi solicitado exporem os planos para o futuro, incluindo o seu filho o " sonho " mais mencionado (73.3%) foi a melhoria de condições no plano laboral, seguidamente as aspirações que visam a aquisição de bens materiais associados à vida doméstica (60%). De imediato irão ser citadas algumas situações ilustrativas de tais " sonhos ": " Um trabalho para mim, o meu marido está bem, é pedreiro "; " Por enquanto não quero ter mais filhos. Ter uma casa nova onde vivêssemos os três, um bom trabalho "; " É tentar levar uma vida boa, continuar a trabalhar, estou contente com o trabalho onde estou e o meu marido também. Quero uma casa maior, esta está a ficar pequena ".²⁷ Estes exemplos aclararam sucintamente os ideais que pretendem alcançar, e como se pôde apurar estes limitam-se a querer arranjar um trabalho, uma casa com melhores condições.

²⁷ Ver Anexo nº 9

8 – Fragmentos para Histórias de Vida

Foi solicitado a duas das mães adolescentes que participaram neste estudo que se mostraram mais dialogantes e com disposição para exprimirem os seus sentimentos e emoções. Oriundas de realidades diferentes e com percursos de vida completamente antagónicos, foram efectivamente os testemunhos ideais para o conhecimento aprofundado desta realidade. Assim, e aproveitando alguns excertos do que foram essas entrevistas, vamos tentar ir ao encontro do nosso guião.

Relativamente à origem geográfica uma adolescente nasceu em Lisboa e a outra em Portimão.

Quanto à fase da infância, a primeira viveu-a de modo atribulado, uma vez que surgiam conflitos entre pais e irmãos toxicodependentes. A segunda adolescente viveu a sua infância com felicidade ao nível familiar e do grupo de amigos " (...) gostei da minha infância, a minha mãe quando eu era pequena ela costurava e estava sempre em casa, dava-me mimos ".

A fase da adolescência na primeira entrevistada foi conturbada devido aos problemas que os dois irmãos provocavam devido à toxicodependência, nomeadamente roubos e exigência de valores monetários, " (...) eles queriam dinheiro e a minha mãe dava com medo e depois não havia para mim, quando queria para levar para a escola não havia (...) "; " (...) a minha amiga pagava-me o cinema, porque a minha mãe tinha que dar aos meus irmãos ".

Na outra situação, a fase da adolescência foi vivida com repressão em relação à autonomia da adolescente. " (...) Na adolescência eu queria sair, como eu morava no campo, não me deixavam sair porque não conheciam as minhas amigas ".

O ambiente social na primeira descrição é ilustrado pelas seguintes citações: " (...) a mãe preocupava-se, o pai um pouco ... com os meus pais dava-me bem (...)", " (...) os meus irmãos fizeram um mau ambiente familiar, chegou à altura de não ter condições de estudar em casa, na escola tinha amigos, até houve uma altura em que tive fama de certas coisas por causa dos meus irmãos". A segunda adolescente descreve também um ambiente social conturbado " (...) eu acho que por o meu pai ter sido tão rígido comigo, poderiam não ter acontecido certas coisas, eu era curiosa".

No último ponto do guião, o desenvolvimento da adolescente com o companheiro e situação do filho, na primeira descrição, passaremos a citar alguns excertos elucidativos da situação: " (...) o primeiro namorado a sério foi o pai do "Lúcio", tinha eu 15 anos. Conheci-o através do primo que estudava comigo (...) começamos a namorar às escondidas porque ele era de cor (...). Namorei um ano antes de engravidar (...) ele trabalhava nas obras, (...) morava com os tios. Ele depois foi para a rua. Fiquei com pena, comecei a trabalhar, deixei os estudos, alugamos uma casa, ele não trabalhava, eu já não podia manter a casa, resolvemos ir para o Algarve para a casa da minha tia, arranjámos trabalho depois. (...) Não usámos preservativo, fiquei grávida sem querer. Ele ficou contente (...). Ele começou a ter problemas no trabalho (...) ele saía à noite, eu não porque estava grávida, ele andava a curtir com as outras, depois ele foi-se embora, eu não quero saber dele. Depois o meu filho nasceu. A assistente social deu-me coisas boas para o meu filho (...). Agora vou pô-lo na creche, quero continuar a estudar. Os meus pais aceitam o neto. O meu relacionamento com eles já é melhor. Os meus irmãos estão a tentar o tratamento. Agora namoro um rapaz de 25 anos que trabalha por empreitadas, ele também tem um filho, ele quer viver comigo, começamos como amigos. Há muito tempo que não saio à noite. Se pudesse voltar atrás era diferente, não havia preocupações. Mas também fiz o que fiz por causa dos problemas em casa. "

Já relativamente à vivência da outra jovem as questões são colocadas de outro modo " Quando tinha 17 anos conheci o "Hugo", numa festa de um amigo que morava em frente a mim.

Eu lá consegui ir à festa, contrariando o meu pai (...). Ficámos amigos, e depois começamos a namorar (...). Conheci a família dele. Depois ao fim de dois meses apresentei-o ao meu pai, mas tinha medo porque ele tinha o cabelo comprido, mas como estudava, o meu pai foi gostando dele. Namoramos, quase um ano, depois fiz um aborto, depois juntei-me e fiquei a morar na casa da minha sogra. Depois fui para a casa do meu marido. Agora o "Gonçalo" está no infantário, eu estou inscrita no Centro de Emprego e quero voltar a estudar, estou a tirar a carta de condução. O meu marido é engenheiro e trabalha mesmo até à noite. Quero mudar de casa, de momento temos despesas, depois logo se vê um outro filho."

Conclusão

A maternidade na adolescência é uma realidade preocupante em alguns países e Portugal não foge a essa regra. Este acontecimento deve-se a vários factores intrínsecos e extrínsecos à mãe adolescente. Assim, estas são cada vez mais utilizadoras dos serviços de saúde e de solidariedade social, apresentando muitas delas uma multiplicidade de problemas verificando-se a necessidade de se fazer uma abordagem multidisciplinar e de existir uma estreita colaboração entre vários profissionais de saúde, dos serviços sociais e da família.

A região Algarvia, acompanhando as grandes transformações sociais e familiares da sociedade portuguesa, aliado às mudanças produzidas pelos fluxos migratórios associados ao desenvolvimento polarizado em redor dos centros urbanos, apresenta no concelho de Faro uma grande percentagem de mães adolescentes. Propusemo-nos estudar o fenómeno da maternidade na adolescência " de dentro " evitando à partida considerá-lo como problema social ou uma patologia a evitar, para tal, demos voz às raparigas mães que tomámos por objecto de estudo. As conclusões a que se chegaram sobre estas mães adolescentes não são aplicáveis a todas as adolescentes que enfrentaram uma gravidez. Neste sentido, trabalhou-se arduamente procurando conhecer a vida quotidiana das jovens mães e as aspirações por elas idealizadas.

Neste processo, foi necessário realizar uma ruptura com ideias e conceitos preexistentes, construindo o objecto de análise, da forma mais isenta possível.

Teve-se como " pano de fundo " um sustentáculo teórico reforçado para além das leituras, conhecimento da realidade a estudar os quais permitiram uma melhor abordagem do terreno empírico.

Assim, pode referir-se que a gravidez na adolescência é um transtorno físico e psicossocial tanto maior quanto menor idade da gestante. No entanto, o sentido dado pelos diversos actores participantes na "maternidade na adolescência " apresenta-se segundo formas diferenciadas, por este motivo o contacto com as jovens revelou-se como o momento alto da investigação.

Através dos seus depoimentos conheceram-se as histórias de vida e o modo como a gravidez determinou os seus projectos de vida. O primeiro nível de análise foi efectuado com base numa análise documental realizada através das estatísticas oficiais do INE. Posteriormente passou-se para um conhecimento mais próximo da realidade, ou seja, deixou-se o nível abstracto da estatística para a análise do " caso " efectivo.

Num terceiro nível de análise, considerou-se como mais adequado a utilização do método da ficha inquérito e da entrevista semi-estruturada, seguidamente efectuou-se a análise de conteúdo, que é seguramente o que mais se utiliza em paralelo com os métodos de observação. Neste âmbito teve-se como intuito conhecer a história de vida das jovens.

Esta sequência lógica facilitou a análise dos dados que se considerou pertinente originando um processo em constante construção, articulando os vários níveis de análise.

Este estudo não pertence uma descrição exaustiva da vida quotidiana das mães adolescentes no Concelho de Faro mas antes uma tentativa de conhecer a vida pessoal e familiar das mães adolescentes.

Mediante diagnóstico multidimensional (sócio-económico, familiar, etc) da população estudada, poder-se-ão repensar estratégias de intervenção em outras áreas para uma melhoria no acompanhamento das mães adolescentes proporcionando-lhe uma melhoria na qualidade de vida. Esta depende também e principalmente das organizações governamentais, dos diplomas legislativos e do seu cumprimento, em especial nos sectores da saúde, segurança social e da educação.

Do estudo efectuado concluiu-se que:

Na altura da realização deste estudo as adolescentes mães tinham uma idade compreendida entre os dezoito e os dezanove anos. A maioria destas nasceu nos anos 80, são de nacionalidade portuguesa, e de etnia branca. As suas residências pertencem à malha urbana da cidade de Faro, nomeadamente freguesia de São Pedro e Sé. As habilitações literárias das entrevistadas correspondem na sua maioria ao ensino secundário.

Verificou-se por outro lado que a maioria das adolescentes deste estudo foi mãe aos 17 anos de idade, possuindo um único filho, predominando o sexo masculino. É também de realçar que a gravidez destas mães adolescentes não foi planeada mas desejada e aceite, constatando-se assim um sinal de maturidade e responsabilidade para com o menor. Contudo é de referir que face à situação da gravidez houve alguns problemas ligados ao abandono escolar. A maioria destas mães reside com o companheiro em união de facto, numa habitação alugada, com um número reduzido de divisões mas com as infraestruturas necessárias. Por sua vez o menor residia com o casal e estava a cargo da própria adolescente.

No que concerne às características dos companheiros das adolescentes, estes têm idade superior a ela, têm em média 23 anos, são de nacionalidade portuguesa e exercem uma actividade laboral. Verificou-se que estes aceitaram a gravidez e o filho.

A relação que o casal estabelece entre si é positiva e de ajuda para como o menor. O apoio que a adolescente recebe por parte do companheiro para com o filho está relacionado com as rotinas diárias. A maioria das jovens entrevistadas são provenientes e pertencem a famílias alargadas, embora também algumas residam em famílias nucleares. As relações com a família de origem são positivas e de apoio, as relações com os sogros também são positivas.

Na maioria dos casos, a família apoiou a adolescente antes e depois do nascimento do filho, o tipo de apoio mais frequente é o material: habitação, alimentação, enxoval para o bebé e apoio monetário.

Um outro aspecto analisado foi a actividade laboral dos pais da adolescente, tendo-se verificado com maior frequência as baixas qualificações. Por sua vez o rendimento do agregado familiar variava mensalmente entre os 141 e os 240 mil escudos. É de realçar que algumas destas famílias onde a adolescente reside com mais elementos recebem subsídios do estado, tal como o rendimento mínimo garantido. Outro aspecto constatado, foi a verificação de que as relações com a vizinhança são superficiais. De igual modo as relações que estabelecem com os amigos são pouco frequentes e quando existem são pouco profundas.

Relativamente aos conhecimentos sobre a sexualidade concluiu-se que as jovens possuem esses conhecimentos, os quais lhes são fornecidos através dos agentes de educação formal – escola, professores, ou pelo sub-sistema parental – mãe. Também quase na sua totalidade informaram possuir conhecimentos sobre contracepção e sua utilização. Por outro lado não houve problema no acesso e no esclarecimento e aconselhamento sobre os mesmos, tendo estes estado a cargo dos agentes de saúde – médico de família e sub-sistema parental – mãe. No que se refere às consultas para o planeamento familiar constatou-se que, em grande número tiveram acesso às mesmas. Em termos dos cuidados de saúde o centro de saúde de Faro foi o mais solicitado. As inquiridas sempre que necessitaram, recorreram ao centro de saúde do qual fizeram uma avaliação positiva. No que diz respeito às sugestões apresentadas, estas referiram-se à criação de uma equipa multi-disciplinar na referida instituição. Nenhuma das inquiridas recorreu ou teve apoio de uma instituição particular.

Um outro aspecto analisado neste estudo foi existirem em igual valor percentual mães adolescentes a exercerem uma actividade laboral e dedicadas à actividades domésticas, dependendo dos pais ou do companheiro.

Outro ponto abordado foi a ocupação diária da mãe adolescente caracterizar-se pelo predomínio de actividades ligadas ao seu filho e actividades domésticas. Os tempos livres são passados a investir em actividades ligadas ao cuidado da habitação e as actividades de lazer cingiam-se ao espaço doméstico onde a adolescente permanecia.

Por último, os planos para o futuro mais referenciados prendiam-se com alterações a nível laboral, seguidamente os materiais os quais eram associados à vida doméstica.

Assim concluiu-se que a gravidez foi bem aceite e faz parte do projecto pessoal da jovem ou pelo menos é considerado por elas como uma situação normal. Embora existam casos em que a adolescente pretende continuar a estudar. Segundo Vilar (1999) uma gravidez na adolescência é, assim, uma sinuosidade no (per) curso da vida da jovem que implica, no seu final, o retomar da vida, por intermédio da vinculação social. Não deixando de se tratar de uma sinuosidade, na medida em que desafia a moral tradicional, ser mãe é para a adolescente uma âncora que permite criar ou reforçar vínculos sociais à sua família, ao pai do bebé e principalmente, ao seu filho. Mesmo que os outros vínculos se quebrem, a rapariga parece não andar agora à deriva: o seu filho confere-lhe uma razão de viver (Vilar 1999: 89).

A exclusão abre um vasto campo de acção com os grupos discriminados colocando-se ao investigador social um importante desafio perante a população adolescente nestas condições que poderá ser excluída mantendo-se numa heterogeneidade, ou incluída, passando à homogeneidade, onde os problemas passarão a ser encarados não como individuais, mas como comuns a um grupo específico da população para o qual poderão ser constituídos novos acessos. As atitudes individuais são influenciadas pela sociedade. Esta tem passado por profundas mudanças na sua estrutura, inclusive aceitando melhor a sexualidade na adolescência, sexo antes do casamento e também a gravidez na adolescência. Portanto, tabus, inibições e estigmas estão a diminuir e, conseqüentemente a actividade sexual e a gravidez a aumentar.

A actividade sexual na adolescência tem-se iniciado cada vez mais precocemente, com consequências indesejáveis imediatas como o aumento da frequência de doenças sexualmente transmissíveis (DST) nesta faixa etária; e gravidez que pode por vezes ou não terminar em aborto.

Por outro lado importa referir que as estruturas de apoio, nomeadamente as consultas de planeamento familiar nos Centros de Saúde, o Gabinete de Apoio à Sexualidade no Instituto da Juventude, têm um papel preponderante face à prevenção e acompanhamento dos jovens, bem como dar informação adequada sobre a educação sexual, métodos contraceptivos e todos os aspectos que se relacionam quanto aos riscos de uma gravidez indesejada. Importa no entanto referir da necessidade de uma maior acessibilidade aos serviços para com os utentes que não têm por hábito recorrer aqueles. Face à situação que se verificou torna-se necessário aumentar o aconselhamento pessoal e se possível telefónico para com os adolescentes. Outra das necessidades sentidas e apontadas neste trabalho foi a criação de uma equipa multi-disciplinar no Centro de Saúde de modo a apoiar e intervir sempre que necessário junto da adolescente. Tentaria-se assim talvez reduzir o número de meninas mães.

Neste estudo, verificou-se que existem ainda um número significativo de mães que não exercem qualquer actividade, interromperam os estudos, o resultado desta situação é a sua dependência económica e vulnerabilidade social.

Na sociedade de consumos massivos em que vivemos, o poder económico traduz o " direito " a um estatuto socialmente aceite, todos aqueles, cuja situação de vida é marcada por precaridades económicas e sociais adversas sofrem o efeito de uma etiquetagem estigmatizante. Enquanto a pobreza significa incapacidade de participar no mercado de consumo, a falta de ocupação profissional traduz a incapacidade de participar no mercado de produção. Esta primeira forma de exclusão, traduz-se na ruptura do laço económico e a dificuldades no acesso a bens simbólicos / materiais (ir ao cinema, comprar um livro, jantar fora, entre outros).

Deste modo, face à população de grávidas adolescentes enquanto grupo vulnerável que coloca novos problemas às Ciências Sociais, o profissional assume primordial importância em todo o processo de inclusão das demandas nas políticas sociais.

Assim, para que uma sociedade possa fornecer oportunidades de forma a que os indivíduos possam construir sistemas adequados de suporte social, sugere-se que na hora de estabelecer um plano dever-se-ão ter em conta os seguintes objectivos:

- Reconhecer e reforçar as redes naturais de suporte existentes;
- Identificar e reforçar as funções do suporte social potencial das instituições formais;
- Melhorar as redes entre os vínculos de ajuda naturais e as fontes de ajuda profissionais e institucionais;
- Desenvolver estratégias educacionais para informar o público em geral e os profissionais em particular sobre a natureza da função das redes de ajuda e da importância do Suporte Social para o bem estar.

O suporte social parece ser uma variável de ter um amplo impacto no bem estar da comunidade e assim dirigir futuras atenções para pesquisas na comunidade. Tal como já foi referido anteriormente é de destacar a importância do ponto de vista de Turner et al (1990) o qual recomenda que os profissionais de saúde e dos serviços sociais deverão reconhecer a importância de outros significativos na vida das adolescentes grávidas, e incluí-los nos cuidados. Os programas das adolescentes grávidas necessitam de incluir o pai do bebé, e a mãe da jovem, o mais precocemente possível.

Para concluir esta investigação e devido à complexidade do tema, gostaria de apresentar algumas sugestões que julgo importantes, e que poderão promover o aprofundar do conhecimento do fenómeno da maternidade adolescente. Será por ventura recomendável investigar a perspectiva dos elementos que compõem o envolvente da mãe adolescente, quer da família quer dos agentes de saúde, no que diz respeito ao fenómeno da maternidade adolescente.

A importância da vertente escolar na abordagem de temas como por exemplo a sexualidade / afectividade. Será ainda importante conhecer a realidade da maternidade adolescente noutros contextos, à luz de outra cultura e / ou realidade demográfica, à luz de outros valores, de outros significados, onde a experiência de ser mãe adolescente é vivida.

Bibliografia

ALBARELLO, Luc et al
1997 **Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais**, Lisboa: Edições Gradiva

ALMEIDA, José Miguel
1987 **Adolescência e Maternidade**, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

ALVES, Laurinda
1998 " Anjos Caídos ", **Revista Vida**, 4: 49-54

ANDA, D., et al
1992 " Stress and coping among pregnant adolescents ", **Journal of Adolescents Research**, Vol I, 7: 97 - 110

ANNETTE, Garrett
1988 **A Entrevista, seus Princípios e Métodos**, Rio de Janeiro: Agir

APF
1997 " APF – 30 anos ", **Planeamento Familiar**, 13/14: 8,9

BARATA, Oscar Soares
1990 **Introdução às Ciências Sociais**, Lisboa: Editora Bertrand

BARDIN, Laurence
1994 **A análise de conteúdo**, Lisboa: Presença

BARNET, B., et al
1996 **Depressive Symptoms, Stress and Social Support in Pregnant and Post Partum Adolescents**, Arch Pediatric Adolescents

BARREIRA, M.
1986 " Distinctions between social support concepts, measures, and models", **American Journal of Community Psychology**, Vol IV, 14:413 - 445

BELL, Judith
1997 **Como Realizar um Projecto de Investigação**, Lisboa: Gradiva

BERGMAN, A.
1989 " Informal support systems for pregnant teenagers ", **Journal of Contemporary Social Work**, 525 - 533

BOUDON, Raymond
s/d **Os Métodos em Sociologia**, Lisboa: Edição Rolim

CAMERON, R. et al
1996 " Stress, social support and coping in pregnancy ", **Journal of Health Psychology**, Vol II, 1 : 195 – 208

CANTOR, Marjorie et al
1992 " Aging and Social Care ", **Manual Book of Aging and Social Sciences**
745 - 781

CARD, Josefina J.
1993 **Handbook of Adolescent Sexuality and Pregnancy**, London: Sage
Publications

CEIA, Carlos
1995 **Normas para a apresentação de Trabalhos Científicos**, Lisboa:
Editorial Presença

CHEN, S. et al
1995 " Family and community support of urban pregnant adolescents : support
person, function and parity ", **Journal of Community Psychology**, 23 : 28 - 33

CHIZZOTTI, António
1991 **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**, São Paulo: Cortez

COLLINS, N. et al
1993 " Social support in pregnancy : psychosocial correlates of birth outcomes
and post partum depression ", **Journal of Personality and Social
Psychology**, Vol V, 65 : 1243 - 1256

COLMAN, Libbylce
1994 **Gravidez; A experiência psicológica**, Lisboa, Edição Colibri

" Comunicações do Encontro Internacional "
1994 **Maternidade Precoce que Perguntas, que Respostas?**, Porto: Editora
Fundação da Juventude (S/A)

CORDEIRO, J. D.
1988 **Os adolescentes por dentro**, Lisboa: Edições Salamandra

COSTA, António Firmino da
1990 " A Pesquisa de Terreno em Sociologia ", in **Metodologia das Ciências
Sociais**, Augusto Santos Silva e José M. Pinto (org.), Porto: Afrontamento

CUTRONA, C et al
1990 " The transition to parenthood and the importance of social support ", in
F. Shirley & C. L. Cooper (Ed), on the move : **The psychology of change and
transition**, England : Fischer e Coopers Editores 111 – 125

EAST, L. Patricia
1996 "Adolescent Pregnancy and ChildBearing affect younger siblings?"
Family Planning Perspectives 28: 148

ECO, Umberto
1988 **Como se Faz uma Tese em Ciências Humanas**, Lisboa: Editorial
Presença

FERRARROTTI, Franco

1976 **Uma sociologia alternativa; A sociologia como técnica do conformismo, a sociologia crítica**, Porto: Edição Afrontamento

FERREIRA, Maria Emília de Freitas

1998 **Sinistralidade Laboral e Exclusão Social, um Jogo Viciado**, Tese de Mestrado em Serviço Social, São Paulo, PNCSP

FLEMMING, Manuela

1993 **Adolescência e Autonomia: O desenvolvimento Psicológico e a Relação com os Pais**, Porto: Edições Afrontamento

FORTIN, Marie Fabienne

1999 **O processo de Investigação**, Loures: Luso Ciência, Décarie Éditeur

FURSTENBERG, F. et al

1989 " Teenaged Pregnancy and Childbearing ", **American Psychologist**, 44 : 313 - 320

GASPAR, Micaela Pereira

1997 **Quando a cegonha bate à porta – Abordagem sociológica ao fenómeno da Maternidade na Adolescência**, Dissertação de Licenciatura em Sociologia, Lisboa

GIL, António C.

1991 **Como Elaborar Projectos de Pesquisa**, São Paulo: Editora Atlas

GIL, António C.

1991 **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**, São Paulo: Editora Atlas

GHIGLIONE, Rodolphe et al

1992 **O inquérito – Teoria e Prática**, Oeiras: Editora Celta

GOTTLIEB, B.

1981 " Social networks and social support in community mental health ", in **Social Networks and Social Support**, Beverly Hills : Sage Publications, 11 - 43

HAGUETTE, Teresa Maria Frota

1987 **Metodologias Qualitativas na Sociologia**, São Paulo: Editora Vozes

HALL, A et al

1985 " Social Networks and Social Support ", in S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), **Social Support and Health**, New York, Academic Press 23 - 42

HOUSE, J. et al

1985 " Measures and concepts of social support ", in S. Cohen & S. L. Syme (Eds.), **Social Support and Health**, New York : Academic Press, 83 - 108

KITZINGER, Sheila

1996 **Mães – Um estudo antropológico da Maternidade**, Lisboa: Editorial Presença

LEWIS, Oscar

1979 **Os filhos de Sánchez**, Lisboa: Editores Moraes

LIMA, Marinús Pires de

1995 **Inquérito Social, Problemas de Metodologia**, Lisboa: Ed. Presença

LOURENÇO, Maria Madalena de Carvalho

1998 **Textos e Conceitos da Gravidez na Adolescência; A adolescente, a família, e a escola**, Lisboa: Editora Saúde

LUKER, Kristin

1996 **Dubious Conceptions – The politics of Teenage Pregnancy**, Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press

MADUREIRA, José Pinto, SILVA, Augusto Santos

1986 **Metodologia das Ciências Sociais**, Porto: Edição Afrontamento

MARBEAU – CLEIRENS, Béatrice

S.D. **Ser Mãe – Sua Psicologia e Significado**, Lisboa: Editorial Pórtico

MARQUES, Bertina et al

1999 **Maternidade Precoce – Factor de Reprodução da Pobreza?**, Tese de Licenciatura em Serviço Social, Beja

MICHEL, André

S.D. **Sociologia da Família e do Casamento**, Porto: Rés

MOITA, António

1989 "Planeamento Familiar" **Gravidez na Adolescência** 43: 7

MOREIRA, Carlos Diogo

1994 **Planeamento e Estratégias da Investigação Social**, Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

MOSCOVICI, Serge

1989 "Des representations collectives aux representations sociales", in D. Jodelet (Org.), **Les representations sociales**, Paris: Editions PUF

MUCCHIELLI, Roger

1994 **A entrevista não directiva**, São Paulo: Editora Martins Fontes

NEGREIROS, Maria Augusta

1995 **As representações sociais da profissão de serviço social**, Lisboa: Editora Investigar o Agir ISSSL

NETTO, José Paulo

1992 " O Serviço Social Hoje " **Revista de Intervenção Social** 7: 56

NÓBREGA, Dória

1997 " Planeamento Familiar – Um conceito Subversivo ", **Planeamento Familiar**, 13/14: 11 – 13

OLIVEIRA, Carlos Freire

1985 **Planeamento Familiar**, Mem Martins: Publicação Europa América, Lda

OMS, Departamento de Estatística e Planeamento

1985 **As metas da saúde para todos no ano 2000**, Ministério da Saúde

PAIS, José Machado

1993 **Culturas Juvenis**, Lisboa: Imprensa Nacional Casa da Moeda

PAIS, José Machado

1999 **Traços e Riscos de Vida**, Porto: Ambar

PARSONS, Talcott

1971 **A estrutura social da família**, Lisboa: Editora Meridiano

PASLEY, K. et al

1993 " Preditores of stress in adolescents. An exploratory study of pregnant adolescents and parenting females ", **Journal of Adolescents Research**, Vol II, 8 : 326 - 347

PINTO, José Madureira et al

1975 **A Investigação nas Ciências Sociais**, Lisboa: Editora Presença

POIRIER, Jean, VALLADON, Simone Clapier et al

1995 **Histórias de Vida – Teoria Prática**, Oeiras: Celta Editora

PRAZERES, Vasco

1998 **Saúde dos Adolescentes**, Lisboa: Direcção Geral da Saúde

QUIVY, Raymond

1992 **Manual de Investigação em Ciências Sociais**, Lisboa: Editora Gradiva

RAPOSO, Marina et al

1995 **A autonomia Comportamental: Na relação Pais – Filhos** Tese de Licenciatura em Serviço Social, Beja

RESENDE, Jorge

Comunicação do Encontro Internacional

1994 **Maternidade Precoce Que Perguntas; Que Respostas?**, Porto, Editora Fundação da Juventude, CS / A

RHODES, J. et al

1995 " Comfort and conflict in the relationships of pregnant, minority adolescents : social support as a moderator of social strain ", **Journal of Community Psychology**, 23 : 74 - 84

RICHARDSON, Roberto Jarry et al

1989 **Pesquisa Social – Métodos e Técnicas**, São Paulo: Editora Atlas

RIOS, L et al

1992 " Apyo Social : Implicaciones para la psicologia de la salud ", in M. A. Simon (Ed.), **Comportamiento y Salud**, Valencia : Promolibro, Vol I, 81 - 145

ROWLAND, J.

1990 " Interpersonal resouces : social support " in J. C. Holland & J. H. Rowland (Eds.), **Handbook of Psychooncology – Psychological Care of the Patient with Cancer**, New York : Oxford University Press, 58 - 71

SÁ, Eduardo

1997 **A maternidade e o Bebé**, Lisboa: Edições Fim de Século

SAMPAIO, Daniel

1991 **Ninguém Morre Sozinho – O adolescente e o Suicídio**, Lisboa: Editorial Caminho

SAMPAIO, Daniel

1994 **Inventem-se Novos Pais**, Lisboa: Editorial Caminho

SANTOS, Rui Sousa

1986 – 1991 **Gravidez em Mães Adolescentes**, Estudo no Distrito de Beja. Trabalho Subsidiado pela comissão de Fomento da Investigação em Cuidados de Saúde do Ministério da Saúde pelo P.I. 96/92

SILVA, Miguel Oliveira

1983 **Mães Adolescentes**, Lisboa: Editor Barca

SILVA, Miguel Oliveira

1992 **A Gravidez na Adolescência – Relevância Clínica da Intervenção Pré-Natal**, Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa – Dissertação de Doutoramento

SIM-SIM, Maria Margarida Santana Fialho

1997 **Mães – Meninas – Meninas – Mães, Abordagem Fenomenológica da Maternidade na Adolescência**, Tese de Mestrado em Enfermagem, Lisboa

SPRINTHALL, Norman, Collins, W. Andrews

1994 **Psicologia do Adolescente – Uma abordagem desenvolvimentista**, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

TRIVINOS, Augusto N.S.

1990 **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**, São Paulo: Editora Atlas, S.A.

TURNER, R. et al

1990 " Social support and outcome in teenage pregnancy ", **Journal of Health and Social Behaviour**, 31 : 43 - 57

TURSZ, Anne, et al

S.D. **Adolescence et Risque**, Paris: Syrus

UNICEF

1996 **Mães Adolescentes**, O progresso das Nações P & LA, Oxon

VALA, Jorge

1989 " A Análise de Conteúdo ", in **Metodologia das Ciências Sociais**, Augusto Santos Silva e José M. Pinto (Org.), Porto: Editora Afrontamento

VALA, Jorge

1996 "Sobre as representações sociais", Lisboa: Editora **Cadernos de Ciências Sociais**, 4

VILAR, Duarte

1994 " Comunicação Pais / Filhos " **Sexualidade e Planeamento Familiar**, 1: 14-17 (Série 2)

WILLS, T.

1985 " Supportive functions of interpersonal relationships ", in S. Cohen & S. L. Syme (Eds), **Social Support and Health**, New York : Academic Press, 61 – 82

Outros Documentos

INE 1997, " Anuário Estatístico da Região Algarve ", Portugal

INE 1997, " Estatísticas da Saúde ", Portugal

INE 1997, " Estatísticas Demográficas ", Portugal

Jornal 24 Horas, 10 de Julho de 1998

Plano de Actividades do Centro de Saúde Faro, 1997

Serviço de Planeamento da Administração Regional de Saúde do Algarve,
1996

Reportagem Televisiva de Maria Elisa sobre " Gravidez na Adolescência ", 15
de Fevereiro de 2000

Xarepe, Fátima et al
1999, Acção de Formação " A gravidez na Adolescência ", Faro

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo nº 1 – Artigo 67 da Constituição da República Portuguesa

Anexo nº 2 – Lei de Bases / 90 e Estatuto do SNS / 84

Anexo nº 3 – Lei 120 / 99

Anexo nº 4 – Convocatórias

Anexo nº 5 – Ficha Inquérito

Anexo nº 6 – Entrevista

Anexo nº 7 – Guião para Histórias de Vida

Anexo nº 8 – Grelha de Transcrição das Entrevistas e perguntas abertas da
Ficha Inquérito

Anexo nº 9 – Grelha de Categorização das perguntas abertas da Ficha
Inquérito e da Entrevista

Anexo nº 10 - File Information

ANEXO nº 1

Artigo 67 da Constituição da República Portuguesa

3. O Estado adoptará uma política tendente a estabelecer um sistema de renda compatível com o rendimento familiar e de acesso à habitação própria.

4. O Estado e as autarquias locais exercerão efectivo controlo do parque imobiliário, procederão às expropriações dos solos urbanos que se revelem necessárias e definirão o respectivo direito de utilização.

Versão

de

1992

ARTIGO 66.º

(Ambiente e qualidade de vida)

1. Todos têm direito a um ambiente de vida humano, sadio e ecologicamente equilibrado e o dever de o defender.

2. Incumbe ao Estado, por meio de organismos próprios e por apelo e apoio a iniciativas populares:

- a) Prevenir e controlar a poluição e os seus efeitos e as formas prejudiciais de erosão;
- b) Ordenar e promover o ordenamento do território, tendo em vista uma correcta localização das actividades, um equilibrado desenvolvimento sócio-económico e paisagens biologicamente equilibradas;
- c) Criar e desenvolver reservas e parques naturais e de recreio, bem como classificar e proteger paisagens e sítios, de modo a garantir a conservação da natureza e a preservação de valores culturais de interesse histórico ou artístico;
- d) Promover o aproveitamento racional dos recursos naturais, salvaguardando a sua capacidade de renovação e a estabilidade ecológica.

ARTIGO 67.º

(Família)

1. A família, como elemento fundamental da sociedade, tem direito à protecção da sociedade e do Estado e à efectivação de todas as condições que permitam a realização pessoal dos seus membros.

2. Incumbe, designadamente, ao Estado para protecção da família:

- a) Promover a independência social e económica dos agregados familiares;
- b) Promover a criação de uma rede nacional de assistência materno-infantil, de uma rede nacional de creches e de infra-estruturas de apoio à família, bem como uma política de terceira idade;
- c) Cooperar com os pais na educação dos filhos;
- d) Promover, pelos meios necessários, a divulgação dos métodos de planeamento familiar e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma paternidade consciente.

ANEXO nº 2

Lei de Bases / 90 e Estatuto do SNS / 84

Lei n.º 47/90

de 24 de Agosto

Autorização ao Governo para legislar em matéria de ilícitos de mera ordenação social praticados no âmbito da criação e funcionamento de instituições de ensino superior particular e cooperativo.

A Assembleia da República decreta, nos termos dos artigos 164.º, alínea e), 168.º, n.ºs 1, alínea d), e 2, e 169.º, n.º 3, da Constituição, o seguinte:

Artigo 1.º

Objecto

Fica o Governo autorizado a aprovar legislação sancionatória referente aos ilícitos de mera ordenação social praticados no âmbito da criação e funcionamento de instituições de ensino superior particular e cooperativo.

Artigo 2.º

Sentido e extensão

A legislação a aprovar pelo Governo nos termos do artigo anterior deve respeitar, designadamente, os seguintes princípios:

- a) Definição de um regime sancionatório adequado para desincentivar a inobservância do disposto no Estatuto do Ensino Superior Particular e Cooperativo, constante do Decreto-Lei n.º 271/89, de 19 de Agosto, nomeadamente no que respeita às normas sobre publicidade legal, criação de estabelecimentos, funcionamento dos cursos e prestação da informação legalmente requerida;
- b) Prever, como sanções acessórias, a perda de benefícios fiscais, de benefícios de crédito e de linhas de financiamento bonificadas por estabelecimentos de crédito e a publicidade da decisão condenatória;
- c) Prever, também como sanção acessória, para os casos de infracção grave às regras sobre criação e funcionamento de estabelecimentos e constituição de universidades e institutos politécnicos, a revogação do reconhecimento.

Artigo 3.º

Duração

A autorização legislativa concedida pela presente lei tem a duração de 90 dias.

Aprovada em 10 de Julho de 1990.

O Presidente da Assembleia da República, *Vitor Pereira Crespo*.

Promulgada em 31 de Julho de 1990.

Publique-se.

O Presidente da República, **MÁRIO SOARES**.

Referendada em 3 de Agosto de 1990.

O Primeiro-Ministro, *Aníbal António Cavaco Silva*.

Lei n.º 48/90

de 24 de Agosto

Lei de Bases da Saúde

A Assembleia da República decreta, nos termos dos artigos 164.º, alínea d), 168.º, n.º 1, alínea f), e 169.º, n.º 3, da Constituição, o seguinte:

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Base I

Princípios gerais

1 — A protecção da saúde constitui um direito dos indivíduos e da comunidade que se efectiva pela responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados, nos termos da Constituição e da lei.

2 — O Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis.

3 — A promoção e a defesa da saúde pública são efectuadas através da actividade do Estado e de outros entes públicos, podendo as organizações da sociedade civil ser associadas àquela actividade.

4 — Os cuidados de saúde são prestados por serviços e estabelecimentos do Estado ou, sob fiscalização deste, por outros entes públicos ou por entidades privadas, sem ou com fins lucrativos.

Base II

Política de saúde

1 — A política de saúde tem âmbito nacional e obedece às directrizes seguintes:

- a) A promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das actividades do Estado;
- b) É objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços;
- c) São tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes, os toxicodependentes e os trabalhadores cuja profissão o justifique;
- d) Os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes e articulam-se entre si e ainda com os serviços de segurança e bem-estar social;
- e) A gestão dos recursos disponíveis deve ser conduzida por forma a obter deles o maior proveito socialmente útil e a evitar o desperdício e a utilização indevida dos serviços;
- f) É apoiado o desenvolvimento do sector privado da saúde e, em particular, as iniciativas das ins-

tuições particulares de solidariedade social, em concorrência com o sector público;

- g) É promovida a participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e planeamento e no controlo do funcionamento dos serviços;
- h) É incentivada a educação das populações para a saúde, estimulando nos indivíduos e nos grupos sociais a modificação dos comportamentos nocivos à saúde pública ou individual;
- i) É estimulada a formação e a investigação para a saúde, devendo procurar-se envolver os serviços, os profissionais e a comunidade.

2 — A política de saúde tem carácter evolutivo, adaptando-se permanentemente às condições da realidade nacional, às suas necessidades e aos seus recursos.

Base III

Natureza da legislação sobre saúde

A legislação sobre saúde é de interesse e ordem públicos, pelo que a sua inobservância implica responsabilidade penal, contra-ordenacional, civil e disciplinar, conforme o estabelecido na lei.

Base IV

Sistema de saúde e outras entidades

1 — O sistema de saúde visa a efectivação do direito à protecção da saúde.

2 — Para efectivação do direito à protecção da saúde, o Estado actua através de serviços próprios, celebra acordos com entidades privadas para a prestação de cuidados e apoia e fiscaliza a restante actividade privada na área da saúde.

3 — Os cidadãos e as entidades públicas e privadas devem colaborar na criação de condições que permitam o exercício do direito à protecção da saúde e a adopção de estilos de vida saudáveis.

Base V

Direitos e deveres dos cidadãos

1 — Os cidadãos são os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual e colectiva, tendo o dever de a defender e promover.

2 — Os cidadãos têm direito a que os serviços públicos de saúde se constituam e funcionem de acordo com os seus legítimos interesses.

3 — É reconhecida a liberdade de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes da lei, designadamente no que respeita a exigências de qualificação profissional.

4 — A liberdade de prestação de cuidados de saúde abrange a faculdade de se constituírem entidades sem ou com fins lucrativos que visem aquela prestação.

5 — É reconhecida a liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, com as limitações decorrentes dos recursos existentes e da organização dos serviços.

Base VI

Responsabilidade do Estado

1 — O Governo define a política de saúde.

2 — Cabe ao Ministério da Saúde propor a definição da política nacional de saúde, promover e vigiar a respectiva execução e coordenar a sua acção com a dos ministérios que tutelam áreas conexas.

3 — Todos os departamentos, especialmente os que actuam nas áreas específicas da segurança e bem-estar social, da educação, do emprego, do desporto, do ambiente, da economia, do sistema fiscal, da habitação e do urbanismo, devem ser envolvidos na promoção da saúde.

4 — Os serviços centrais do Ministério da Saúde exercem, em relação ao Serviço Nacional de Saúde, funções de regulamentação, orientação, planeamento, avaliação e inspecção.

Base VII

Conselho Nacional de Saúde

1 — O Conselho Nacional de Saúde representa os interessados no funcionamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde e é um órgão de consulta do Governo.

2 — O Conselho Nacional de Saúde inclui representantes dos utentes, nomeadamente dos subsistemas de saúde, dos seus trabalhadores, dos departamentos governamentais com áreas de actuação conexas e de outras entidades.

3 — Os representantes dos utentes são eleitos pela Assembleia da República.

4 — A composição, a competência e o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde constam da lei.

Base VIII

Regiões autónomas

1 — Nas Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira a política de saúde é definida e executada pelos órgãos do governo próprio, em obediência aos princípios estabelecidos pela Constituição da República e pela presente lei.

2 — A presente lei é aplicável às Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira, que devem publicar regulamentação própria em matéria de organização, funcionamento e regionalização dos serviços de saúde.

Base IX

Autarquias locais

Sem prejuízo de eventual transferência de competências, as autarquias locais participam na acção comum a favor da saúde colectiva e dos indivíduos, intervêm na definição das linhas de actuação em que estejam directamente interessadas e contribuem para a sua efectivação dentro das suas atribuições e responsabilidades.

Base X

Relações internacionais

1 — Tendo em vista a indivisibilidade da saúde na comunidade internacional, o Estado Português reconhece as consequentes interdependências sanitárias a nível mundial e assume as respectivas responsabilidades.

2 — O Estado Português apoia as organizações internacionais de saúde de reconhecido prestígio, designadamente a Organização Mundial de Saúde, coordena a sua política com as grandes orientações dessas organizações e garante o cumprimento dos compromissos internacionais livremente assumidos.

3 — Como Estado membro das Comunidades Europeias, Portugal intervém na tomada de decisões em matéria de saúde a nível comunitário, participa nas acções que se desenvolvem a esse nível e assegura as medidas a nível interno decorrentes de tais decisões.

4 — Em particular, Portugal defende o progressivo incremento da acção comunitária visando a melhoria da saúde pública, especialmente nas regiões menos favorecidas e no quadro do reforço da coesão económica e social fixado pelo Acto Único Europeu.

5 — É estimulada a cooperação com outros países, no âmbito da saúde, em particular com os países africanos de língua oficial portuguesa.

Base XI

Defesa sanitária das fronteiras

1 — O Estado Português promove a defesa sanitária das suas fronteiras, com respeito pelas regras gerais emitidas pelos organismos competentes.

2 — Em especial, cabe aos organismos competentes estudar, propor, executar e fiscalizar as medidas necessárias para prevenir a importação ou exportação das doenças submetidas ao Regulamento Sanitário Internacional, enfrentar a ameaça de expansão de doenças transmissíveis e promover todas as operações sanitárias exigidas pela defesa da saúde da comunidade internacional.

CAPÍTULO II

Das entidades prestadoras dos cuidados de saúde em geral

Base XII

Sistema de saúde

1 — O sistema de saúde é constituído pelo Serviço Nacional de Saúde e por todas as entidades públicas que desenvolvam actividades de promoção, prevenção e tratamento na área da saúde, bem como por todas as entidades privadas e por todos os profissionais livres que acordem com a primeira a prestação de todas ou de algumas daquelas actividades.

2 — O Serviço Nacional de Saúde abrange todas as instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde dependentes do Ministério da Saúde e dispõe de estatuto próprio.

3 — O Ministério da Saúde e as administrações regionais de saúde podem contratar com entidades pri-

vadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde sempre que tal se afigure vantajoso, nomeadamente face à consideração do binómio qualidade-custos, e desde que esteja garantido o direito de acesso.

4 — A rede nacional de prestação de cuidados de saúde abrange os estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contratos nos termos do número anterior.

5 — Tendencialmente, devem ser adoptadas as mesmas regras no pagamento de cuidados e no financiamento de unidades de saúde da rede nacional da prestação de cuidados de saúde.

6 — O controlo de qualidade de toda a prestação de cuidados de saúde está sujeito ao mesmo nível de exigência.

Base XIII

Níveis de cuidados de saúde

1 — O sistema de saúde assenta nos cuidados de saúde primários, que devem situar-se junto das comunidades.

2 — Deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações de lesões carecidas e garantindo permanentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes.

Base XIV

Estatuto dos utentes

1 — Os utentes têm direito a:

- a) Escolher, no âmbito do sistema de saúde e na medida dos recursos existentes e de acordo com as regras de organização, o serviço e agentes prestadores;
- b) Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei;
- c) Ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correcção técnica, privacidade e respeito;
- d) Ter rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados;
- e) Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado;
- f) Receber, se o desejarem, assistência religiosa;
- g) Reclamar e fazer queixa sobre a forma como são tratados e, se for caso disso, a receber indemnização por prejuízos sofridos;
- h) Constituir entidades que os representem e defendam os seus interesses;
- i) Constituir entidades que colaborem com o sistema de saúde, nomeadamente sob a forma de associações para a promoção e defesa da saúde ou de grupos de amigos de estabelecimentos de saúde.

2 — Os utentes devem:

- a) Respeitar os direitos dos outros utentes;
- b) Observar as regras sobre a organização e o funcionamento dos serviços e estabelecimentos;
- c) Colaborar com os profissionais de saúde em relação à sua própria situação;
- d) Utilizar os serviços de acordo com as regras estabelecidas;
- e) Pagar os encargos que derivem da prestação dos cuidados de saúde, quando for caso disso.

3 — Relativamente a menores e incapazes, a lei deve prever as condições em que os seus representantes legais podem exercer os direitos que lhes cabem, designadamente o de recusarem a assistência, com observância dos princípios constitucionalmente definidos.

Base XV

Profissionais de saúde

1 — A lei estabelece os requisitos indispensáveis ao desempenho de funções e os direitos e deveres dos profissionais de saúde, designadamente os de natureza deontológica, tendo em atenção a relevância social da sua actividade.

2 — A política de recursos humanos para a saúde visa satisfazer as necessidades da população, garantir a formação, a segurança e o estímulo dos profissionais, incentivar a dedicação plena, evitando conflitos de interesse entre a actividade pública e a actividade privada, facilitar a mobilidade entre o sector público e o sector privado e procurar uma adequada cobertura no território nacional.

3 — O Ministério da Saúde organiza um registo nacional de todos os profissionais de saúde, com exclusão daqueles cuja inscrição seja obrigatória numa associação profissional de direito público.

4 — A inscrição obrigatória referida no número anterior é da responsabilidade da respectiva associação profissional de direito público e funciona como registo nacional dos profissionais nela inscritos, sendo facultada ao Ministério da Saúde sempre que por este solicitada.

Base XVI

Formação do pessoal de saúde

1 — A formação e o aperfeiçoamento profissional, incluindo a formação permanente, do pessoal de saúde constituem um objectivo fundamental a prosseguir.

2 — O Ministério da Saúde colabora com o Ministério da Educação nas actividades de formação que estiverem a cargo deste, designadamente facultando nos seus serviços campos de ensino prático e de estágios, e prossegue as actividades que lhe estiverem cometidas por lei nesse domínio.

3 — A formação do pessoal deve assegurar uma qualificação técnico-científica tão elevada quanto possível tendo em conta o ramo e o nível do pessoal em causa, despertar nele o sentido da responsabilidade profissional, sem esquecer a preocupação da melhor utilização dos recursos disponíveis, e, em todos os casos, orientar-se no sentido de inculcar nos profissionais o respeito pela vida e pelos direitos das pessoas e dos doentes como o primeiro dever que lhes cumpre observar.

Base XVII

Investigação

1 — É apoiada a investigação com interesse para a saúde, devendo ser estimulada a colaboração neste domínio entre os serviços do Ministério da Saúde e as universidades, a Junta Nacional de Investigação Científica e Tecnológica e outras entidades, públicas ou privadas.

2 — Em particular, deve ser promovida a participação portuguesa em programas de investigação no campo da saúde levados a efeito no âmbito das Comunidades Europeias.

3 — As acções de investigação a apoiar devem sempre observar, como princípio orientador, o de que a vida humana é o valor máximo a promover e a salvar em quaisquer circunstâncias.

Base XVIII

Organização do território para o sistema de saúde

1 — A organização do sistema de saúde baseia-se na divisão do território nacional em regiões de saúde.

2 — As regiões de saúde são dotadas de meios de acção bastantes para satisfazer autonomamente as necessidades correntes de saúde dos seus habitantes, podendo, quando necessário, ser estabelecidos acordos inter-regionais para a utilização de determinados recursos.

3 — As regiões podem ser divididas em sub-regiões de saúde, de acordo com as necessidades das populações e a operacionalidade do sistema.

4 — Cada concelho constitui uma área de saúde, mas podem algumas localidades ser incluídas em áreas diferentes das dos concelhos a que pertençam quando se verifique que tal é indispensável para tornar mais rápida e cómoda a prestação dos cuidados de saúde.

5 — As grandes aglomerações urbanas podem ter organização de saúde própria a estabelecer em lei, tomando em conta as respectivas condições demográficas e sanitárias.

Base XIX

Autoridades de saúde *

1 — As autoridades de saúde situam-se a nível nacional, regional e concelhio, para garantir a intervenção oportuna e discricionária do Estado em situações de grave risco para a saúde pública, e estão hierarquicamente dependentes do Ministro da Saúde, através do director-geral competente.

2 — As autoridades de saúde têm funções de vigilância das decisões dos órgãos e serviços executivos do Estado em matéria de saúde pública, podendo suspendê-las quando as considerem prejudiciais.

3 — Cabe ainda especialmente às autoridades de saúde:

- a) Vigiar o nível sanitário dos aglomerados populacionais, dos serviços, estabelecimentos e locais de utilização pública para defesa da saúde pública;
- b) Ordenar a suspensão de actividade ou o encerramento dos serviços, estabelecimentos e locais

referidos na alínea anterior, quando funcionem em condições de grave risco para a saúde pública;

- c) Desencadear, de acordo com a Constituição e a lei, o internamento ou a prestação compulsiva de cuidados de saúde a indivíduos em situação de prejudicarem a saúde pública;
- d) Exercer a vigilância sanitária das fronteiras;
- e) Proceder à requisição de serviços, estabelecimentos e profissionais de saúde em casos de epidemias graves e outras situações semelhantes.

4 — As funções de autoridade de saúde são independentes das de natureza operativa dos serviços de saúde e são desempenhadas por médicos, preferencialmente da carreira de saúde pública.

5 — Das decisões das autoridades de saúde há sempre recurso hierárquico e contencioso nos termos da lei.

Base XX

Situações de grave emergência

1 — Quando ocorram situações de catástrofe ou de outra grave emergência de saúde, o Ministro da Saúde toma as medidas de excepção que forem indispensáveis, coordenando a actuação dos serviços centrais do Ministério com os órgãos do Serviço Nacional de Saúde e os vários escalões das autoridades de saúde.

2 — Sendo necessário, pode o Governo, nas situações referidas no n.º 1, requisitar, pelo tempo absolutamente indispensável, os profissionais e estabelecimentos de saúde em actividade privada.

Base XXI

Actividade farmacêutica

1 — A actividade farmacêutica abrange a produção, comercialização, importação e exportação de medicamentos e produtos medicamentosos.

2 — A actividade farmacêutica tem legislação especial e fica submetida à disciplina e fiscalização conjuntas dos ministérios competentes, de forma a garantir a defesa e a protecção da saúde, a satisfação das necessidades da população e a racionalização do consumo de medicamentos e produtos medicamentosos.

3 — A disciplina referida no número anterior incide sobre a instalação de equipamentos produtores e os estabelecimentos distribuidores de medicamentos e produtos medicamentosos e o seu funcionamento.

Base XXII

Ensaio clínico de medicamentos

Os ensaios clínicos de medicamentos são sempre realizados sob direcção e responsabilidade médica, segundo regras a definir em diploma próprio.

Base XXIII

Outras actividades complementares

1 — Estão sujeitas a regras próprias e à disciplina e inspecção do Ministério da Saúde, e, sendo caso

disso, dos outros ministérios competentes, as actividades que se destinem a facultar meios materiais ou de organização indispensáveis à prestação de cuidados de saúde, mesmo quando desempenhadas pelo sector privado.

2 — Incluem-se, nomeadamente, nas actividades referidas no número anterior a colheita e distribuição de produtos biológicos, a produção e distribuição de bens e produtos alimentares, a produção, a comercialização e a instalação de equipamentos e bens de saúde, o estabelecimento e exploração de seguros de saúde e o transporte de doentes.

CAPÍTULO III

Do Serviço Nacional de Saúde

Base XXIV

Características

O Serviço Nacional de Saúde caracteriza-se por:

- a) Ser universal quanto à população abrangida;
- b) Prestar integralmente cuidados globais ou garantir a sua prestação;
- c) Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos;
- d) Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados;
- e) Ter organização regionalizada e gestão descentralizada e participada.

Base XXV

Beneficiários

1 — São beneficiários do Serviço Nacional de Saúde todos os cidadãos portugueses.

2 — São igualmente beneficiários do Serviço Nacional de Saúde os cidadãos nacionais de Estados membros das Comunidades Europeias, nos termos das normas comunitárias aplicáveis.

3 — São ainda beneficiários do Serviço Nacional de Saúde os cidadãos estrangeiros residentes em Portugal, em condições de reciprocidade, e os cidadãos apátridas residentes em Portugal.

Base XXVI

Organização do Serviço Nacional de Saúde

1 — O Serviço Nacional de Saúde é tutelado pelo Ministro da Saúde e é administrado a nível de cada região de saúde pelo conselho de administração da respectiva administração regional de saúde.

2 — Em cada sub-região existe um coordenador sub-regional de saúde e em cada concelho uma comissão concelhia de saúde.

Base XXVII

Administrações regionais de saúde

1 — As administrações regionais de saúde são responsáveis pela saúde das populações da respectiva área

geográfica, coordenam a prestação de cuidados de saúde de todos os níveis e adequam os recursos disponíveis às necessidades, segundo a política superiormente definida e de acordo com as normas e directivas emitidas pelo Ministério da Saúde.

2 — As administrações regionais de saúde são dirigidas por um conselho de administração, cuja composição é definida por lei.

3 — Cabe em especial ao conselho de administração das administrações regionais de saúde:

- a) Propor os planos de actividade e o orçamento respectivo, acompanhar a sua execução e deles prestar contas;
- b) Orientar, coordenar e acompanhar a gestão do Serviço Nacional de Saúde a nível regional;
- c) Representar o Serviço Nacional de Saúde em juízo e fora dele, a nível da região respectiva;
- d) Regular a procura entre os estabelecimentos e serviços da região e orientar, coordenar e acompanhar o respectivo funcionamento, sem prejuízo da autonomia de gestão destes consagrada na lei;
- e) Contratar com entidades privadas a prestação de cuidados de saúde aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde na respectiva região, sem prejuízo de acordos de âmbito nacional sobre a mesma matéria;
- f) Avaliar permanentemente os resultados obtidos;
- g) Coordenar o transporte de doentes, incluindo o que esteja a cargo de entidades privadas.

Base XXVIII

Coordenador sub-regional de saúde

Ao coordenador sub-regional de saúde cabe coadjuvar a administração regional no exercício das suas funções no âmbito da sub-região e exercer as funções que o conselho de administração da administração regional nele delegar.

Base XXIX

Comissões concelhias de saúde

As comissões concelhias de saúde são órgãos consultivos das administrações regionais de saúde em relação a cada concelho da respectiva área de actuação.

Base XXX

Avaliação permanente

1 — O funcionamento do Serviço Nacional de Saúde está sujeito a avaliação permanente, baseada em informações de natureza estatística, epidemiológica e administrativa.

2 — É igualmente colhida informação sobre a qualidade dos serviços, o seu grau de aceitação pela população utente, o nível de satisfação dos profissionais e a razoabilidade da utilização dos recursos em termos de custos e benefícios.

3 — Esta informação é tratada em sistema completo e integrado que abrange todos os níveis e todos os órgãos e serviços.

Base XXXI

Estatuto dos profissionais de saúde do Serviço Nacional de Saúde

1 — Os profissionais de saúde que trabalham no Serviço Nacional de Saúde estão submetidos às regras próprias da Administração Pública e podem constituir-se em corpos especiais.

2 — A lei estabelece, na medida do que seja necessário, as regras próprias sobre o estatuto dos profissionais de saúde, o qual deve ser adequado ao exercício das funções e delimitado pela ética e deontologia profissionais.

3 — Aos profissionais dos quadros do Serviço Nacional de Saúde é permitido, sem prejuízo das normas que regulam o regime de trabalho de dedicação exclusiva, exercer a actividade privada, não podendo dela resultar para o Serviço Nacional de Saúde qualquer responsabilidade pelos encargos resultantes dos cuidados por esta forma prestados aos seus beneficiários.

4 — É assegurada formação permanente aos profissionais de saúde.

Base XXXII

Médicos

1 — Ao pessoal médico cabe no Serviço Nacional de Saúde particular relevo e responsabilidade.

2 — É definido na lei o conceito de acto médico.

3 — O ingresso dos médicos e a sua permanência no Serviço Nacional de Saúde dependem de inscrição na Ordem dos Médicos.

4 — É reconhecida à Ordem dos Médicos a função de definição da deontologia médica, bem como a de participação, em termos a regulamentar, na definição da qualidade técnica mesmo para os actos praticados no âmbito do Serviço Nacional de Saúde, estando-lhe também cometida a fiscalização do exercício livre da actividade médica.

5 — A lei regula com a mesma dignidade as carreiras médicas, independentemente de serem estruturadas de acordo com a diferenciação profissional.

6 — A lei pode prever que os médicos da carreira hospitalar sejam autorizados a assistir, nos hospitais, os seus doentes privados, em termos a regulamentar.

7 — Os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde podem contratar para tarefas específicas médicos do sector privado especialmente qualificados.

Base XXXIII

Financiamento

1 — O Serviço Nacional de Saúde é financiado pelo Orçamento do Estado.

2 — Os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde podem cobrar as seguintes receitas, a inscrever nos seus orçamentos próprios:

- a) O pagamento de cuidados em quarto particular ou outra modalidade não prevista para a generalidade dos utentes;
- b) O pagamento de cuidados por parte de terceiros responsáveis, legal ou contratualmente,

nomeadamente subsistemas de saúde ou entidades seguradoras;

- c) O pagamento de cuidados prestados a não beneficiários do Serviço Nacional de Saúde quando não há terceiros responsáveis;
- d) O pagamento de taxas por serviços prestados ou utilização de instalações ou equipamentos nos termos legalmente previstos;
- e) O produto de rendimentos próprios;
- f) O produto de benemerências ou doações;
- g) O produto da efectivação de responsabilidade dos utentes por infracções às regras da organização e do funcionamento do sistema e por uso doloso dos serviços e do material de saúde.

Base XXXIV

Taxas moderadoras

1 — Com o objectivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde, podem ser cobradas taxas moderadoras, que constituem também receita do Serviço Nacional de Saúde.

2 — Das taxas referidas no número anterior são isentos os grupos populacionais sujeitos a maiores riscos e os financeiramente mais desfavorecidos, nos termos determinados na lei.

Base XXXV

Benefícios

1 — A lei pode especificar as prestações garantidas aos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde ou excluir do objecto dessas prestações cuidados não justificados pelo estado de saúde.

2 — Só em circunstâncias excepcionais em que seja impossível garantir em Portugal o tratamento nas condições exigíveis de segurança e em que seja possível fazê-lo no estrangeiro, o Serviço Nacional de Saúde suporta as respectivas despesas.

Base XXXVI

Gestão dos hospitais e centros de saúde

1 — A gestão das unidades de saúde deve obedecer, na medida do possível, a regras de gestão empresarial e a lei pode permitir a realização de experiências inovadoras de gestão, submetidas a regras por ela fixadas.

2 — Nos termos a estabelecer em lei, pode ser autorizada a entrega, através de contratos de gestão, de hospitais ou centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde a outras entidades ou, em regime de convenção, a grupos de médicos.

CAPÍTULO IV

Das iniciativas particulares de saúde

Base XXXVII

Apoio ao sector privado

1 — O Estado apoia o desenvolvimento do sector privado de prestação de cuidados de saúde, em fun-

ção das vantagens sociais decorrentes das iniciativas em causa e em concorrência com o sector público.

2 — O apoio pode traduzir-se, nomeadamente, na facilitação da mobilidade do pessoal do Serviço Nacional de Saúde que deseje trabalhar no sector privado, na criação de incentivos à criação de unidades privadas e na reserva de quotas de leitos de internamento em cada região de saúde.

Base XXXVIII

Instituições particulares de solidariedade social com objectivos de saúde

1 — As instituições particulares de solidariedade social com objectivos específicos de saúde intervêm na acção comum a favor da saúde colectiva e dos indivíduos, de acordo com a legislação que lhes é própria e a presente lei.

2 — As instituições particulares de solidariedade social ficam sujeitas, no que respeita às suas actividades de saúde, ao poder orientador e de inspecção dos serviços competentes do Ministério da Saúde, sem prejuízo da independência de gestão estabelecida na Constituição e na sua legislação própria.

3 — Para além do apoio referido no n.º 2 da base XXXVII, os serviços de saúde destas instituições podem ser subsidiados financeiramente e apoiados tecnicamente pelo Estado e pelas autarquias locais.

Base XXXIX

Organizações de saúde com fins lucrativos

1 — As organizações privadas com objectivos de saúde e fins lucrativos estão sujeitas a licenciamento, regulamentação e vigilância de qualidade por parte do Estado.

2 — A hospitalização privada, em especial, actua em articulação com o Serviço Nacional de Saúde.

3 — Compreendem-se na hospitalização privada não apenas as clínicas ou casas de saúde, gerais ou especializadas, mas ainda os estabelecimentos termais com internamento não pertencentes ao Estado ou às autarquias locais.

Base XL

Profissionais de saúde em regime liberal

1 — Os profissionais de saúde que asseguram cuidados em regime de profissão liberal desempenham função de importância social reconhecida e protegida pela lei.

2 — O exercício de qualquer profissão que implique a prestação de cuidados de saúde em regime liberal é regulamentado e fiscalizado pelo Ministério da Saúde, sem prejuízo das funções cometidas à Ordem dos Médicos e à Ordem dos Farmacêuticos.

3 — O Serviço Nacional de Saúde, os médicos, os farmacêuticos e outros profissionais de saúde em exercício liberal devem prestar-se apoio mútuo.

4 — Os profissionais de saúde em regime liberal devem ser titulares de seguro contra os riscos decorrentes do exercício das suas funções.

Base XLI

Convenções

1 — No quadro estabelecido pelo n.º 3 da base XII, podem ser celebradas convenções com médicos e outros profissionais de saúde ou casas de saúde, clínicas ou hospitais privados, quer a nível de cuidados de saúde primários quer a nível de cuidados diferenciados.

2 — A lei estabelece as condições de celebração de convenções e, em particular, as garantias das entidades convencionadas.

Base XLII

Seguros de saúde

A lei fixa incentivos ao estabelecimento de seguros de saúde.

CAPÍTULO V

Disposições finais e transitórias

Base XLIII

Regulamentação

1 — O Governo deve desenvolver em decretos-leis as bases da presente lei que não sejam imediatamente aplicáveis.

2 — As administrações regionais de saúde devem ser progressivamente implantadas, podendo, numa fase inicial, abranger só parte da zona total ou parte dos serviços prestadores de cuidados.

Base XLIV

Regime transitório

As convenções celebradas com profissionais do Serviço Nacional de Saúde mantêm-se transitoriamente, nos termos dos respectivos contratos, em condições e por período que vierem a ser estabelecidos em diploma regulamentar.

Base XLV

Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor 30 dias após a sua publicação.

Aprovada em 12 de Julho de 1990.

O Presidente da Assembleia da República, *Vitor Pereira Crespo*.

Promulgada em 31 de Julho de 1990.

Publique-se.

O Presidente da República, **MÁRIO SOARES**.

Referendada em 3 de Agosto de 1990.

O Primeiro-Ministro, *Aníbal António Cavaco Silva*.

Lei n.º 49/90

de 24 de Agosto

Consultas directas aos cidadãos eleitores a nível local

A Assembleia da República decreta, nos termos dos artigos 164.º, alínea d), 167.º, alínea o), e 169.º, n.º 3, da Constituição, o seguinte:

TÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Consultas locais

Os órgãos autárquicos podem efectuar consultas directas aos cidadãos eleitores a nível local, por voto secreto, nos termos da presente lei.

Artigo 2.º

Conteúdo das consultas

1 — As consultas locais incidem sobre matéria da exclusiva competência dos órgãos autárquicos.

2 — Não podem ser objecto de consultas locais questões financeiras nem quaisquer outras que, nos termos da lei, devam ser resolvidas vinculadamente pelos órgãos autárquicos ou que já tenham sido objecto de decisão irrevogável.

Artigo 3.º

Âmbito territorial

1 — As consultas locais podem realizar-se ao nível de freguesia, de município ou de região administrativa.

2 — Não se realizam consultas locais nas freguesias em que a assembleia é substituída pelo plenário dos cidadãos eleitores.

Artigo 4.º

Direito de voto

Têm direito de voto nas consultas locais os cidadãos eleitores recenseados na área da autarquia onde se realiza a consulta.

Artigo 5.º

Eficácia

As consultas locais têm eficácia deliberativa.

Artigo 6.º

Competência para determinar a realização de consultas locais

1 — A deliberação sobre a realização de consultas locais compete à assembleia de freguesia, à assembleia municipal ou à assembleia regional, consoante incidam sobre matérias da competência dos órgãos da freguesia, do município ou da região administrativa.

2 — A deliberação referida no número anterior é obrigatoriamente tomada, em sessão ordinária ou extraordinária, no prazo de 15 dias a contar da data da recepção da proposta para realização da consulta.



DIÁRIO DA REPÚBLICA

PREÇO DESTE NÚMERO — 20\$00

Assinaturas	Assinatura		1 — A renovação das assinaturas ou a aceitação de novos assinantes para qualquer das publicações oficiais deverá ter lugar até ao final do mês de Janeiro para as assinaturas anuais ou para as do 1.º semestre e até 31 de Julho para as que corresponderem ao 2.º semestre. 2 — Preço de página para venda avulso, 25\$00; preço por linha de anúncio, 5\$5. 3 — Para os novos assinantes do <i>Diário da Assembleia da República</i> , o período da assinatura será compreendido de Janeiro a Dezembro de cada ano. Os números publicados em Novembro e Dezembro do ano anterior que completam a legislatura serão adquiridos ao preço de capa.
	Anual	Semestral	
<i>Diário da República</i> :			
Completa	9 000\$00	5 000\$00	
1.ª, 2.ª ou 3.ª séries	3 600\$00	2 000\$00	
Duas séries diferentes	6 000\$00	3 300\$00	
Apêndices	3 000\$00	-	
<i>Diário da Assembleia da República</i>	2 800\$00	-	
<i>Compilação dos Sumários do Diário da República</i>	1 500\$00	-	

NOTA. — A estes preços acrescem os portes de correio.

Toda a correspondência, quer oficial, quer relativa a anúncios e a assinaturas de «Diário da República» e de «Diário da Assembleia da República», deve ser dirigida à administração da Imprensa Nacional-Casa da Moeda, Rua de D. Francisco Manuel de Melo, 5 — 1092 Lisboa Codex.

IMPRESA NACIONAL-CASA DA MOEDA

Aviso

Por ordem superior e para constar, comunica-se que não serão aceites quaisquer originais destinados ao «Diário da República» desde que não tragam aposta a competente ordem de publicação, assinada e autenticada com selo branco.

SUMÁRIO

Assembleia da República:

Lei n.º 3/84:

Educação sexual e planeamento familiar.

Ministérios das Finanças e do Plano, da Agricultura, Florestas e Alimentação e do Comércio e Turismo:

Portaria n.º 162/84:

Actualiza os preços de compra e de intervenção superior que delimitam os níveis entre os quais se pretende situar o preço de mercado de suínos.

Portaria n.º 163/84:

Fixa os preços de venda pela EPAC — Empresa Pública de Abastecimento de Cereais aos industriais descascadores de arroz importado dos tipos comerciais Carolino e Gigante.

Ex-Ministério da Agricultura, Comércio e Pescas:

Declaração:

De terem sido autorizadas transferências de verbas no orçamento do Ministério para o ano de 1983 no montante de 250 507 contos.

Nota. — Foi publicado um 4.º suplemento ao *Diário da República*, n.º 301, de 31 de Dezembro de 1983, inserindo o seguinte:

Ministério da Administração Interna:

Decreto-Lei n.º 465/83:

Approva o Estatuto do Militar da Guarda Nacional Republicana, bem assim como os Estatutos do Oficial, do Sargento e da Praça da mesma Guarda.

ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA

Lei n.º 3/84

de 24 de Março

Educação sexual e planeamento familiar

A Assembleia da República decreta, nos termos dos artigos 164.º, alínea d), e 169.º, n.º 2, da Constituição, o seguinte:

ARTIGO 1.º

(Direito à educação sexual e de acesso ao planeamento familiar)

- 1 — O Estado garante o direito à educação sexual, como componente do direito fundamental à educação.
- 2 — Incumbe ao Estado, para protecção da família, promover, pelos meios necessários, a divulgação dos métodos de planeamento familiar e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes.

ARTIGO 2.º

(Educação sexual dos jovens)

- 1 — O dever fundamental de proteger a família e o desempenho da incumbência de cooperar com os pais na educação dos filhos cometem ao Estado a garantia da educação sexual dos jovens através da escola, das organizações sanitárias e dos meios de comunicação social.
- 2 — Os programas escolares incluirão, de acordo com os diferentes níveis de ensino, conhecimentos científicos sobre anatomia, fisiologia, genética e sexualidade humanas, devendo contribuir para a superação das discriminações em razão do sexo e da divisão tradicional de funções entre mulher e homem.
- 3 — Será dispensada particular atenção à formação inicial e permanente dos docentes, por forma a dotá-los do conhecimento e da compreensão da problemática da educação sexual, em particular no que diz respeito aos jovens.

4 — Serão criadas também condições adequadas de apoio aos pais no que diz respeito à educação sexual dos seus filhos.

ARTIGO 3.º

(Objecto do planeamento familiar)

1 — O direito de se informar e de ser informado sem impedimentos nem discriminações inclui o livre acesso aos conhecimentos científicos e sociológicos necessários à prática de métodos salutareos de planeamento familiar e ao exercício de uma maternidade e paternidade responsáveis.

2 — O planeamento familiar tem por objecto proporcionar aos indivíduos e aos casais informações, conhecimentos e meios que lhes permitam uma decisão livre e responsável sobre o número de filhos e o intervalo entre o seu nascimento.

3 — Os métodos de planeamento familiar constituem instrumento privilegiado de defesa da saúde das mães e dos filhos, de prevenção do aborto e de defesa da saúde e da qualidade de vida dos familiares.

ARTIGO 4.º

(Conteúdo do planeamento familiar)

1 — O planeamento familiar postula acções de aconselhamento genético e conjugal, de informação de métodos e fornecimento de meios de contracepção, tratamento da infertilidade e prevenção de doenças de transmissão sexual e o rastreio do cancro genital.

2 — São do foro pessoal e conjugal as opções sobre meios e métodos contraceptivos.

ARTIGO 5.º

(Centros e meios de consulta sobre planeamento familiar)

1 — É assegurado a todos, sem discriminações, o livre acesso às consultas e outros meios de planeamento familiar.

2 — Com esse objectivo, o Estado promoverá a cobertura progressiva do território nacional com meios de consulta sobre planeamento familiar, implantados em todos os centros e postos de saúde, bem como nos serviços de ginecologia e obstetrícia de todos os hospitais, com pessoal devidamente habilitado.

3 — As autarquias e as comunidades em que as consultas sobre planeamento familiar se inserem participam activamente na difusão dos métodos de planeamento familiar, em estreita colaboração com os centros, postos e outras estruturas de saúde.

ARTIGO 6.º

(Gratuidade das consultas sobre planeamento familiar)

1 — As consultas sobre planeamento familiar e os meios contraceptivos proporcionados por entidades públicas são gratuitos.

2 — As informações e os conselhos prestados devem ser objectivos e baseados exclusivamente em dados científicos.

3 — Só pode ser recusada pelos serviços de planeamento familiar a utilização de um determinado método de contracepção com base em razões de ordem médica devidamente fundamentadas.

ARTIGO 7.º

(Divulgação de métodos e meios de planeamento familiar)

1 — É dever do Estado e demais entidades públicas, designadamente as autarquias e as empresas públicas de comunicação social, promover e praticar periodicamente, com sentido pedagógico, informação eficaz sobre a existência e as vantagens dos métodos e meios de planeamento familiar, bem como sobre os locais, os horários e o regime de funcionamento dos respectivos centros de consulta.

2 — É dever especial dos serviços de saúde, da Comissão da Condição Feminina e das associações de protecção da família colaborar em acções e campanhas de divulgação dos métodos e meios de planeamento familiar.

3 — A informação prestada nos termos dos números anteriores deve respeitar os princípios consignados no n.º 2 do artigo 6.º e promover a assunção consciente e responsável de opções em matéria de planeamento familiar.

ARTIGO 8.º

(Incentivo a iniciativas privadas)

O Estado deve incentivar e apoiar iniciativas de associações e outras entidades privadas que visem a difusão dos métodos e meios de planeamento familiar, sem intuítos confessionais, políticos, demográficos ou discriminatórios.

ARTIGO 9.º

(Tratamento da esterilidade e inseminação artificial)

1 — O Estado deve promover e proporcionar a todos, através de centros especializados, o estudo e o tratamento de situações de esterilidade, bem como o estudo e a prevenção de doenças de transmissão hereditária.

2 — O Estado aprofundará o estudo e a prática da inseminação artificial como forma de suprimento da esterilidade.

3 — Compete aos centros de saúde detectar e estudar, de acordo com o estado de desenvolvimento da medicina e os meios ao seu alcance, e encaminhar para os centros especializados os casos previstos nos números anteriores.

ARTIGO 10.º

(Esterilização voluntária)

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

2 — A exigência do limite de idade constante do n.º 1 é dispensada nos casos em que a esterilização é determinada por razões de ordem terapêutica.

ARTIGO 11.º

(Direito à objecção de consciência)

É assegurado aos médicos o direito à objecção de consciência, quando solicitados para a prática da inseminação artificial ou de esterilização voluntária.

ARTIGO 12.º

(Adopção de menores)

Os centros de consulta para planeamento familiar prestarão informações objectivas sobre a adopção de menores e respectivas consequências sobre a família dos adoptantes e dos adoptados, bem como sobre estes, e colaborarão com os serviços especializados na detecção de crianças que possam ser adoptadas e de indivíduos ou casais que desejem adoptá-las.

ARTIGO 13.º

(Centros de atendimento de jovens)

1 — O Estado e as autarquias incentivarão a instalação de centros de atendimento de jovens, em que o planeamento familiar constitua uma valência obrigatória.

2 — Nas localidades onde não existam centros de atendimento de jovens poderão estes dirigir-se aos centros de consulta sobre planeamento familiar, onde serão acolhidos e informados tendo em conta o seu grau de desenvolvimento físico e psicológico, bem como as interrogações por eles formuladas, a situação e os problemas por eles expostos.

3 — Os centros de atendimento de jovens, bem como os centros de consulta sobre planeamento familiar, agindo por si ou em substituição daqueles, prestarão às famílias e aos estabelecimentos de ensino a colaboração que lhes for solicitada.

ARTIGO 14.º

(Publicidade e prescrição médica)

1 — Será regulamentada a publicidade relativa aos produtos ou meios contraceptivos, assegurando que a sua difusão se processe após experiências técnicas e clínicas realizadas de acordo com padrões legalmente fixados.

2 — Os meios anticoncepcionais de natureza hormonal só poderão ser vendidos ou fornecidos gratuitamente nos estabelecimentos de saúde mediante receita médica.

ARTIGO 15.º

(Dever de sigilo profissional)

Os funcionários dos centros de consulta sobre planeamento familiar e dos centros de atendimento de jovens ficam sujeitos à obrigação de sigilo profissional sobre o objecto, o conteúdo e o resultado das consultas em que tiverem intervenção e, em geral, sobre actos ou factos de que tenham tido conhecimento no exercício dessas funções ou por causa delas.

ARTIGO 16.º

(Formação profissional)

Os currículos de formação dos profissionais de saúde envolvidos em acções de planeamento familiar deverão incluir o ensino de conhecimentos científicos

adequados sobre educação sexual, contracepção e tratamento da infertilidade.

ARTIGO 17.º

(Legislação complementar)

O Governo aprovará, no prazo máximo de 120 dias a contar da entrada em vigor da presente lei, a legislação necessária à regulamentação da execução do que nela se dispõe.

ARTIGO 18.º

(Entrada em vigor)

A presente lei entra em vigor no 30.º dia posterior ao da sua publicação.

Aprovada em 14 de Fevereiro de 1984.

O Presidente da Assembleia da República, *Manuel Alfredo Tito de Morais*.

Promulgada em 1 de Março de 1984.

Publique-se.

O Presidente da República, ANTÓNIO RAMALHO EANES.

Referendada em 7 de Março de 1984.

O Primeiro-Ministro, *Mário Soares*.

MINISTÉRIOS DAS FINANÇAS E DO PLANO,
DA AGRICULTURA, FLORESTAS E ALIMENTAÇÃO
E DO COMÉRCIO E TURISMO

SECRETARIAS DE ESTADO DO ORÇAMENTO, DA AGRICULTURA,
DA ALIMENTAÇÃO E DO COMÉRCIO INTERNO

Portaria n.º 162/84

de 24 de Março

Considerando que se torna necessário actualizar os preços de compra e de intervenção superior que delimitam os níveis entre os quais se pretende situar o preço de mercado de suínos;

Considerando que o preço de compra deverá ter em conta a necessidade de estabilizar o mercado, de evitar excedentes e de impedir grandes prejuízos à produção;

Considerando que o preço de intervenção superior deverá ter em conta a necessidade de contrariar as carências do mercado, de garantir a renovação regular e atempada dos stocks e de assegurar preços não especulativos ao consumidor;

Nestes termos:

Ao abrigo do disposto na alínea b) do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 19/81, de 28 de Janeiro:

Manda o Governo da República Portuguesa, pelos Secretários de Estado do Orçamento, da Agricultura, da Alimentação e do Comércio Interno, o seguinte:

1.º O preço de compra a que se refere a alínea a) do n.º 1 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 19/81, de 28 de

ANEXO nº 3

Lei 120 / 99



G
I
D
I

Gabinete de Imprensa
Documentação e Informação

CIRCULAR INTERNA

Nº 354/99

DATA 99 / 08 / 11

Normativa
 Informativa

Âmbito de Divulgação

Região de Saúde

- C.A.
- Todos
- D.S.P.A.T.
- D.S.G.F.
- Div. G. Financeira
- Contabilidade
- Conf. Facturas
- Gabinete Jurídico
- Del. Reg. de Saúde
 - Adjunto Del. Reg. de Saúde
- Serviço de Viaturas
- Comissão de Farmácia e Terapêutica
- Agência
- HHDD

Sub-Região de Saúde

- C.S.R. Saúde
- D.S.S.
- Programas de Saúde
- Enfermeira Supervisora
- Lab. Saúde Pública
- Serv. Farmacêuticos
- Serv. Social e Gab. Utente
- Prest. Indirectas
- Assessora do C.A.
- Serv. de Aquis. e Aprov.
- Secção de Pessoal e Vencimentos
- Repart. Adm.
- Formação
- Centros de Saúde

ASSUNTO: Transcrição do Lei nº 120/99, da Assembleia da República, publicado no D.R. nº 186/99, I Série, de 11/08: "Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva".

Lei n.º 120/99

de 11 de Agosto

Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva

CAPÍTULO II

Promoção da saúde sexual

Artigo 2.º

Educação sexual

1 — Nos estabelecimentos de ensino básico e secundário será implementado um programa para a promoção da saúde e da sexualidade humana, no qual será proporcionada adequada informação sobre a sexualidade humana, o aparelho reprodutivo e a fisiologia da reprodução, sida e outras doenças sexualmente transmissíveis, os métodos contraceptivos e o planeamento da família, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades e a igualdade entre os géneros.

2 — Os conteúdos referidos no número anterior serão incluídos de forma harmonizada nas diferentes disciplinas vocacionadas para a abordagem interdisciplinar desta matéria, no sentido de promover condições para uma melhor saúde, particularmente pelo desenvolvi-

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Âmbito

O presente diploma visa conceder maior eficácia aos dispositivos legais que garantam a promoção a uma vida sexual e reprodutiva saudável, mais gratificante e responsável, consagrando medidas no âmbito da educação sexual, do reforço do acesso ao planeamento familiar e aos métodos contraceptivos, tendo em vista, nomeadamente, a prevenção de gravidezes indesejadas e o combate às doenças sexualmente transmissíveis, designadamente as transmitidas pelo HIV e pelos vírus das hepatites B e C.

ESTYLLANO

Sede - 377
e.s.

João Correia Martins
Presidente do Conselho de Administração

mento de uma atitude individual responsável quanto à sexualidade e uma futura maternidade e paternidade conscientes.

3 — A educação para a saúde sexual e reprodutiva deverá adequar-se aos diferentes níveis etários, consideradas as suas especificidades biológicas, psicológicas e sociais, e envolvendo os agentes educativos.

4 — Na aplicação do estipulado nos números anteriores deverá existir uma colaboração estreita com os serviços de saúde da respectiva área e os seus profissionais, bem como com as associações de estudantes e com as associações de pais e encarregados de educação.

5 — Nos planos de formação de docentes, nomeadamente os aprovados pelos centros de formação de associações de escolas dos ensinos básico e secundário, deverão constar acções específicas sobre educação sexual e reprodutiva.

Artigo 3.º

Promoção de doenças sexualmente transmissíveis

1 — Deve ser promovida a criação de um gabinete de apoio aos alunos, que entre outras finalidades a definir pela escola, ouvidas as associações de pais, realizará acções diversas para promoção da educação para a saúde, particularmente sobre sexualidade humana e saúde reprodutiva, em articulação com os serviços de saúde.

2 — Considerando a importância do uso do preservativo na prevenção de muitas das doenças sexualmente transmissíveis, nomeadamente a sida, será disponibilizado o acesso a preservativos através de meios mecânicos, em todos os estabelecimentos do ensino superior e nos estabelecimentos de ensino secundário, por decisão dos órgãos directivos ouvidas as respectivas associações de pais e de alunos.

CAPÍTULO III

Planeamento familiar

Artigo 4.º

Campanhas de divulgação destinadas aos jovens

O Estado e demais entidades públicas, no cumprimento das obrigações estabelecidas no artigo 7.º da Lei n.º 3/84, de 24 de Março, promoverão, com as finalidades e objectivos ali previstos, campanhas de divulgação especificamente dirigidas aos jovens.

Artigo 5.º

Atendimento dos jovens

Os jovens podem ser atendidos em qualquer consulta de planeamento familiar, ainda que em centro de saúde ou serviço hospitalar que não seja da área da sua residência.

Artigo 6.º

Serviços de saúde dos estabelecimentos do ensino superior

Sempre que existam serviços de saúde dos estabelecimentos do ensino superior poderão ser criadas, por solicitação da escola e das associações de estudantes, consultas de planeamento familiar para o atendimento dos estudantes do respectivo estabelecimento, onde será assegurado apoio técnico para a utilização dos meios

contraceptivos e, se necessário, o encaminhamento para o centro de saúde da área de influência da escola.

Artigo 7.º

Consultas de planeamento familiar nos locais de trabalho

Nos serviços de saúde existentes nos locais de trabalho a cargo de entidades públicas ou privadas serão garantidas consultas de planeamento familiar para atendimento dos trabalhadores em serviço no respectivo estabelecimento.

Artigo 8.º

Maternidades

Será garantida às puérperas, nas maternidades, informação sobre contracepção, em consulta de planeamento familiar.

CAPÍTULO IV

Interrupção voluntária da gravidez

Artigo 9.º

Prevenção da taxa de repetição da interrupção voluntária da gravidez

O estabelecimento de saúde que tiver efectuado a interrupção voluntária da gravidez, ou o estabelecimento de saúde que tiver atendido qualquer caso de aborto, de aborto tentado ou qualquer das suas consequências, providenciará para que a mulher, no prazo máximo de sete dias, tenha acesso a consulta de planeamento familiar.

Artigo 10.º

Proibição de selectividade

Fica vedada aos estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos, salva justificada carência dos meios técnicos necessários, e sem prejuízo do direito à objecção de consciência dos profissionais de saúde nos termos já consagrados na lei, seleccionar de entre as causas de justificação da interrupção voluntária da gravidez aquelas que, no estabelecimento, serão atendidas para a prática da interrupção, ao abrigo da legislação actual.

Artigo 11.º

Estatísticas

1 — Apenas para fins estatísticos, sem qualquer identificação, e com total garantia da privacidade, todos os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos ficam obrigados a elaborar um relatório semestral a enviar ao Ministério da Saúde de onde constem os abortos espontâneos nos mesmos atendidos, todos os abortos legais nos mesmos praticados, com indicação da causa de justificação, os abortos retidos e os abortos provocados, ou tentativas de aborto, com indicação das consequências dos mesmos, sendo irrelevante eventual desconformidade entre os dados constantes dos mesmos relatórios e o que constar de outros documentos revestidos de publicidade.

2 — Os relatórios deverão ainda mencionar, também sem qualquer identificação, a repetição da interrupção voluntária da gravidez relativamente a cada uma das utentes atendidas, o tempo decorrente entre as interrupções ou tentativas de interrupção efectuadas, o acesso das utentes a consultas do planeamento familiar e métodos contraceptivos pelas mesmas utilizados.

CAPÍTULO V

Disposições finais

Artigo 12.º

Regulamentação

O Governo regulamentará o presente diploma através de decreto-lei, no prazo de 90 dias a contar da sua publicação.

Artigo 13.º

Entrada em vigor e produção de efeitos

O presente diploma entra em vigor no dia imediato ao da sua publicação, produzindo efeitos quanto às normas com repercussão orçamental na data da entrada em vigor da primeira lei do Orçamento posterior àquela publicação.

Aprovada em 24 de Junho de 1999.

O Presidente da Assembleia da República, *António de Almeida Santos*.

Promulgada em 28 de Julho de 1999.

Publique-se.

O Presidente da República, JORGE SAMPAIO.

Referendada em 28 de Julho de 1999.

O Primeiro-Ministro, *António Manuel de Oliveira Guterres*.

ANEXO nº 4

Convocatórias

Exmª Senhora

Venho por este meio solicitar a sua colaboração para um estudo sobre gravidez na adolescência no concelho de Faro. Assim, conto com a sua presença no Centro de Saúde de Faro na rua Brites de Almeida nº 10, 1º esq dia _____ pelas _____ horas, com o objectivo de responder a um pequeno inquérito confidencial.

Grata pela atenção dispensada,

A Assistente Social

(Drª Marina Raposo)

ANEXO nº 5

Ficha Inquérito

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

MESTRADO EM SOCIOLOGIA

AS MÃES ADOLESCENTES DO CONCELHO DE FARO

FICHA INQUÉRITO

1999

Nº	
DATA	/ /

I - IDENTIFICAÇÃO

P 1) Freguesia _____

P 2) Centro de Saúde _____

P 3) Idade da Adolescente _____

P 4) Data de Nascimento _____

P 5) Nacionalidade _____

P 6) Origem Étnica : _____

P 7) Estado Civil:

Solteira	<input type="checkbox"/>
União de facto	<input type="checkbox"/>
Casada (antes)	<input type="checkbox"/>
Casada (depois)	<input type="checkbox"/>
Separada	<input type="checkbox"/>
Viúva	<input type="checkbox"/>

P 8) Habilitações Literárias:

Analfabeta	<input type="checkbox"/>
Ensino Primário Incompleto	<input type="checkbox"/>
Ensino Primário Completo	<input type="checkbox"/>
Ensino Secundário	<input type="checkbox"/>
Superior ou Equivalente	<input type="checkbox"/>

P 9) Números de Filhos _____

P 10) Com quem vive o seu filho?

Mãe
Pai e Mãe
Avós Paternos
Avós Maternos

Instituição : A pedido
Compulsiva
Adopção
Outros _____

P 11) Relate um dia da vida do seu filho

P 12) Idade à data do(s) Nascimento(s) _____

P 13) Sexo do(s) bebé(s) _____

P 14) Posição perante o trabalho:

Estudante
Doméstica
Empregada
Desempregada
Procura 1º emprego
Outra

P15) Se trabalha, que profissão exerce _____

P 16) Tinha conhecimentos sobre Educação Sexual:

SIM
NÃO

P 17) Onde os adquiriu _____

P 18) A Gravidez foi:

Planeada

Não planeada (Desejada)

Não Planeada (Não Desejada)

P 19) Alguma vez foi a consultas de planeamento familiar

SIM
NÃO

P 20) Tinha conhecimento sobre meios contraceptivos

SIM
NÃO

P 21) Sabe / Sabia utilizá-los?

SIM
NÃO

P 21 a) Se sim quem esclareceu? _____

P 22) Quem a aconselhou _____

P 23) Teve acesso a meios contraceptivos

SIM
NÃO

P 24) Quando soube que estava grávida, o que pensou fazer?

P 25) A Gravidez trouxe problemas

SIM
NÃO

P 25a) Se SIM:
Nos Estudos
No Emprego
Com a Família

Quais? _____

**II - ACOMPANHAMENTO/ APOIO DAS INSTITUIÇÕES DE SAÚDE
(ANTES/ DEPOIS)**

P 26) Procurou alguma Instituição _____

P 27) Que Instituição _____

P 28) Com que frequência _____

P 29) Como foi acompanhada/atendida _____

P 30) Durante a Gravidez e após o nascimento do seu filho teve apoio dos
serviços de saúde _____

P 31) Na sua opinião o que faltou _____

P 32) Teve também apoio de alguma instituição particular

SIM
NÃO

P 32 a) Qual ? _____

P 32 b) Que tipo de Apoio? _____

P 33) Quer apresentar alguma sugestão para melhoria dos serviços

III - CARACTERIZAÇÃO SOCIAL

P 34) Constituição da Família _____

P 35) Profissão dos Pais _____

P 36) Instrução dos Pais _____

P 37) Rendimento do Agregado Familiar _____

P 38) Apoio da família durante a gravidez e após o nascimento do bebê

IV – PAI DA CRIANÇA

P 39) Idade _____

P 40) Nacionalidade _____

P 41) Ocupação

Sem ocupação

Estudante

Trabalhador

Outra

P 42) Se é trabalhador, qual a actividade que exerce _____

INTERESSE DO PAI PELO FILHO(S)

P 43) Aceitação da gravidez:

Aceitou
Indiferente

Rejeitou
Desconhece

Observações: _____

P 44) Aceitação do filho:

Aceitou
Indiferente

Rejeitou
Desconhece

P 45) Que tipo de apoio presta o pai do seu filho _____

P 46) Causas do desinteresse _____

V - CONFORTO E ALOJAMENTO

P 47) Tipo de habitação em que vive:

Própria
Alugada
Subalugada
Andar
Moradia
Barraca

P 48) Número de divisões _____

P 49) Número de quartos _____

P 50) Electricidade

SIM	NÃO
-----	-----

P 51) Água domiciliária _____, No quintal _____, Outra _____

P 52) Esgotos _____

P 53) Aquecimento _____

P 54) Existência de WC _____

ANEXO nº 6

Entrevista

P 2) Como quem vive actualmente _____

P 3) Como ocupa os seus tempos livres _____

P 4) Como se dá com os seus pais _____

P 5) Como se dá com o seu companheiro _____

P 6) Como se dá com a família dele _____

P 7) Como se dá com os seus vizinhos _____

P 8) Como se dá com os seus amigos _____

P 9) Quais são os seus planos para o futuro incluindo o seu filho?

PAI DA CRIANÇA

Interesse do pai

P 10) Aceitação da gravidez:

**Aceitou
Indiferente**

**Rejeitou
Desconhece**

Observações: _____

P 11) Aceitação do filho:

**Aceitou
Indiferente**

**Rejeitou
Desconhece**

P 12) Que tipo de apoio presta o pai do seu filho _____

P 13) Causas do desinteresse _____

ANEXO nº 7

Guião para Histórias de Vida

GUIÃO PARA HISTÓRIAS DE VIDA

- Origem Geográfica
- Fase da Infância
- Fase da Adolescência
- Ambiente Social – Família / Relação Pais / Escola / Independência
- Desenvolvimento da Relação Adolescente / Companheiro / Filho

ANEXO nº 8

**Grelha de Transcrição das Entrevistas e
perguntas abertas da Ficha Inquérito**

Entrevista às mães adolescentes do concelho de Faro

Nº	P 1) Descreva o seu dia a dia	P 2) Com quem vive actualmente	P 3) Como ocupa os seus tempos livres	P 4) Como se dá com os seus pais	P 5) Como se dá com o companheiro
1	De manhã levanto-me às 6.30, tenho de começar a trabalhar às 7:00 da manhã. Arrumo o saco com a roupa dela, a comida, mudo-lhe a fralda, visto-a e o meu marido leva-a para a ama. Depois eu saio às 2 horas, vou ter com a minha mãe, faço também umas horas, às 4.30 apanho o autocarro, vou buscá-la à da ama, chego a casa tomo banho, faço a comida estendo a roupa. O meu marido chega às 7.00, comemos, às vezes saímos e deito-me às 10 horas. O meu marido é trabalhador da conferragem, mas agora está à espera de ser chamado para motorista. Eu agora vou mudar de casa, embora seja o mesmo campo, mas tem mais condições.	Eu o meu marido e a minha filha.	Vejo Tv, saio sempre com a minha filha. Engravidei quando namorava há um ano, depois juntei-me um mês depois, agora vou-me casar porque ela também vai ser baptizada. O meu marido estava na tropa quando voltou tinha a menina 7 meses. Por enquanto não queremos ter mais filho, a criança é muito viva. Tenho mais dois irmãos.	Dou-me bem, no início não aceitaram bem a gravidez, mas depois sim, se precisar de alguma coisa eles ajudam.	Dou-me bem, às vezes há guerreias, mas damo-nos bem.
2	De manhã levanto-me dou de comer ao bebé, mudo-lhe a fralda, deixo as coisas preparadas porque depois vou trabalhar. À 1 hora volto, dou-lhe de comer, meto-o a dormir até às 5 horas, depois vem o pai, dá-lhe o lanche, depois eu chego às 7.30 dou-lhe banho, e dou-lhe o jantar e ponho-o a dormir. Durante o dia o bebé fica com o avô o dia todo, o meu marido chega às 5.30 (é servente de pedreiro) e trata dele, eu estou a morar com o meu pai, ele adora ficar com o avô.	Marido, filho, eu e o meu pai.	Faço as limpezas da casa.	Dou-me bem, se precisar de dinheiro, peço emprestado e depois pago, eu partilho nas despesas da casa para a comida.	Agora dou-me bem. Há uns tempos ele foi para Quarteira sem dar uma explicação a mim nem ao bebé e depois lá voltou, foi coisa que passou pela cabeça se eu não telefonasse ele não voltava. Esteve 3 semanas sem vir a casa, sem dar dinheiro ao filho. Isto foi de repente, saiu e por telefone disse-me que já não voltava mais, depois lá voltou, mas não dá explicações. Quando ele se foi embora fui à assistência social para ver se me ajudavam a pôr o meu filho na creche porque o meu pai já estava velhinho, estou a receber o RMG. Eu perdoei, ele participa nas despesas da casa.
3	Trato da casa, levanto-me às 7.00, porque o meu marido tem de ir trabalhar, acordo o meu filho, trato dele, arrumo a casa, faço o almoço, fico em casa. (silêncio) Vejo T.V ele chega às 6.30, faço o jantar.	Eu, marido, filho e uma enteada provisoriamente.	Vejo T.V e leio	Com a minha mãe bem, o meu pai mais ou menos, eu não fui criada com eles. Fui criada com a minha avó (parte de pai), porque eram alguns irmãos. O senhor que está com a minha mãe não é o meu pai, eles estão separados há muito tempo, a mãe ajuda.	Dou-me bem ajuda em tudo.

Nº	P 1) Descreva o seu dia a dia	P 2) Com quem vive actualmente	P 3) Como ocupa os seus tempos livres	P 4) Como se dá com os seus pais	P 5) Como se dá com o companheiro
4	Levanto-me às 5 da manhã, saio ao meio dia, venho para casa, almoço, arrumo a casa, etc. O Vitor fica com o pai de manhã, até às 7 horas e leva-o às 8 para o infantário. Eu trabalho nas limpezas da universidade. Eu às 6 horas vou buscar o meu filho, dou-lhe o lanche, brinco com ele, faço o jantar, dou-lhe banho, vamos ao café.	Eu o meu marido, sogra, sogro, vivo na casa destes.	No fim de semana, vou à paria, vou ao parque, café, vejo TV.	Os meus pais estão separados, tinha eu 6 anos, mas dou-me bem como eles. A minha mãe está cá e o meu pai em França. A minha mãe quando preciso, fica com o meu filho.	Dou-me bem, às vezes há briguinhas, mas tudo bem, ele ajuda na casa, despesas, no filho, em tudo, graças a Deus.
5	Acordo, dou de comer ao meu menino, banho, vou passear com as minhas amigas e o Marco (elas gostam muito dele), faço o almocinho para ele, quem faz sou eu, sopinha, às vezes a minha tia faz a comidinha, depois limpo a casa, arrumo o quarto. Não trabalho	Tia, sobrinha, irmão, eu e o meu filho.	Uma vez fui à discoteca, só comecei a ir com o pai dele, os meus pais não me deixavam. Arranjo a roupa dele, da minha, vejo TV, escrevo cartas aos amigos.	Estão em Lisboa, dou-me bem agora.	Ele não registou o filho, andava com outras mulheres em Lisboa, namorei, fiquei grávida, depois juntei-me e viam morar para o Algarve, separamo-nos quando estava grávida de 2 a 3 meses. Engravidei por descuido, nunca tomei nada, eu sabia, mas tinha vergonha de pedir, porque o médico era conhecido. O Lúcio nasceu cá, enquanto estávamos na casa da minha tia.
6	Levanto-me de manhã, preparo a menina, a mim, a minha vai pô-la no infantário, e eu venho trabalhar para o café, ajudo o meu pai e mãe, arrumo a casa à tarde, a minha mãe vai buscá-la ao infantário, depois dou-lhe banho, o jantar, brincam um bocadinho, deixa-se dormir, depois venho ajudar no café ou vou para casa dos meus vizinhos. Deixei de estudar porque não gosto e os professores são rigorosos. Os meus pais dão-me tudo.	Agora vivo eu e a Marlene, agora a minha mãe está a viver com o meu pai, já estão juntos.	Não tenho muito tempo livre, arrumo a casa, nem para ler.	Dou-me muito bem eles dão-me tudo, o meu pai foi um pouco mais afastado, nunca se interessou muito pela família, agora estão possessivos, têm medo que eu caia outra vez, como já fiquei grávida.	Eu engravidei quando namorava, depois juntei-me durante dois anos, depois separei-me. Ele não se dedicava a mim nem à filha. Ele ganhava e guardava o dinheiro todo para ele. Saía à noite e eu ficava em casa com a minha filha. Eu pensei depois em me separar, a minha filha raramente via o pai. Eu tinha que pedir dinheiro aos meus pais para fraldas. Depois vim morar com a minha mãe. Ele raramente vê a filha. Nós não falamos, os meus irmãos quando eu me separei não aceitaram a situação e foram a favor dele, queriam que eu fosse infeliz mas tivesse com o pai da minha filha, a minha mãe foi a única que me apoiou. Agora estou a namorar com um rapaz, ele adora crianças, ele também tem uma filha.
7	(silêncio) Levanto-me de manhã, arrumo as coisas, ajudo a minha cunhada, trato do meu filho, ajudo-a a fazer o almoço. (silêncio) Dou de comer ao meu filho, lanche, brinco com ele e com o meu sobrinho. Quando não vejo TV durmo a folga. Não trabalho nem estudo.	Eu a minha cunhada, o marido dela e o filho dela, o meu filho e meu marido (que não é o pai do meu filho).	Durmo e vejo TV.	Dou-me bem com eles, mas nem tanto, falo com eles, ao meu pai raramente peço ajuda, mas a minha mãe dá-me tudo quando tem, quando o meu filho era mais pequeno, agora o meu marido trabalha, já não preciso tanto. A minha mãe quando eu estava grávida, às vezes ia à consulta comigo, outra vez ia a minha irmã.	Dou-me bem. Saímos, é responsável, ajuda o meu filho.

Nº	P 1) Descreva o seu dia a dia	P 2) Com quem vive actualmente	P 3) Como ocupa os seus tempos livres	P 4) Como se dá com os seus pais	P 5) Como se dá com o companheiro
8	Levanto-me de manhã (sorrisos), trato do Rafael, ele levanta-se muito cedo, vou para a praia com ele, dou-lhe a sopa, ponho-o a dormir, tenho que ficar com ele. depois chega à noite, dou-lhe a sopa, vamos passear, eu o Rafael, o meu pai, o pai dele e os meu tios que agora cá estão.	Eu o pai do Rafael e o Rafael.	Se tiver alguma coisa para arrumar, vou fazer, passar a ferro, por a máquina a lavar, se não tiver nada para fazer, vejo TV, oiço música, leio.	Bom, com o meu pai ótimo, com a minha mãe é que já é um pouco pior, porque somos do mesmo signo e andamos sempre ao choque. Mas damos-nos mais ou menos. Falo com a minha mãe dos meus desabafos, tudo com ela, por isso que digo dou-me mal mas também bem com ela, porque falo tudo com ela, partilho os meus sentimentos com ela, os meus desabafos todos, se eu preciso de dinheiro eles dão.	(sorrisos) Dou-me mal, mas praticamente mais para o mal do que para o melhor, por causa dele não ligar tanto ao filho como eu queria. A mim não é como era dantes como quando o namorava, às vezes quando bebe trata-me mal, já me bateu, agora já não, a última vez foi no Natal, eu não noto que ele fique arrependido, eu não faço nada, se ele fala comigo que dá um murro nos olhos eu não fico calada e respondo e é isso do filho, chega do trabalho nem um beijo lhe dá, quando o menino começou a andar, nem perguntou se deu o primeiro passo e é muito raro ir passear com ele. Só fica com o filho se tiver mesmo de ser e se tiver muitas pessoas a dizer que tem mesmo de ficar, eu não quero isso, não suporto isso, o que ele faz, mas vamos lá ver até quando.
9	Levanto-me, despacho a mocinha, lavo-a, vamos beber a bica depois de almoço, quando não tenho que sair fico em casa com ela, dorme a folga, faço o jantar, o meu marido sai às quatro e meia e depois fica com ela.	Eu, marido, filha, irmã e sobrinho.	Vejo Tv, arrumo a casa.	Dou-me bem, com a mãe, mora aqui atrás, ajuda-me em tudo o que for preciso, o meu pai não, ele está separado da minha mãe, ele não ajuda em nada nem para os filhos.	Dou-me muito bem. Ajuda-me conversamos muito.
10	Vou trabalhar às 6 da manhã, volto às 3 da tarde, à tarde fico com a Cristiana, dou-lhe o lanche, meto-a na aranha, arrumo a casa, faço o jantar, claro brinco com ela. Ela dorme na casa da minha mãe porque eu não gosto de acordar. Quando estou de folga, de manhã acordo tomo o meu banho, o pequeno almoço, quando a Cristiana acorda, dou-lhe banho, dou-lhe o pequeno almoço, vou passear um bocadinho até ao café, depois venho e trato do almoço. De tarde vou à da minha mãe, arrumo a casa, por volta das 7,8 horas trato do jantar.	Eu o pai e ela.	Ocupo-me a arrumar a casa, a roupa, por a máquina a lavar, leio, vejo televisão e descanso. O trabalho no aeroporto é cansativo.	Com a minha mãe dou-me super bem, com o meu pai como ele é alcoólico, eu não gosto de estar com ele, e só vou lá às vezes nas férias, eu não gosto desse ambiente para a minha filha, eu já participei em pequena e não acho aconselhável para a Cristiana. Eles estavam juntos mas depois separaram-se e eu fui para um colégio para Évora . Depois voltei para a minha mãe, ela arranhou-me aqui trabalho, ajudou-me a equipar a casa. Conheci o meu marido, juntei-me.	Dou-me bem, há aquelas brigas normais, ele é um bom marido na casa com a Cristiana.
11	(Silêncio)...A ver TV, a cuidar dos meus filhos, às vezes vou dar uma volta com eles, e passo assim, arrumo as coisa de casa.	Marido, 2 filhos e o meu pai.	Os meus tempos livres passo às vezes a ler livros ou a ver televisão.	Com o meu pai não me dou muito bem . A gente nunca nos demos bem. Com a minha mãe dou-me bem mas está longe.	Com o meu marido também me dou bem.

Nº	P 1) Descreva o seu dia a dia	P 2) Com quem vive actualmente	P 3) Como ocupa os seus tempos livres	P 4) Como se dá com os seus pais	P 5) Como se dá com o companheiro
12	De manhã faço as coisas, vou às compras, a Débora dorme até às 10 e tal 11 horas, a avó cuida dela enquanto eu vou às compras, entretanto ela já acordou, vou vesti-la, vou lavá-la, dou-lhe leiteinho, ela brinca com a avó ou com os amigos aqui do lado enquanto eu faço o almoço, o meu marido vem comer a casa, depois vai-se embora, arrumo as coisas, vou brincar um bocadinho com ela, vou um bocadinho ao café porque lá estão os miúdos e ela gosta de brincar, é raro ela dormir de tarde, por isso é que ela é mais traquina e dá mais trabalho, anda sempre a fazer mal. Depois lá para as 6 horas o meu pai chega, entretanto o meu marido chega também, brinca com ela no tractor a tratar dos pintos e aí anda, eu vou fazer o jantar, depois dou-lhe banhocas à tardinha, ou com o meu pai, depois vou-a deitar. Agora no Verão aí às 6 horas vamos um bocadinho à praia com ela, gosta da ria.	Pai, avó, marido, eu e Débora.	Faço as coisa de casa, ler é raro, mas nos tempos livres vou às aulas de código, estou tentando tirar a carta, mas ela ocupa-me muito tempo. Eu estou sempre com ela, não tenho muita confiança na minha avó, porque é velhota, quando a minha mãe era viva eu tinha mais tempo para mim. Agora tenho pouco tempo, tenho de andar sempre de roda dela a ver o que ela anda fazendo.	Dou-me bem com o meu pai ele ajuda-me em tudo.	Dou-me bem , conversamos muito com a filha.
13	Levanto-me de manhã, trato da minha filha, dou-lhe o pequeno almoço logo cedo, depois vou pô-la ali à da ama, depois vou trabalhar, e estou o dia inteiro fora, chego à noite tenho que tratar dela, o pai chega vai adiantando o jantar, ponho-a a dormir, e é assim, é sempre a mesma coisa. Agora estou de baixa para ter o segundo filho. Agora estou em casa, vamos até à da tia. Tenho família aqui ao pé. Damos uma voltinha no Verão.	Vivo eu, o meu marido e ela mais ninguém.	Quando trabalho não tenho tempos livres, só o fim de semana e é para tratar da casa, agora de baixa, estou o máximo de tempo com ela para brincar, enquanto ela dorme trato da lida da casa.	Não tenho contacto com eles, eu vivi no refúgio Aboim Ascensão (Instituição que acolhe crianças abandonadas).	Damo-nos bem, ele ajuda em casa, trata da filha, enquanto eu trato do jantar, ele dá-lhe banho, ele ajuda, não é daqueles homens que quando chega a casa, se estende e já não faz nada, não ele ajuda.

Nº	P 1) Descreva o seu dia a dia	P 2) Com quem vive actualmente	P 3) Como ocupa os seus tempos livres	P 4) Como se dá com os seus pais	P 5) Como se dá com o companheiro
14	De manhã levanto-me às 8 horas, dou a comida ao Gonçalo, pronto se tenho alguma coisa para arrumar, arrumo, depois vou sair um bocadinho com ele à rua, depois venho aí pela hora do almoço, para fazer o almoço, dou-lhe comida, depois à tarde ou fico em casa ou saio outra vez. À noite faço o jantar, depois dou-lhe o banho, ele come, às vezes vamos lá abaixo com o pai ou ficamos em casa. O bebé está comigo quando a minha mãe está de folga passamos lá o dia.	Vivo com o meu filho e marido.	Os tempos livres não são muitos, não é, (sorrisos). Gosto muito de ler e escrever, quando ele está a dormir leio e arrumo as coisas, tenho pouco tempo livre (sorrisos).	Dou-me bem, o normal. Sempre que preciso eles ajudam.	Dou-me bem.
15	Em casa a passear, cuidar do filho, levanto-me de manhã, torno o pequeno almoço, compras para fazer o almoço, faço-o de tarde, vou passear um bocado, arrumo as coisa, faço o que tenho a fazer. Depois faço o jantar, dou o jantar ao meu filho, ponho-o a dormir.	Com a minha mãe, irmãos (2), marido, sobrinhos (4), 10 pessoas em casa.	Dedico-me ao meu filho, no tempo livre passeio com o meu filho.	Dou-me bem. A minha ajuda-me em casa, a tratar do filho.	Dou-me bem, um casal sem brigas, não é casal, não é ? Temos as nossas coisas mas dou-me bem, ajuda com o filho, ajuda nas despesas em casa.

N°	P 6) Como se dá com a família dele	P 7) Como se dá com os seus vizinhos	P 8) Como se dá com os seus amigos	P 9) Planos para o futuro	P 10) Aceitação da gravidez
1	Dou-me bem, eles têm mais 4 filhos para ajudarem .	Já tive vizinhos bons quando estiva na outra casa, estes que tenho falam mal e eu não lhes ligo.	No trabalho tenho amigos. A vida pessoal falo com a minha mãe.	Talvez comprar uma casa, gosto de estar a trabalhar na cooperativa, o dinheiro é certo. Quero acabar de tirar o 9º ano para tirar a carta.	Aceitou. Engravidei porque não usava nada
2	Dou-me bem. Convidam-nos para almoçar, se precisamos de dinheiro eles dão.	Dou-me bem, mas não conto com eles.	Só a minha mãe ou irmã mais velha, era com elas que eu conversava da minha gravidez.	Por enquanto não quero ter mais filhos. Ter uma casa nova, onde vivéssemos os 3, um bom trabalho.	Aceitou bem.
3	Dou-me, são meus amigos, se puderem ajudam com dinheiro.	Tenho pouca lidação com eles.	Não tenho amigos, aqui não dá para ter amigos.	Um trabalho para mim, o meu marido está bem, é pedreiro.	Aceitou.
4	Com o meu sogro não me dou muito bem, ele é antiquado e eu não estou para aceitar. A minha sogra é uma jóia, ajuda em tudo, comida e dinheiro.	É só bom dia e boa tarde.	Tenho alguns que falei da minha gravidez, do meu filho, falamos das nossas vidas vemo-nos no café.	Ter uma casa própria, um trabalho melhor para mim, o meu marido está bem, por enquanto não quero ter mais filhos, quero que ele tenha muita saúde.	Foi de acordo comum.
5	Não ajudaram em nada.	Bem, são simpáticos, gostam do miúdo.	Tive uma rapariga muito simpática, levou-me à clínica. Pouco estou com ela agora.	Um trabalhinho para o estado, quero entrar para a polícia, uma casinha e a que a minha actual relação dê certo.	Aceitou bem.
6	Dou-me bem. Só conheço alguns, mas agora estamos mais afastados.	Isto aqui é uma família, damo-nos bem, se preciso de alguma coisa dão-me. Quando engravidei falava, sou aberta.	Amigos, amigos, não tenho. Só os meus pais com quem partilho tudo. Só tenho conhecidos.	Eu vou começar a tirar a carta para sair com a minha filha. Quero continuar a viver aqui perto de todos.	A primeira pessoa a saber foi a minha mãe. Ele aceitou bem.
7	Dou-me bem, são mais amigos que os meus pais, se eu precisar de alguma coisa eles dão.	(Silêncio) Só tenho uma vizinha, tenho pouca lidação com ela.	Já tive muitos amigos e amigas, mas perdi-os todos quando fui mãe.	(Silêncio) Uma casa, um trabalho melhor para o meu marido (é calceteiro), (Silêncio em relação à própria) ele não quer que eu trabalhe.	Quando namorava engravidei e o meu namorado emigrou para França, não acreditou na gravidez, depois ele rejeitou o filho. Quando o filho nasceu continuou tudo igual, dizia às pessoas que o filho não era dele, disse para eu o criar sozinha com os meus pais.
8	Só me dou bem com um irmão dele, com os pais não. A mãe dele fala comigo com cinismo, nunca gostou de mim apesar de ter tirado o filho dela da droga e ela chegar a pôr-se de joelhos e pedir-me ajuda, as irmãs dele são péssimas, mentirosas. O irmão dele é o único que se dá bem com toda a gente, é um homem excepcional. Com o pai dava-me bem, mas agora está acamado, é doente, vou vê-lo, gosto muito dele, faço o meu papcl. Eles ajudam o filho, a mim não. Ela fala das outras e não vê a filha que já vai para o quinto filho, sem condições nenhuma, eu não suporto essas coisas.	Tenho uma família de vizinhos que são espectaculares, gostam muito do Rafael, compram comida para ele e tudo, é como se fosse um filho para eles.	A minha amiga é a minha mãe. O Marco acabou com as minhas amizades todas, eu não posso ter amigos nem amigas. Eu tinha uma amiga que o Marco destruiu a amizade entre nós, acabamos por deixar de nos falar.	(risos-pausa) Uma vida boa, cheia de felicidade era o que eu queria, alegria, eu queria continuar a estudar, não sei se quero continuar assim, há sete anos as coisa não mudam. Tenho 22 ainda não mudou. Eu comecei a namorar com ele tinha 11 anos, tenho 18 e nunca mudou. Tive esperanças quando o filho nascesse, agora não é assim, eu não quero isto para sempre, é muito tempo que o aturo assim, ele só teve bem dois ou três meses. Eu queria que o meu filho estudasse na universidade, ser alguém na vida, eu também queria estudar.	Aceitou.

Nº	P 6) Como se dá com a família dele	P 7) Como se dá com os seus vizinhos	P 8) Como se dá com os seus amigos	P 9) Planos para o futuro	P 10) Aceitação da gravidez
9	Dou-me bem, ajudam a neta quando podem.	Dou-me bem, não tenho razão de queixa, encontramos-nos aqui à porta.	Bem, participaram na minha gravidez, conversamos até agora.	Gostava de lhe dar um bom futuro, queria ter mais um menino, queria que eles tirassem um curso. Eu queria um trabalhinho. O trabalho do meu marido está bem, é músico. A casa gostava de mudar, Ter uma casinha minha e mais barata, são muito caras.	Aceitou.
10	A família dele está na Espanha, mas damo-nos bem.	Bem, com alguns deles.	Dou-me bem. Antes estavam desejosos de ter um bebé, falava com eles, agora estão desejando de estar com ele um bocadinho.	Para mim, planos não tenho nenhuns, quero continuar como tenho continuado até agora, vou fazer tudo para dar à Cristiana o que ela precisar, dar uma melhor educação, alimentação. Outro desejo é trabalho para ambos.	Aceitou.
11	Ainda não conheço a família dele (risos), ainda não fui à terra dele ao Norte.	Com os meus vizinhos dou-me bem, se precisar de alguma coisa eles dão.	Dou-me bem, lido com eles no café. Tenho mais conhecidos.	Um dia melhor.	Não aceitou, o pai do Wilson quando soube que eu estava grávida, quis que eu fizesse um aborto, quando o bebé tinha dois meses deixou-me, fiquei sozinha. Quando o bebé tinha 8 meses juntei-me com o meu actual marido.
12	Dou-me bem, se precisar ficam com a Débora. A família do meu marido é muito unida, são muito amigos uns dos outros, são cinco irmãos, nos Domingos juntamo-nos na janturada.	Tenho os vizinhos afastados, isto é campo.	Dou-me bem, tenho poucos, mas tenho, tenho mais conhecidos, eu falava da gravidez eles ficaram contentes.	Os meus planos foram por água abaixo com a morte da minha mãe. Agora tenho de fazer planos outra vez, vamos casar, comprar casa, andava trabalhando no café, punha a minha filha com a minha mãe. Agora o casamento foi anulado, já não vou comprar casa, fico aqui na casa do meu pai com a minha avó, vamos arranjar a casa para ficarmos cá, não me dá jeito abalar e deixar o meu pai e a minha avó. Eu gostava de trabalhar acho que é uma independência que nós temos. Gosto de falar com as pessoas sobre a gravidez, essas coisas, sem curso sem nada, talvez vá estudar, quero ver se consigo tirar a carta? Conduzir o carrinho que era da minha mãe, ir tomar conta do café com o meu marido e sogra, que agora está alugado, o meu irmão tem a vida dele, mas também se juntou. Tive uma gravidez difícil, adorava ter três filhos, a minha filha não tem facilitado nada, tem sido pestinha desde que nasceu, é um bocado difícil pensar noutro filho mas eu gostava, mas se calhar fico só pelo gostar (sorrisos).	Aceitou

Nº	P 6) Como se dá com a família dele	P 7) Como se dá com os seus vizinhos	P 8) Como se dá com os seus amigos	P 9) Planos para o futuro	P 10) Aceitação da gravidez
13	Dou-me bem. Os pais dele estão no Norte. Com a irmã dele também, mora aqui ao pé ajuda-nos, ela vai para lá no Verão uns dias.	A minha cunhada é que mora aqui, é com quem nos damos.	Os meus amigos são as pessoas do refúgio, eles vêm aqui, tenho amigos que eu desabafo com eles.	É tentar levar uma vida boa, continuar a trabalhar, estou contente com o trabalho onde estou e o meu marido também. Quero uma casa maior que esta está a ficar pequena.	Aceitou.
14	Damo-nos todos bem. A mãe dele é que nos comprou a televisão as estantes se for preciso fica com o meu filho.	Com os meus vizinhos... Estou aqui há um ano e não os conheço bem, mas damo-nos bem, conheço uma ou duas pessoas, não há assim grande lidação de virem cá a casa.	Damo-nos muito bem, de vez em quando vêm cá a casa. Quando estava grávida falava com eles, falo do meu filho. Eu engravidei logo, algumas das minhas amigas afastaram-se porque eu tenho uma vida de mulher casada, não é? Tenho que fazer as coisas de casa, mas tenho algumas eu de vez em quando vêm cá, tenho uma prima do meu marido que de vez em quando vem cá, tem uma menina. Dou-me melhor agora com ele, não é porque ele tem uma menina e a gente fala das mesmas coisas, e pronto tenho outros amigos do meu marido que vêm cá, jantam com a gente, saímos, o normal.	É estudar, conseguir tirar um curso. Quero mudar de casa, o meu marido é engenheiro, quero mais para ele para o filho e para a gente.	Aceitou a gravidez.
15	Dou-me bem com a família dele, se precisar de ajuda, eles ajudam-me a ficar com o meu filho. Dinheiro eles ajudam, eu não deixo o meu filho com ninguém, ainda por cima ele mama, mas se um dia eu precisar eles ficam na boa, elas são minhas amigas.	Dou-me bem, são meus amigos, mas não vou pedir nada, lógico. Não há grande ligação entre nós e os vizinhos, fazemos a nossa vida, falamos bom dia, boa tarde, olá.	Dou-me bem. Se me perguntarem alguma coisa eu falava sobre como estão a correr as coisas com o meu filho.	Ter casa própria, um trabalho, dar um futuro bom ao filho, mas filhos agora não, só quando ele for maiorzinho.	O pai aceitou a gravidez

Nº	P 11) Aceitação do filho	P 12) Que tipo de apoio presta o pai do seu filho	P 13) Causas do desinteresse
1	Ficou contente.	Fica com ela ao Sábado de manhã, muda a fralda, dá-lhe de comer, mete a máquina a lavar, estende a roupa.	
2	Sim, eu estava junta quando engravidei, no início abortei instantaneamente e depois voltei a engravidar outra vez.	Dá-lhe banho quando chega do trabalho, sai às vezes a café, leva-o ao médico, muda a fralda, ajuda-me a tratar do filho.	
3	Aceitou, estava junta e depois combinamos ter uma criança.	Dá-lhe banho, brinca, ajuda o filho.	
4	Aceitou.	Dá todo o apoio, muda a fralda, sai, brinca, veste-o, dá-lhe comida.	
5	Não presta apoio.	Quer fugir das responsabilidades, ele já tem mais um filho de uma outra pessoa. Ele fugiu.	Era o feitiço dele. Nunca andou agarrado à filha. Engravidei por descuido e fui enganada, era novinha, embora tivesse alguns conhecimentos nunca eram os suficientes, ele como mais velho do que eu devia ter mais conhecimentos. Eu e o meu irmão fomos festejar os anos dele, fomos jantar, bebemos vinho, ele levou-me para casa dele e aproveitou-se, sem ver as consequências, ele pensou com interesse pelos bens da minha família, interesse embora ele ganhasse bem. Eu acho que ele gostava de mim à maneira dele.
6	Aceitou. No início era um mar de rosas.	Não presta apoio	
7	Rejeitou-o		Raramente o vem buscar para passar um fim de semana. Ele vai fazer 23 anos mas parece um moço pequeno, ele quando me namorava andava com outras raparigas, eu não tomava nada e ele também não, eu tinha vergonha de ir buscar.
8	Aceitou no início.		Ele não trata dele, nem um medicamento, nem lhe muda a fralda, nem sei se é assim porque o pai dele também foi assim para os filhos, ele parece que não é humano, não tem sentimentos, eu faço tudo, dou-lhe mama, ele tem sempre que sair.
9	Aceitou, acompanhou sempre a gravidez.	Dá-lhe leite conversa com ela, brinca com ela.	
10	Aceitou.	Em todos os aspectos, ajuda-me, brinca com ela, quando chega do trabalho dá-lhe de comer, muda-lhe a fralda e é assim.	
11	O pai não aceitou. Sempre disse que o filho não era dele, o filho não conhece o pai.	Não sei (suspiros), quando ele me deixou foi lá para cima, não sei nada dele, ele não queria filhos, quando fiquei grávida eu não quis fazer aborto, eu não tomava nada, calhou em engravidar.	
12	Aceitou	Ele faz passeios com ela, ele brinca com ela, acho que isso é muito importante, conversa com ela, dá-lhe de comer, banho, veste-a, se eu não puder ir ele vai com ela ao médico, ao hospital, vai sempre, às vezes traz-lhe bonecas, estou satisfeita.	
13	A primeira coisa quando soube que estava grávida foi vir morar com ele e sair do refúgio, depois fizemos a nossa vida normalmente.	Ele dá-lhe banho, quando ela tem consulta, vamos normalmente sempre os dois, quando posso porque agora estou grávida, vai ele, a gente faz assim, brinca com ela, ao fim de semana enquanto eu faço as coisas ele vai passear com ela, é assim, é um bom pai.	
14	Aceitou o filho	Ele presta muito apoio, está sempre na brincadeira com o filho, muda a fralda não tem muito jeito, dá-lhe comida, leva-o ao médico, leva-o a passear.	
15	Aceitou é claro.	É uma alegria para ele (sorrisos). Brinca, dá-lhe banho, de comer, leva-o ao médico, é um pai como uma mãe (sorrisos)	

Nº	P 11) Um dia do seu filho	P 17) Onde os adquiriu	21 a) Quem esclareceu	P 22) Quem a aconselhou	P 24) O que pensou fazer
1	Das 7 da manhã às 5 h está com a ama. O pai de vez em quando lá dá algum apoio à filha. A mãe vai com a filha ao médico.	Escola, tia, Mãe	Televisão, tia	Antes de engravidar não utilizava nada, depois fui ao médico.	Pensei em ir ao médico quando já estava de 9 semanas
2	Passa o dia com a avó e brinca	Não responde	Mãe, amigos mais velhos	Médico	Aceitei e achei que devia seguir com a gravidez
3	Com a mãe, brinca com ele, passeia com ele e se estiver doente vai ao médico	A mãe	Mãe	Médico do HDF	Fiquei feliz
4	Anda num infantário. O pai leva-o ao infantário todas as manhãs, dá-lhe de comer brinca ao fim de semana.	Escola, sogra, mãe, amigas, telenovelas.	Tia	Não responde	Ficou feliz por ter engravidado de propósito e veio logo ao médico com a sogra
5	Come, brinca e leva-o a passear.	Tv, escola, amigas mais velhas, médico de família	Amigos	Só tomou depois de ter o filho e foi a médica de família	Chorei porque não sabia o que havia de fazer, o companheiro quando soube deixou-a
6	Vai para o infantário, brinca com a avó e a família	Escola, mãe	Mãe, Médico	Mãe e médico	Antes não tomava nada e engravidou porque foi enganada no entanto ficou feliz
7	Brinca, dorme a sesta, brinca à tarde de novo com os tios.	A irmã mais velha	Irmã	Não responde	Aceitou
8	Come, dorme, brinca se está doente os dois ajudam	Professoras, amigas e mãe	Médico de Família e mãe	Médico	Fiquei feliz, pensei em ir ao médico mas já estava de 3 meses
9	Dou-lhe Banho, comida e passeia	Mãe, escola, tia	Escola e Meio	De início foi a própria e depois o médico.	Fiquei feliz
10	Passa o dia com a avó e de tarde com a mãe e a avó compartilha, de tarde dá-lhe o lanche, brinca	Mãe, colégio Interno	Médica do Centro de Saúde, Mãe	Médica	Logo no início pensou no aborto, mas depois ficou feliz e resolveu ficar com a filha
11	Durante o dia passa com a mãe e com a outra irmã, por vezes passa uns tempos com a avó no Alentejo. Nada ele está doente e leva a vida no médico. No entanto o actual marido é amigo do filho da adolescente.	Não responde	Médico	Médico	Só soube que estava grávida ao fim dos 3 meses, porque não usava nada por motivos de saúde
12	Levanta-se às 9.30, lava-a, brinca a família brinca com ela, às 12 horas almoça, brinca e lancha. A mãe leva-a ao médico, porque o pai está a trabalhar. Os dois dão o banho.	Mãe, professoras.	Mãe	Mãe	Ficou feliz e foi ao médico
13	Está numa ama	Professoras	A médica ginecologista no refúgio onde estava internada?	Não responde	Como estava internada teve medo, mas depois aceitou
14	Passa o dia com a mãe, sai à rua, brinca, os pais vão ao médico, à 1 hora papa	Escola, T.V. Amigas	Médico	Médica	Ficou feliz, pensou em ir ao médico
15	Brinca, dorme e quando está doente vou com ele ao médico	Médico de família	Médico de família	Médico	Fui ao médico no HDF

Nº	P 25 a) Quais	P 26) P 27) Que instituição	P 28) Com que frequência	P 29) Como foi acompanhada	P 30) Teve apoio dos S. Saúde
1		HDF, Centro de Saúde	Início mês a mês, depois de 15 em 15 dias	Bem	É seguida com a filha temporariamente no HDF
2		HDF	Todos os meses	Bem	Sim
3		HDF	1 vez por mês/1 de 15 em 15 dias	Bem	Sim
4		Centro de Saúde, HDF	Mês a mês e depois diminui o tempo	Tudo bem a tempo e bem explicado	Sim no Centro de Saúde
5	A família não aceitava a relação da adolescente com o pai do bebé.	HDF, Centro de Saúde e Segurança Social	De início mês a mês e depois de quinze em quinze dias	Bem	Sim
6		Centro de Saúde	Mês a mês	Bem	100%
7		Sim, Centro de Saúde	Regular	Bem	Sim
8	Tive de desistir da escola	Centro de Saúde, HDF	Mês a Mês	Bem	Sim
9		HDF	Só em caso de urgência	Sim, bem	Do Hospital de Faro
10		Centro de Saúde	Mês a mês	Bem	Sim, explicaram como tratar do bebé
11		Centro de saúde	Mês a mês	Bem	Sim
12	Os pais não aceitaram logo, na escola acabou ainda grávida e depois deixou	HDF, Centro de Saúde	Ia com regularidade ao HDF e ao Centro de Saúde por motivos de saúde	Bem	Sim
13		Centro de Saúde	Mês a mês	Bem	Sim, articulação entre o refugio e a adolescente
14	Para os estudos e ainda não recomeçou	Centro de Saúde	Mês a mês	Bem, com atenção	Sim, continuo com apoio e ao bebé
15		HPF, Centro de Saúde	Todos os meses	Bem	Sim

Nº	P 31) O que faltou	P 32) Que tipo de apoio	P 33) Sugestões para os serviços	P 34) Constituição da família	P 35) Profissão dos Pais
1	Nada		Mais consultas	Adolescente, marido e filha	O pai é camionista e a mãe é empregada de balcão num café
2	Nada		Na extensão deveriam haver mais médicos, salas para as crianças brincarem	Adolescente, marido, filho, pais, irmãos e amigo	A mãe nas estufas e o pai reformado, o irmão é servente de pedreiro; e a amiga trabalha nas estufas
3	Simpatia e mais apoio amigável			Companheiro, adolescente, filho	O pai é pescador e a mãe é desempregada
4	Nada			Adolescente, sogros, marido e filho	Mãe trabalha nas limpezas no Papa 24, o pai está no estrangeiro e é pedreiro
5			Apoiar mais as mães	Tia e sobrinha	O pai é reformado e a mãe é doméstica.
6	Nada			Adolescente, filha e pais	Trabalham ambos num café
7	Tudo bem			Adolescente, Pais, filho e 3 irmãos	Trabalham nas estufas
8	Nada				O pai trabalha na câmara e a mãe é auxiliar de acção educativa
9	No Centro de Saúde atenção do médico; e dos funcionários			Companheiro, adolescente, filha irmã e sobrinho	A mãe nas limpezas e o pai é pintor
10	Nada		Separar os dias de atendimento a idosos, grávidas e bebés.	Adolescente, marido e filha	A mãe no H.D.F no refeitório o pai é maquinista
11	Nada			Adolescente, 2 filhos, marido e pai	Pai - guarda nocturno
12	No Centro de Saúde mais médicos		Fazer uma equipa de apoio às adolescentes	Adolescente, marido, filha, pai e avó	O pai é motorista
13	Nada		Equipa multidisciplinar	Adolescente, marido e filha	Estava internada no Refúgio Amboim, não tem conhecimento.
14	Nada		Equipa Multidisciplinar	Adolescente, filho e marido	O pai no casino nas máquinas e a mãe numa lavandaria e costura
15	Nada			Adolescente, companheiro, filho, mãe, 4 sobrinhos, 2 irmãs	Doméstica

Nº	P 36) Instrução dos pais	P 37) Rendimento do agregado	P 38) Apoio da família durante e após a gravidez	P 45) Apoio do pai do filho	P 46) Causas do desinteresse
1	Ambos 4ª classe	Adolescente 64, marido 150 e abono da filha 4.420	Os pais aceitaram, compraram algum enxoval e os sogros também ajudaram e ficam com a filha	Dá-lhe banho, muda-lhe a fralda, dá-lhe de comer, fica com ela quando a mãe não está ao Sábado de manhã.	
2	Mãe 3ª classe e pai analfabeto	Mãe 70, pai	Sim	Dá-lhe banho, comida e brinca	
3	Pai - 4ª classe e mãe 2ª classe	O marido 160 mensal	Sim ofereciam roupa, se necessitar apoiam.	Dá-lhe banho, brinca, dá-lhe comer, muda a fralda	
4	Pais 4ª classe	Abono do filho, adolescente 60, marido 75	Apoiaram em tudo, enxoval, comida, casa e tratar do bebé	Dá-lhe comida, muda a fralda, dá-lhe banho e brinca	
5	Pai 2º ano e mãe 4ª classe	Adolescente RMG 34.000, abono 14.000 da tia, abono da sobrinha 4000	Não, só da tia		
6	Pais 4ª classe	200.000	Teve apoio, dinheiro, educação, arranjou infantário, sustenta a adolescente e a filha, trabalho também no café.	Nenhum	Não sabe
7	Mãe 2ª classe e pai 3ª classe	Pai 60, mãe 40, a adolescente recebe RMG, abono do filho 3.000 O irmão recebe 1000.	Apoiaram, aceitaram bem	De vez em quando compra alimentos para a adolescente e para o filho	O pai duvida que seja o pai do bebé, o pai do menor tinha o hábito de ajudar a adolescente num período em que estiveram juntos
8	Pais 4ª classe	Pai 70 e a mãe 50	Sim ajudam em tudo para a adolescente e para o bebé	Muda a fralda, dá-lhe de comer, brinca com ele leva-o a passear	
9	Pais 4ª classe	Companheiro 80, filho 14 e requereu RMG mas não recebeu ainda	Sim, fraldas, leite, roupa, dinheiro	Passa, dá-lhe comer e brinca	
10	Pais 4ª classe	Adolescente 72.500 o marido 60.000 abono de 14.730	Sim .A família deu-lhe, alimentos, medicamentos. Depois do nascimento, trataram da adolescente, filha, a mãe da adolescentes comprou enxoval, dinheiro, alimentos e fraldas.	Brinca, muda a fralda, dá-lhe de comer e leva-a a passear	
11	4ª classe	Pai, 120, marido 140, abono dos filhos	Sim, compraram o enxoval	Nenhum, o actual marido da adolescente é que ajuda	Não sabe, depois de 4 anos juntos e 2 meses do filho ter nascido, deixou a adolescente, não quer trabalhar e esta a cargo da família da adolescente. Fica com o dinheiro quando trabalha.
12	Ambos o 5º ano	Marido 72, pai 100, avó pensão de 30, filha abono de 4420	A família no início não aceitou mas depois já.	Partilha as tarefas com a esposa	
13		Adolescente 75 o marido 120 e o bebé o abono	Sim, o refúgio Aboim Ascenção deu-lhe-lhe o enxoval, cama e papás.	Ajuda a adolescente nas tarefas e vai com ela ao hospital	
14	Pais 4ª classe	Abono do filho 4000 marido 120.000	Pais e sogros mantiveram o casal e o filho de tudo	Acompanha o filho em tudo	
15	4ª classe	40 RMG da mãe, 40 de uma irmã RMG, num outro trabalho 60, abono 11 e o marido 75	Sim em termos de alimentação, habitação e dinheiro	Leva-o a passear, dá-lhe papa e brinca	

ANEXO nº 9

**Grelha de Categorização das perguntas abertas
da Ficha Inquérito e da Entrevista**

CATEGORIZAÇÃO DAS PERGUNTAS ABERTAS DA FICHA INQUÉRITO

Quest. Nº	INDICADORES				
	UM DIA DO SEU FILHO - P 11		P 17 - Onde os adquiriu	21 a) Quem a esclareceu	P 22) Quem a aconselhou
	PERMANENCIA DIÁRIA	ROTINAS DIÁRIAS	AGENTES DE EDUCAÇÃO SEXUAL		
1	Ama <ul style="list-style-type: none"> • Das 7 da manhã às 5 está com a ama 	Saúde <ul style="list-style-type: none"> • Vai com o a filha ao médico 	Agentes de Educação formal, sub-sistema parental e Meios de comunicação social <ul style="list-style-type: none"> • Escola, lia, Mãe 	Meios de comunicação social <ul style="list-style-type: none"> • Televisão, lia 	Agentes de Saúde <ul style="list-style-type: none"> • Médico
2	Avó <ul style="list-style-type: none"> • Passa o dia com a avó 	Lúdicas <ul style="list-style-type: none"> • Brinca 	Não responde	Grupo de pares e sub-sistema parental <ul style="list-style-type: none"> • Mãe ...amigos 	Agentes de Saúde <ul style="list-style-type: none"> • Médico
3	Mãe <ul style="list-style-type: none"> • Está implícito no texto 	Lúdicas e de saúde <ul style="list-style-type: none"> • Brinca, passeia... e se estiver doente vai ao médico 	Sub-sistema parental <ul style="list-style-type: none"> • Mãe 	Sub-sistema parental <ul style="list-style-type: none"> • Mãe 	Agentes de Saúde <ul style="list-style-type: none"> • Médico do HDF
4	Infantário <ul style="list-style-type: none"> • Anda num infantário 	Alimentação e Lúdicas <ul style="list-style-type: none"> • Dá-lhe de comer e brinca ao fim de semana 	Agentes de Educação formal, sub-sistema parental e Meios de comunicação <ul style="list-style-type: none"> • Escola, sogra, mãe, amigas, telenovelas 	Sistema familiar alargado <ul style="list-style-type: none"> • Tia 	Não responde
5	Mãe <ul style="list-style-type: none"> • Está implícito no texto 	Alimentação e lúdicas <ul style="list-style-type: none"> • Come, brinca e leva-o a passear 	Agentes de Educação formal, meios de comunicação social e Agentes de Saúde <ul style="list-style-type: none"> • TV, escola, amigas mais velhas, médico de família 	Grupo de Pares <ul style="list-style-type: none"> • Amigos 	Agentes de Saúde <ul style="list-style-type: none"> • ... Médica de Família
6	Infantário <ul style="list-style-type: none"> • Vai para o infantário 	Lúdicas <ul style="list-style-type: none"> • Brinca... 	Agentes de Educação formal e sub-sistema parental <ul style="list-style-type: none"> • Escola, mãe 	Sub-sistema parental e Agentes de Saúde <ul style="list-style-type: none"> • Mãe e Médico 	Agentes de Saúde e Sub-sistema parental <ul style="list-style-type: none"> • Mãe e médico
7	Mãe <ul style="list-style-type: none"> • Está implícito no texto 	Lúdicas <ul style="list-style-type: none"> • Brinca...Brinca à tarde • De Sono • Dorme a sesta 	Sub-sistema fraternal <ul style="list-style-type: none"> • A irmã mais velha 	Sub-sistema fraternal <ul style="list-style-type: none"> • A irmã 	Não responde
8	Mãe <ul style="list-style-type: none"> • Está implícito no texto 	Alimentação, Lúdicas e de sono <ul style="list-style-type: none"> • Come, dorme, brinca 	Agentes de Educação Formal, grupo de pares e sub-sistema parental <ul style="list-style-type: none"> • Professoras, amigas, Mãe 	Sub-sistema parental e Agentes de Saúde <ul style="list-style-type: none"> • Médico de família e Mãe 	Agentes de Saúde <ul style="list-style-type: none"> • Médico
9	Mãe <ul style="list-style-type: none"> • Está implícito no texto 	Alimentação, Higiene e Lúdicas <ul style="list-style-type: none"> • Dou-lhe banho, comida e passeia 	Agentes de Educação Formal, sub-sistema parental e sistema familiar alargado <ul style="list-style-type: none"> • Mãe, escola e tia 	Agentes de Educação Formal <ul style="list-style-type: none"> • Escola 	Agentes de Saúde <ul style="list-style-type: none"> • Médico

Quest. Nº	INDICADORES				
	UM DIA DO SEU FILHO - P11		P 17 - Onde os adquiriu	21 a) Quem a esclareceu	P22) Quem a aconselhou
	PERMANENCIA DIÁRIA	ROTINAS DIÁRIAS	AGENTES DE EDUCAÇÃO SEXUAL		
10	Avó <ul style="list-style-type: none"> Passa o dia com a avó 	Alimentação e Lúdicas <ul style="list-style-type: none"> Dá-lhe o lanche e brinca 	Agentes de Educação formal e sub-sistema parental <ul style="list-style-type: none"> Mãe, colégio Interno 	Sub-sistema parental e Agentes de Saúde <ul style="list-style-type: none"> Médica do Centro de saúde, mãe 	Agentes de Saúde <ul style="list-style-type: none"> Médico
11	Mãe <ul style="list-style-type: none"> Com a mãe 	Cuidados de saúde <ul style="list-style-type: none"> Nada ele está doente e leva a vida no médico 	Não responde	Agentes de Saúde <ul style="list-style-type: none"> Médico 	Agentes de Saúde <ul style="list-style-type: none"> Médico
12	Mãe Está implícito no texto	Alimentação, Lúdicas, de sono, de higiene e saúde Brinca, almoça, lancha, leva-a ao médico...dão o banho.	Agentes de Educação formal e sub-sistema parental <ul style="list-style-type: none"> Mãe e professoras 	Sub-sistema parental <ul style="list-style-type: none"> Mãe 	Sub-sistema parental <ul style="list-style-type: none"> Mãe
13	Ama Está numa ama	Não refere	Agentes de Educação formal, <ul style="list-style-type: none"> Professoras 	Agentes de Saúde <ul style="list-style-type: none"> Médica ginecologista 	Não responde
14	Mãe <ul style="list-style-type: none"> Passa o dia com a mãe 	Alimentação, Lúdicas e de Saúde <ul style="list-style-type: none"> Sai à rua, brinca, vai ao médico, à 1 hora papa 	Agentes de Educação formal, meios de comunicação social e grupo de pares <ul style="list-style-type: none"> Escola, TV, amigas 	Agentes de Saúde <ul style="list-style-type: none"> Médico 	Agentes de Saúde <ul style="list-style-type: none"> Médico
15	Mãe <ul style="list-style-type: none"> Está implícito no texto 	Lúdicas, de sono e de saúde <ul style="list-style-type: none"> Brinca e dorme e quando está doente vou com ele ao médico 	Agentes de Saúde <ul style="list-style-type: none"> Médico de família 	Agentes de Saúde <ul style="list-style-type: none"> Médico de Família 	Agentes de Saúde <ul style="list-style-type: none"> Médico

CATEGORIZAÇÃO DAS PERGUNTAS ABERTAS

Quest. Nº	INDICADORES				
	P 24) O que pensou fazer?	P 25 a) Quais	P 26) 27) Que Instituição	P 28) Com que frequência	P 29) Como foi acompanhada
	Atitude face à gravidez	Consequências	APOIO INSTITUCIONAL		
1	Aceitação • Pensei em ir ao médico quando já estava de 9 semanas		Instituições da área da saúde • HDF, Centro de Saúde	Mensalmente • Início mês a mês, depois de 15 em 15 dias.	Avaliação Positiva • Bem
2	Aceitação • Aceitei e achei que devia continuar com a gravidez		Instituições da área da saúde • HDF	Mensalmente • Todos os meses	Avaliação Positiva • Bem
3	Aceitação • Fiquei feliz		Instituições da área da saúde • HDF	Mensalmente • 1 vez por mês/15 em 15 dias	Avaliação Positiva • Bem
4	Aceitação • Fiquei feliz...		Instituições da área da saúde • Centro de Saúde ,HDF	Mensalmente • Mês a mês e depois diminuí o tempo.	Avaliação Positiva • Tudo bem a tempo e bem explicado
5	Indecisão • Chorei, porque não sabia o que havia de fazer, o companheiro quando soube deixou-a	Aceitação Familiar Negativa • A minha família não aceitava a minha relação com o pai do meu filho	Instituições da área da saúde e Segurança Social • HDF, Centro de Saúde e Segurança Social.	Mensalmente • Mês a mês, e depois de quinze em quinze dias.	Avaliação Positiva • Bem
6	Indecisão • Logo de início pensei em fazer aborto mas depois fiquei feliz e resolvi ficar com a filha.		Instituições da área da saúde • Centro de Saúde	Mensalmente • Mês a mês	Avaliação Positiva • Bem
7	Aceitação • Aceitei		Instituições da área da saúde • Centro de Saúde	Mensalmente • Regular	Avaliação Positiva • Bem
8	Aceitação • Fiquei feliz...	Abandono Escolar • Tive de desistir da escola	Instituições da área da saúde • Centro de Saúde ,HDF	Mensalmente • Mês a mês	Avaliação Positiva • Bem
9	Aceitação • Fiquei feliz		Instituições da área da saúde • HDF	Em situações de urgência • Só em caso de urgência	Avaliação Positiva • Bem
10	Aceitação • Fiquei feliz...		Instituições da área da saúde • Centro de Saúde	Mensalmente • Mês a mês	Avaliação Positiva • Bem
11	Conformidade • Só soube que estava grávida ao fim dos 3 meses...		Instituições da área da saúde • Centro de Saúde	Mensalmente • Mês a mês	Avaliação Positiva • Bem

Quest. Nº	INDICADORES				
	P 24) O que pensou fazer?	P 25 a) Quais	P 26) 27) Que Instituição	P 28) Com que frequência	P 29) Como foi acompanhada
	Atitude face à gravidez	Consequências	APOIO INSTITUCIONAL		
12	Aceitação • ...fiquei feliz...	Aceitação Familiar Negativa • Os meus pais não aceitaram logo...	Instituições da área da saúde • HDF, Centro de Saúde	Mensalmente • Ia com regularidade (mensalmente) ao HDF e ao Centro de Saúde por motivos de saúde	Avaliação Positiva • Bem
13	Medo • Como estava internada tive medo, mas depois aceitei		Instituições da área da saúde • Centro de Saúde	Mensalmente • Mês a mês	Avaliação Positiva • Bem
14	Aceitação • Fiquei feliz...	Abandono Escolar • Parei os estudos e ainda não recomecei	Instituições da área da saúde • Centro de Saúde ,HDF	Mensalmente • Mês a mês	Avaliação Positiva • Bem, com atenção
15	Aceitação • Fui ao médico no HDF		Instituições da área da saúde • HDF, Centro de Saúde	Mensalmente • Todos os meses	Avaliação Positiva • Bem

CATEGORIZAÇÃO DAS PERGUNTAS ABERTAS

Quest. N°	INDICADORES				
	P 30) Teve apoio do C. Sa- úde	P 31) O que faltou?	P 33) Sugestões para os Serviços	P 34) Constituição da Fa- mília	P 35) Profissão dos Pais
	APOIO INSTITUCIONAL			CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR	
1	Não • É seguida com a filha no HDF	Nada	Aumento do nº de Consultas • Mais consultas	Família Nuclear • Adolescente, marido e filha.	Pai - Operadores de instalações e máquinas Mãe -Pessoal de serviços e vendedores O pai é camionista e a mãe é empregada de balcão num café
2	Sim	Nada		Família Alargada • Adolescente, marido, filho, pais, irmãos e amigo.	Pai- reformado Mãe- Trabalhadores não qualificados A mãe nas estufas e o pai reformado, o irmão é servente de pedreiro; e a amiga trabalha nas estufas
3	Sim	Mais empatia nas relações interpessoais • Simpatia e mais apoio amiúdo.		Família Nuclear • Companheiro, adolescente, filho.	Pai- Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pesca Mãe- Desempregada O pai é pescador e a mãe é desempregada
4	Sim	Nada		Família Alargada • Adolescente, sogros, marido e filho.	Pai - Emigrante Mãe - Trabalhador não qualificado Mãe trabalha nas limpezas no Papa 24, o pai está no estrangeiro e é pedreiro
5	Sim		Criação de Equipa multidisciplinar • Apoiar mais as mães	Família Alargada • Tia e sobrinha e filha.	Pai- reformado Mãe Doméstica O pai é reformado e a mãe é doméstica.
6	Sim • 100%	Nada		Família Alargada • Adolescente, filha e pais.	Pai e Mãe -Pessoal de serviços e vendedores Trabalham ambos num café
7	Sim	Nada		Família Alargada • Adolescente, pais, filho e 3 irmãos	Pai e Mãe - Trabalhador não qualificado Trabalham nas estufas
8	Sim	Nada		Família Nuclear • Eu, o pai do Rafael e o Rafael	Pai e Mãe -Pessoal dos Serviços e vendedores O pai trabalha na câmara e a mãe é auxiliar de acção educativa

Quest. Nº	INDICADORES				
	P 30) Teve apoio do C. Saúde	P 31) O que faltou?	P 33) Sugestões para os Serviços	P 34) Constituição da Família	P 35) Profissão dos Pais
	APOIO INSTITUCIONAL			CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR	
9	Não • Do HDF	Mais empatia nas relações interpessoais • No Centro de Saúde atenção do médico; e dos funcionários	Aumento do nº de médicos e melhoria das instalações • ...deveriam haver mais médicos, salas para as crianças brincarem	Família Alargada • Companheiro, Adolescente, filha, irmã e sobrinho irmãos.	Pai - Operários e Artífices e profissões similares Mãe - Trabalhador não qualificado A mãe nas limpezas e o pai é pintor
10	Sim • Explicaram como tratar o bebé.	Nada	Alterar a forma de organização do atendimento • Separar os dias de atendimento a idosos, grávidas e bebés.	Família Nuclear • Adolescente, marido. e filha.	Pai - Operadores de instalações e máquinas Mãe -Pessoal dos Serviços e vendedores A mãe no H.D.F no refeitório o pai é maquinista
11	Sim	Nada		Família Alargada • Adolescente, 2 filhos, marido e pai	Pai - Trabalhador não qualificado Pai - guarda nocturno
12	Sim	Médicos • No Centro de saúde mais médicos	Criação de Equipa multidisciplinar • Fazer uma equipa de apoio às adolescentes	Família Alargada • Adolescente, sogros, marido e filho	Mãe - Doméstica Doméstica
13	Sim • Articulação entre o refúgio e a adolescente	Nada	Criação de Equipa multidisciplinar • Equipa multi-disciplinar	Família Nuclear • Adolescente, marido e filha.	
14	Sim • Continuo com apoio e ao bebé	Nada	Criação de Equipa multidisciplinar Equipa multi-disciplinar	Família Nuclear • Adolescente, filha e marido.	Pai - Pessoal administrativo e similares. Mãe - Trabalhadores não qualificados O pai trabalho no casino nas máquinas e a mãe na lavandaria e na costura.
15	Sim	Nada		Família Alargada • Adolescente, companheiro, filho, mãe, 4 sobrinhos, 2 irmãs.	Mãe -Doméstica

CATEGORIZAÇÃO DAS PERGUNTAS ABERTAS

Quest. Nº	INDICADORES				
	P 36) Instrução dos pais	P 37) Rendimento do Agregado	P 38) Apoio da família	P 45) Apoio do pai do filho	P 46) Causas do desinteresse
	CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA DE ORIGEM		APOIOS DA ADOLESCENTE		
1	<p>1º ciclo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambos 4ª classe 	141.000\$00 - 240.000\$00	<p>Apoio material (financeiro, roupas, fraldas)</p> <p>... compraram algum enxoval e os sogros também ajudaram ...</p> <p>Apoio afectivo</p> <p>...e ficam com a filha</p>	<p>Apoio nas rotinas diárias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dá-lhe banho, muda a fralda, dá-lhe de comer, fica com ela quando a mãe não está... 	
2	<p>1º ciclo incompleto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mãe 3ª classe • Analfabeto • Pai analfabeto 	41.000\$00 - 90.000\$00		<p>Apoio nas rotinas diárias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dá-lhe banho, comida e brinca 	
3	<p>1º ciclo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pai, 4ª classe <p>1º ciclo incompleto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mãe 2ª classe 	141.000\$00 - 190.000\$00	<p>Apoio material (financeiro, roupas, fraldas)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofereciam roupa, se necessitar apoiam 	<p>Apoio nas rotinas diárias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dá-lhe banho, brinca, dá-lhe comer, muda a fralda. 	
4	<p>1º ciclo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pais 4ª classe 	91.000\$00 - 140.000\$00	<p>Apoio material (financeiro, roupas, fraldas)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... em tudo, enxoval, comida, casa. <p>Apoio afectivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... e tratar do bebé 	<p>Apoio nas rotinas diárias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dá-lhe comida, muda a fralda, dá-lhe banho e brinca 	
5	<p>2º ciclo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pai 2º ano <p>1º ciclo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mãe 4ª classe 	41.000\$00 - 90.000\$00			
6	<p>1º ciclo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pais 4ª classe 	141.000\$00 - 240.000\$00	<p>Apoio material (financeiro, roupas, fraldas)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teve apoio, dinheiro, educação (arranjou infantário), sustenta a adolescente... 	Nenhum	Não sabe
7	<p>1º ciclo incompleto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mãe 2ª Classe e pai 3ª classe 	41.000\$00 - 90.000\$00	<p>Apoio afectivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoiaram, aceitaram bem 	<p>Apoio material esporádico</p> <ul style="list-style-type: none"> • ... de vez em quando compra alimentos 	<p>Dúvidas acerca da paternidade</p> <ul style="list-style-type: none"> • O pai dúvida que seja o pai do bebé

Quest. Nº	INDICADORES				
	P 36) Instrução dos pais	P 37) Rendimento do Agregado	P 38) Apoio da família	P 45) Apoio do pai do filho	P 46) Causas do desinteresse
			APOIOS DA ADOLESCENTE		
8	1º ciclo • Pais, 4ª classe	91.000\$00 - 140.000\$00	Apoio material (financeiro, roupas, fraldas) • Ajudam em tudo para mim e para o bebé	Apoio nas rotinas diárias • Muda a fralda, dá-lhe de comer, brinca com ele leva-o a passear.	
9	1º ciclo • Pais, 4ª classe	91.000\$00 - 140.000\$00	Apoio material (financeiro, roupas, fraldas) • ... Fraldas, leite, roupa dinheiro	Apoio nas rotinas diárias • Passeia, dá-lhe comer e brinca	
10	1º ciclo • Pais 4ª classe	141.000\$00 - 240.000\$00	Apoio material (financeiro, roupas, fraldas) • ... alimentos, dicamentos, comprou enxoval, heiro, alimentos e fraldas. Apoio afectivo • ...trataram da adolescente e da filha	Apoio nas rotinas diárias • Brinca, muda a fralda, dá-lhe de comer e leva-a a passear	
11	1º ciclo • 4ª Classe	141.000\$00 - 240.000\$00	Apoio material (financeiro, roupas, fraldas) • Compraram o enxoval	Nenhum • O meu actual marido é que ajuda	Não sabe
12	2º ciclo incompleto Ambos o 5º ano	141.000\$00 - 240.000\$00		Apoio Total • Partilha as tarefas com a esposa	
13		91.000\$00 - 140.000\$00	Apoio material (financeiro, roupas, fraldas) • o refúgio Aboim Ascensão, deu-lhe enxoval, cama e papás.	Apoio Total • Ajuda a adolescente nas tarefas e vai com ela ao hospital	
14	1º ciclo • Pais 4ª classe	91.000\$00 - 140.000\$00	Apoio material (financeiro, roupas, fraldas) • ... os pais e os sogros mantiveram o casal e o filho de tudo.	Apoio Total • Acompanha o filho em tudo	

Quest. Nº	INDICADORES				
	P 36) Instrução dos pais	P 37) Rendimento do Agregado	P 38) Apoio da família	P 45) Apoio do pai do filho	P 46) Causas do desinteresse
			APOIOS DA ADOLESCENTE		
15	1º ciclo <ul style="list-style-type: none"> • 4ª classe 	91.000\$00 - 140.000\$00	Apoio material (financeiro, roupas, fraldas) <ul style="list-style-type: none"> • Alimentação, habitação e dinheiro 	Apoio nas rotinas diárias <ul style="list-style-type: none"> • Leva-o a passear, dá-lhe papa e brinca. 	

CATEGORIZAÇÃO DAS PERGUNTAS ABERTAS DA ENTREVISTA

Quest. Nº	INDICADORES				
	P1) Descreva o seu dia a dia	P2) Com quem vive actualmente	P3) Como ocupa os seus tempos livres	P4) Como se dá com os seus pais?	P5) Como se dá com o seu companheiro
	Tipologia de ocupação diária	Tipo de família	Tipos de actividades - tempos livres	Tipologia de relações	
1	Laboral, maternal e doméstica "...tenho de começar a trabalhar às 7:00 da manhã. Arrumo o saco com a roupa dela, a comida.. faço a comida estendo a roupa. "	Família nuclear Eu o meu marido e a minha filha.	Actividades de lazer no espaço doméstico Actividades maternas "Vejo Tv, saio sempre com a minha filha. "	Relação Positiva com ambos os progenitores Atitude de apoio de ambos os progenitores "Dou-me bem...se precisar de alguma coisa eles ajudam."	Relação Positiva "Dou-me bem, às vezes há guerreas, mas damo-nos bem."
2	Laboral, maternal e doméstica "...dou de comer ao bebé, mudo-lhe a fralda, deixo as coisas preparadas porque depois vou trabalhar. "	Família alargada Marido, filho, eu e o meu pai.	Actividades domésticas "Faço as limpezas da casa."	Relação Positiva com ambos os progenitores Atitude de apoio de ambos os progenitores "Dou-me bem, se precisar de dinheiro, peço emprestado e depois pago, eu partilho nas despesas da casa para a comida."	Relação problemática "Agora dou-me bem. Há uns tempos ele foi para Quarteira sem dar uma explicação a mim nem ao bebé e depois lá voltou, foi coisa que passou pela cabeça se eu não telefonasse ele não voltava. Esteve 3 semanas sem vir a casa, sem dar dinheiro ao filho. Isto foi de repente, saiu e por telefone disse-me que já não voltava mais, depois lá voltou, mas não dá explicações. Quando ele se foi embora fui à assistência social para ver se me ajudavam a pôr o meu filho na creche porque o meu pai já estava velho, estou a receber o RMG. Eu perdoei, ele participa nas despesas da casa."
3	Maternal e doméstica "Trato da casa ...acordo o meu filho, trato dele, arrumo a casa, faço o almoço, fico em casa."	Família reconstituída Eu, marido, filho e uma enteada provisoriamente.	Actividades de lazer no espaço doméstico Vejo T.V e leio	Relação Positiva com a figura materna Relação intermédia com a figura paterna Separação dos pais na família de origem "Com a minha mãe bem, o meu pai mais ou menos, eu não fui criada com eles. Fui criada com a minha avó (parte de pai), porque eram alguns irmãos. O senhor que está com a minha mãe não é o meu pai, eles estão separados há muito tempo, a mãe ajuda."	Relação Positiva Dou-me bem ajuda em tudo.
4	Laboral, maternal e doméstica "Levanto-me às 5 da manhã, saio ao meio dia, venho para casa, almoço, arrumo a casa , etc... Eu trabalho nas limpezas da universidade. Eu às 6 horas vou buscar o meu filho, dou-lhe o lanche, brinco com ele, faço o jantar, dou-lhe banho..."	Família alargada Eu o meu marido, sogra, sogro, vivo na casa destes.	Actividades de lazer no espaço doméstico Actividades de lazer no exterior No fim de semana, vou à paria, vou ao parque, café, vejo TV.	Relação Positiva com ambos os progenitores Separação dos pais na família de origem "Os meus pais estão separados, tinha eu 6 anos, mas dou-me bem como eles. A minha mãe está cá e o meu pai em França. A minha mãe quando preciso,	Relação Positiva "Dou-me bem, às vezes há briguinhas, mas tudo bem, ele ajuda na casa, despesas, no filho, em tudo , graças a Deus."

Quest. Nº	INDICADORES				fica com o meu filho"
	P1) Descreva o seu dia a dia	P2) Com quem vive actualmente	P3) Como ocupa os seus tempos livres	P4) Como se dá com os seus pais?	P5) Como se dá com o seu companheiro
	Tipologia de ocupação diária	Tipo de família	Tipos de actividades - tempos livres	Tipologia de relações	
5	<p>Maternal e doméstica</p> <p>"Acordo, dou de comer ao meu menino, banho...faço o almocinho para ele ... depois limpo a casa, arrumo o quarto "</p>	<p>Família alargada</p> <p>Tia, sobrinha, irmão, eu e o meu filho.</p>	<p>Actividades domésticas Actividades de lazer no espaço doméstico</p> <p>"...Uma vez fui à discoteca, só comecei a ir com o pai dele, os meus pais não me deixavam. Arranjo a roupa dele, da minha, vejo TV, escrevo cartas aos amigos..."</p>	<p>Relação Positiva com ambos os progenitores</p> <p>"...dou-me bem agora."</p>	<p>Não existe relação</p> <p>"Ele não registou o filho, andava com outras mulheres em Lisboa, namorei, fique grávida, depois juntei-me e viam morar para o Algarve, separamo-nos quando estava grávida de 2 a 3 meses. Engravidiei por descuido, nunca tomei nada, eu sabia, mas tinha vergonha de pedir, porque o médico era conhecido. O Lúcio nasceu cá, enquanto estávamos na casa da minha tia."</p>
6	<p>Laboral, maternal e doméstica</p> <p>"...preparo a menina, a mim, a minha vai pô-la no infantário, e eu venho trabalhar para o café, ajudo o meu pai e mãe, arrumo a casa à tarde, a minha mãe vai buscá-la ao infantário, depois dou-lhe banho, o jantar, brincam um bocadinho ... "</p>	<p>Família monoparental</p> <p>Agora vivo eu e a Marlene...</p>	<p>Actividades domésticas</p> <p>"Não tenho muito tempo livre, arrumo a casa..."</p>	<p>Relação Positiva com ambos os progenitores Atitude de apoio</p> <p>"Dou-me muito bem eles dão-me tudo, o meu pai foi um pouco mais afastado, nunca se interessou muito pela família..."</p>	<p>Não existe relação</p> <p>"Eu engravidiei quando namorava , depois juntei-me durante dois anos, depois separei-me. Ele não se dedicava a mim nem à filha . Ele ganhava e guardava o dinheiro todo para ele. Saía à noite e eu ficava em casa com a minha filha. Eu pensei depois em me separar, a minha filha raramente via o pai. Eu tinha que pedir dinheiro aos meus pais para fraldas. Depois vim morar com a minha mãe. Ele raramente vê a filha. Nós não falamos, os meus irmãos quando eu me separei não aceitaram a situação e foram a favor dele, queriam que eu fosse infeliz mas tivesse com o pai da minha filha, a minha mãe foi a única que me apoiou. Agora estou a namorar com um rapaz, ele adora crianças, ele também tem uma filha."</p>
7	<p>Maternal e doméstica</p> <p>"... arrumo as coisas, ajudo a minha cunhada, trato do meu filho, ajudo-a a fazer o almoço. (silêncio) Dou de comer ao meu filho, lanche, brinco com ele e com o meu sobrinho..."</p>	<p>Família alargada</p> <p>Eu a minha cunhada, o marido dela e o filho dela, o meu filho e meu marido (que não é o pai do meu filho).</p>	<p>Actividades de lazer no espaço doméstico</p> <p>Durmo e vejo TV.</p>	<p>Relação Positiva com ambos os progenitores Atitude de apoio da figura materna</p> <p>"Dou-me bem com eles, mas nem tanto, falo com eles, ao meu pai raramente peço ajuda, mas a minha mãe dá-me tudo quando tem ..."</p>	<p>Relação Positiva</p> <p>Dou-me bem. Salmos, é responsável, ajuda o meu filho.</p>

Quest. Nº	INDICADORES				
	P1) Descreva o seu dia a dia	P2) Com quem vive actualmente	P3) Como ocupa os seus tempos livres	P4) Como se dá com os seus pais?	P5) Como se dá com o seu companheiro
	Tipologia de ocupação diária	Tipo de família	Tipos de actividades - tempos livres	Tipologia de relações	
8	<p>Maternal e doméstica "...trato do Rafael, ele levanta-se muito cedo, vou para a praia com ele, dou-lhe a sopa, ponho-o a dormir, tenho que ficar com ele, depois chega à noite, dou-lhe a sopa, vamos passear..."</p>	<p>Família nuclear Eu o pai do Rafael e o Rafael.</p>	<p>Actividades domésticas Actividades de lazer no espaço doméstico Se tiver alguma coisa para arrumar, vou fazer, passar a ferro, por a máquina a lavar, se não tiver nada para fazer, vejo TV, oiço música, leio.</p>	<p>Relação Positiva com a figura paterna Relação Intermédia com a figura materna Atitude de apoio de ambos os progenitores "Bom, com o meu pai ótimo, com a minha mãe é que já é um pouco pior, porque somos do mesmo signo e andamos sempre ao choque. Mas damos mais ou menos. Falo com a minha mãe dos meus desabafos, tudo com ela, por isso que digo dou-me mal mas também bem com ela, porque falo tudo com ela, partilho os meus sentimentos com ela, os meus desabafos todos, se eu preciso de dinheiro eles dão..."</p>	<p>Relação problemática (sorrisos) Dou-me mal, mas praticamente mais para o mal do que para o melhor, por causa dele não ligar tanto ao filho como eu queria. A mim não é como era dantes como quando o namorava, às vezes quando bebe trata-me mal, já me bateu, agora já não, a última vez foi no Natal, eu não noto que ele fique arrependido, eu não faço nada, se ele fala comigo que dá um murro nos olhos eu não fico calada e respondo e é isso do filho, chega do trabalho nem um beijo lhe dá, quando o menino começou a andar, nem perguntou se deu o primeiro passo e é muito raro ir passear com ele. Só fica com o filho se tiver mesmo de ser e se tiver muitas pessoas a dizer que tem mesmo de ficar, eu não quero isso, não suporto isso, o que ele faz, mas vamos lá ver até quando.</p>
9	<p>Maternal e doméstica "...despacho a mocinha, lavo-a quando não tenho que sair fico em casa com ela, dorme a folga, faço o jantar..."</p>	<p>Família alargada Eu, marido, filha, irmã e sobrinho.</p>	<p>Actividades Domésticas Actividades de lazer no espaço doméstico Vejo Tv, arrumo a casa.</p>	<p>Relação Positiva com a figura materna Relação Negativa com a figura paterna Separação dos pais na família de origem Atitude de apoio da figura materna " Dou-me bem, com a mãe, mora aqui atrás, ajuda-me em tudo o que for preciso, o meu pai não, ele está separado da minha mãe, ele não ajuda em nada nem para os filhos "</p>	<p>Relação Positiva "Dou-me muito bem. Ajuda-me conversamos muito."</p>

Quest. Nº	INDICADORES				
	P1) Descreva o seu dia a dia	P2) Com quem vive actualmente	P3) Como ocupa os seus tempos livres	P4) Como se dá com os seus pais?	P5) Como se dá com o seu companheiro
	Tipologia de ocupação diária	Tipo de família	Tipos de actividades - tempos livres	Tipologia de relações	
10	Laboral, maternal e doméstica "Vou trabalhar às 6 da manhã, volto às 3 da tarde, à tarde fico com a Cristiana, dou-lhe o lanche, meto-a na aranha, arrumo a casa, faço o jantar, claro brinco com ela..."	Família nuclear Eu o pai e ela.	Actividades domésticas Actividades de lazer no espaço doméstico "Ocupo-me a arrumar a casa, a roupa, por a máquina a lavar, leio, vejo televisão e descanso..."	Relação Positiva com a figura materna Relação negativa com a figura paterna Separação dos pais na família de origem Atitude de apoio da figura materna "Com a minha mãe dou-me super bem, com o meu pai como ele é alcoólico, eu não gosto de estar com ele, e só vou lá às vezes nas férias, eu não gosto desse ambiente para a minha filha, eu já participei em pequena e não acho aconselhável para a Cristiana. Eles estavam juntos mas depois separaram-se e eu fui para um colégio para Évora . Depois voltei para a minha mãe, ela arranjou-me aqui trabalho, ajudou-me a equipar a casa. Conheci o meu marido, juntei-me."	Relação Positiva "Dou-me bem, há aquelas brigas normais, ele é um bom marido na casa com a Cristiana."
11	Maternal e doméstica "(Silêncio)...A ver TV, a cuidar dos meus filhos, às vezes vou dar uma volta com eles, e passo assim, arrumo as coisa de casa."	Família nuclear Marido, 2 filhos e o meu pai.	Actividades de lazer no espaço doméstico "Os meus tempos livres passo às vezes a ler livros ou a ver televisão"	Relação Positiva com a figura materna Relação negativa com a figura paterna Separação dos pais na família de origem "Com o meu pai não me dou muito bem . A gente nunca nos demos bem. Com a minha mãe dou-me bem mas está longe."	Relação Positiva "Com o meu marido também me dou bem."
12	Maternal e doméstica De manhã faço as coisas, vou às compras, a Débora dorme até às 10 e tal 11 horas...vou vesti-la, vou lavá-la, dou-lhe leitinho... arrumo as coisas, vou brincar um bocadinho com ela ... eu vou fazer o jantar, depois dou-lhe bathocas à tardinha, ou com o meu pai, depois vou-a deitar"	Família alargada Pai, avó, marido, eu e Débora.	Actividades domésticas "Faço as coisa de casa, ler é raro, mas nos tempos livres vou às aulas de código, estou tentando tirar a carta..."	Relação Positiva com a figura paterna Atitude de apoio da figura paterna "Dou-me bem com o meu pai ele ajuda-me em tudo."	Relação Positiva "Dou-me bem , conversamos muito com a filha."

Quest. Nº	INDICADORES				
	P1) Descreva o seu dia a dia	P2) Com quem vive actualmente	P3) Como ocupa os seus tempos livres	P4) Como se dá com os seus pais?	P5) Como se dá com o seu companheiro
	Tipologia de ocupação diária	Tipo de família	Tipos de actividades - tempos livres	Tipologia de relações	
13	Laboral, maternal e doméstica "...trato da minha filha, dou-lhe o pequeno almoço logo cedo ... depois vou trabalhar, e estou o dia inteiro fora, chego à noite tenho que tratar dela, o pai chega vai adiantando o jantar, ponho-a a dormir, e é assim, é sempre a mesma coisa "	Família nuclear Vivo eu, o meu marido e ela mais ninguém.	Actividades domésticas Actividades maternas "Quando trabalho não tenho tempos livres, só o fim de semana e é para tratar da casa ... estou o máximo de tempo com ela para brincar, enquanto ela dorme trato da lida da casa."	Não se aplica "Não tenho contacto com eles, eu vivi no refúgio Aboim Ascensão (Instituição que acolhe crianças abandonadas)."	Relação Positiva "Damo-nos bem, ele ajuda em casa, trata da filha, enquanto eu trato do jantar, ele dá-lhe banho, ele ajuda, não é daqueles homens que quando chega a casa, se estende e já não faz nada, não ele ajuda."
14	Maternal e doméstica "De manhã levanto-me às 8 horas, dou a comida ao Gonçalo, pronto se tenho alguma coisa para arrumar, depois vou sair um bocadinho com ele à rua, depois venho aí pela hora do almoço, para fazer o almoço, dou-lhe comida, depois à tarde ou fico em casa ou saio outra vez. À noite faço o jantar, depois dou-lhe o banho, ele come"	Família nuclear Vivo com o meu filho e marido.	Actividades domésticas Actividades de lazer no espaço doméstico Os tempos livres não são muitos, não é, (sorrisos). Gosto muito de ler e escrever, quando ele está a dormir leio e arrumo as coisas, tenho pouco tempo livre (sorrisos).	Relação Positiva com ambos os progenitores Atitude de apoio de ambos os progenitores "Dou-me bem, o normal. Sempre que preciso eles ajudam."	Relação Positiva "Dou-me bem."
15	Maternal e doméstica "Em casa a passear, cuidar do filho, levanto-me de manhã, tomo o pequeno almoço, compras para fazer o almoço, faço-o de tarde, vou passear um bocado, arrumo as coisa, faço o que tenho a fazer. Depois faço o jantar, dou o jantar ao meu filho, ponho-o a dormir."	Família alargada Com a minha mãe, irmãos (2), marido, sobrinhos (4), 10 pessoas em casa.	Actividades maternas Dedico-me ao meu filho, no tempo livre passeio com o meu filho.	Relação Positiva com ambos os progenitores Atitude de apoio de ambos os progenitores "Dou-me bem. A minha ajuda-me em casa, a tratar do filho."	Relação Positiva "Dou-me bem, um casal sem brigas, não é casal, não é ? Temos as nossas coisas mas dou-me bem, ajuda com o filho, ajuda nas despesas em casa."

CATEGORIZAÇÃO DAS PERGUNTAS ABERTAS DA ENTREVISTA

Quest. Nº	INDICADORES				
	P 6) Como se dá com a família dele	P 7) Como se dá com os seus vizinhos	P 8) Como se dá com os seus amigos	P 9) Planos para o futuro	P 10) Aceitação da gravidez
	Tipologia de relações			Tipos de Planos Futuros	
1	Relação positiva com os sogros "Dou-me bem..."	Relação negativa "Já tive vizinhos bons quando estava na outra casa, estes que tenho falam mal e eu não lhes ligo."	Inexistência de amigos Comunicação privilegiada com o núcleo familiar "No trabalho tenho amigos. A vida pessoal falo com a minha mãe."	Planos materiais associados à vida doméstica Planos de crescimento pessoal associados à educação "Talvez comprar uma casa, gosto de estar a trabalhar na cooperativa, o dinheiro é certo. Quero acabar de tirar o 9º ano para tirar a carta."	Aceitação Positiva "Aceitou. Engravidei porque não usava nada"
2	Relação positiva com os sogros Atitude de apoio de ambos os sogros "Dou-me bem. Convidam-nos para almoçar, se precisamos de dinheiro eles dão."	Relação positiva sem inter-ajuda "Dou-me bem, mas não conto com eles."	Inexistência de amigos Comunicação privilegiada com o núcleo familiar "Só a minha mãe ou irmã mais velha, era com elas que eu conversava da minha gravidez."	Planos materiais associados à vida doméstica Planos associados a melhorias no plano laboral "Por enquanto não quero ter mais filhos. Ter uma casa nova, onde vivéssemos os 3, um bom trabalho."	Aceitação Positiva "Aceitou bem."
3	Relação positiva com os sogros Atitude de apoio dos sogros "Dou-me, são meus amigos, se puderem ajudam com dinheiro."	Relação inexistente "Tenho pouca ligação com eles."	Inexistência de amigos "Não tenho amigos, aqui não dá para ter amigos."	Planos associados a melhorias no plano laboral "Um trabalho para mim, o meu marido está bem, é pedreiro."	Aceitação Positiva "Aceitou."
4	Relação positiva com a sogra Relação intermédia com o sogro Atitude de apoio por parte da sogra Com o meu sogro não me dou muito bem, ele é antiquado e eu não estou para aceitar. A minha sogra é uma jóia, ajuda em tudo, comida e dinheiro.	Relação inexistente "É só bom dia e boa tarde."	Relação positiva/pouco profunda "Tenho alguns que falei da minha gravidez, do meu filho, falamos das nossas vidas vemo-nos no café."	Planos materiais associados à vida doméstica Planos associados a melhorias no plano laboral "Ter uma casa própria, um trabalho melhor para mim, o meu marido está bem, por enquanto não quero ter mais filhos, quero que ele tenha muita saúde"	Aceitação Positiva "Foi de acordo comum."
5	Relação negativa com os sogros Não existe apoio "Não ajudaram em nada."	Relação positiva sem inter-ajuda "Bem, são simpáticos, gostam do miúdo."	Inexistência de amigos "Tive uma rapariga muito simpática, levou-me à clínica. Pouco estou com ela agora."	Planos materiais associados à vida doméstica Planos associados a melhorias no plano laboral Planos associados à relação conjugal "Um trabalhinho para o estado, quero entrar para a polícia, uma casinha e a que a minha actual relação dê certo."	Aceitação Positiva "Aceitou bem."
6	Relação positiva com os sogros "Dou-me bem. Só conheço alguns, mas agora estamos mais afastados."	Relação positiva com interajuda "Isto aqui é uma família, damo-nos bem, se preciso de alguma coisa dão-me. Quando engravidei falava, sou aberta."	Inexistência de amigos Comunicação privilegiada com o núcleo familiar "Amigos, amigos, não tenho. Só os meus pais com quem partilho tudo. Só tenho conhecidos."	Planos associados à relação maternal Planos associados à relação familiar "Eu vou começar a tirar a carta para sair com a minha filha. Quero continuar a viver aqui perto de todos."	Aceitação Positiva "A primeira pessoa a saber foi a minha mãe. Ele aceitou bem."

Quest. Nº	INDICADORES				
	P 6) Como se dá com a família dele	P 7) Como se dá com os seus vizinhos	P 8) Como se dá com os seus amigos	P 9) Planos para o futuro	P 10) Aceitação da gravidez
	Tipologia de relações			Tipos de Planos Futuros	
7	<p>Relação positiva com os sogros</p> <p>Atitude de apoio dos sogros</p> <p>"Dou-me bem, são mais amigos que os meus pais, se eu precisar de alguma coisa eles dão."</p>	<p>Relação inexistente</p> <p>"(Silêncio) Só tenho uma vizinha, tenho pouca lidação com ela."</p>	<p>Inexistência de amigos</p> <p>"Já tive muitos amigos e amigas, mas perdi-os todos quando fui mãe."</p>	<p>Planos materiais associados à vida doméstica</p> <p>Planos associados a melhorias no plano laboral</p> <p>"(Silêncio) Uma casa, um trabalho melhor para o meu marido (é calceteiro), (Silêncio) em relação à própria) ele não quer que eu trabalhe."</p>	<p>Rejeição</p> <p>"Quando namorava engravidei e o meu namorado emigrou para França, não acreditou na gravidez, depois ele rejeitou o filho. Quando o filho nasceu continuou tudo igual, dizia às pessoas que o filho não era dele, disse para eu o criar sozinha com os meus pais."</p>
8	<p>Relação positiva com o cunhado</p> <p>Relação negativa com a sogra</p> <p>Relação positiva com o sogro</p> <p>Relação negativa com as cunhadas</p> <p>"Só me dou bem com um irmão dele, com os pais não. A mãe dele fala comigo com cinismo, nunca gostou de mim apesar de ter tirado o filho dela da droga e ela chegar a pôr-se de joelhos e pedir-me ajuda, as irmãs dele são péssimas, mentirosas. O irmão dele é o único que se dá bem com toda a gente, é um homem excepcional. Com o pai dava-me bem, mas agora está acamado, é doente, vou vê-lo, gosto muito dele, faço o meu papel. Eles ajudam o filho, a mim não. Ela fala das outras e não vê a filha que já vai para o quinto filho, sem condições nenhuma, eu não suporto essas coisas"</p>	<p>Relação positiva com interajuda</p> <p>"Tenho uma família de vizinhos que são espectaculares, gostam muito do Rafael, compram comida para ele e tudo, é como se fosse um filho para eles."</p>	<p>Inexistência de amigos</p> <p>Comunicação privilegiada com o núcleo familiar</p> <p>"A minha amiga é a minha mãe. O Marco acabou com as minhas amizades todas, eu não posso Ter amigos nem amigas. Eu tinha uma amiga que o Marco destruiu a amizade entre nós, acabamos por deixar de nos falar."</p>	<p>Planos de crescimento pessoal associados à educação</p> <p>Planos relacionados à relação maternal</p> <p>"(risos-pausa) Uma vida boa, cheia de felicidade era o que eu queria, alegria, eu queria continuar a estudar, não sei se quero continuar assim, há sete anos as coisas não mudam. Tenho 22 ainda não mudou. Eu comecei a namorar com ele tinha 11 anos, tenho 18 e nunca mudou. Tive esperanças Quando o filho nascesse, agora não é assim, eu não quero isto para sempre, é muito tempo que o aturo assim, ele só teve bem dois ou três meses. Eu queria que o meu filho estudasse na universidade, ser alguém na vida, eu também queria estudar."</p>	<p>Aceitação Positiva</p> <p>"Aceitou."</p>
9	<p>Relação positiva com os sogros</p> <p>Atitude de apoio dos sogros</p> <p>"Dou-me bem, ajudam a neta quando podem."</p>	<p>Relação positiva sem inter-ajuda</p> <p>"Dou-me bem, não tenho razão de queixa, encontramos-nos aqui à porta."</p>	<p>Relação positiva/ profunda</p> <p>"Bem, participaram na minha gravidez, conversamos até agora."</p>	<p>Planos materiais associados à vida doméstica</p> <p>Planos associados a melhorias no plano laboral</p> <p>Planos relacionados à relação maternal</p> <p>"Gostava de lhe dar um bom futuro, queria ter mais um menino, queria que eles tirassem um curso. Eu queria um trabalhinho. O trabalho do meu marido está bem, é músico. A casa gostava de mudar, ter uma casinha minha e mais barata, são muito caras."</p>	<p>Aceitação Positiva</p> <p>"Aceitou."</p>

Quest. Nº	INDICADORES				
	P 6) Como se dá com a família dele	P 7) Como se dá com os seus vizinhos	P 8) Como se dá com os seus amigos	P 9) Planos para o futuro	P 10) Aceitação da gravidez
	Tipologia de relações			Tipos de Planos Futuros	
10	Relação positiva com os sogros "A família dele está na Espanha, mas damo-nos bem."	Relação positiva parcial "Bem, com alguns deles."	Relação positiva/profunda "Dou-me bem. Antes estavam desejosos de ter um bebé, falava com eles, agora estão desejando de estar com ele um bocadinho."	Planos associados a melhorias no plano laboral Planos relacionados à relação maternal Para mim, planos não tenho nenhuns, quero continuar como tenho continuado até agora, vou fazer tudo para dar à Cristiana o que ela precisar, dar uma melhor educação, alimentação. Outro desejo é trabalho para ambos.	Aceitação Positiva "Aceitou."
11	Não se aplica "Ainda não conheço a família dele (risos), ainda não fui à terra dele ao Norte."	Relação positiva com inter-ajuda "Com os meus vizinhos dou-me bem, se precisar de alguma coisa eles dão."	Relação positiva/pouco profunda "Dou-me bem, lido com eles no café. Tenho mais conhecidos."	Planos associados a melhorias em termos gerais Um dia melhor.	Rejeição Não aceitou, o pai do Wilson quando soube que eu estava grávida, quis que eu fizesse um aborto, quando o bebé tinha dois meses deixou-me, fiquei sozinha. Quando o bebé tinha 8 meses juntei-me com o meu actual marido."
12	Relação positiva com os sogros Atitude de apoio dos sogros "Dou-me bem, se precisar ficam com a Débora. A família do meu marido é muito unida, são muito amigos uns dos outros, são cinco irmãos, nos Domingos juntamo-nos na jantarada."	Relação inexistente "Tenho os vizinhos afastados, isto é campo."	Relação positiva/pouco profunda "Dou-me bem, tenho poucos, mas tenho, tenho mais conhecidos, eu falava da gravidez eles ficaram contentes."	Planos materiais associados à vida doméstica Planos associados a melhorias no plano laboral Planos de crescimento pessoal associados à educação Planos relacionados à relação maternal Os meus planos foram por água abaixo com a morte da minha mãe. Agora tenho de fazer planos outra vez, famos casar, comprar casa, andava trabalhando no café, punha a minha filha com a minha mãe. Agora o casamento foi anulado, já não vou comprar casa, fico aqui na casa do meu pai com a minha avó, vamos arranjar a casa para ficarmos cá, não me dá jeito abalar e deixar o meu pai e a minha avó. Eu gostava de trabalhar acho que é uma independência que nós temos. Gosto de falar com as pessoas sobre a gravidez, essas coisas, sem curso sem nada, talvez vá estudar, quero ver se consigo tirar a carta? Conduzir o carrinho que era da minha mãe, ir tomar conta do café com o meu marido e sogra, que agora está alugado, o meu irmão tem a vida dele, mas também se juntou. Tive uma gravidez difícil,	Aceitação Positiva "Aceitou"

				adorava ter três filhos, a minha filha não tem facilitado nada, tem sido pestinha desde que nasceu, é um bocado difícil pensar noutra filho mas eu gostava, mas se calhar fico só pelo gostar (sorrisos).	
Quest. Nº	INDICADORES				
	P 6) Como se dá com a família dele	P 7) Como se dá com os seus vizinhos	P 8) Como se dá com os seus amigos	P 9) Planos para o futuro	P 10) Aceitação da gravidez
	Tipologia de relações			Tipos de Planos Futuros	
13	<p>Relação positiva com os sogros Atitude de apoio da cunhada</p> <p>"Dou-me bem. Os pais dele estão no Norte. Com a irmã dele também, mora aqui ao pé ajuda-nos, ela vai para lá no Verão uns dias."</p>	<p>Relação inexistente</p> <p>"A minha cunhada é que mora aqui, é com quem nos damos."</p>	<p>Relação positiva/profunda</p> <p>"Os meus amigos são as pessoas do refúgio, eles vêm aqui, tenho amigos que eu desabafo com eles."</p>	<p>Planos materiais associados à vida doméstica</p> <p>Planos associados a melhorias no plano laboral</p> <p>É tentar levar uma vida boa, continuar a trabalhar, estou contente com o trabalho onde estou e o meu marido também. Quero uma casa maior que esta está a ficar pequena.</p>	<p>Aceitação Positiva</p> <p>"Aceitou."</p>
14	<p>Relação positiva com os sogros Atitude de apoio dos sogros</p> <p>"Damo-nos todos bem. A mãe dele é que nos comprou a televisão as estantes se for preciso fica com o meu filho."</p>	<p>Relação positiva sem interajuda</p> <p>"Com os meus vizinhos... Estou aqui há um ano e não os conheço bem, mas damo-nos bem, conheço uma ou duas pessoas, não há assim grande lidação de virem cá a casa."</p>	<p>Relação positiva/pouco profunda</p> <p>"Damo-nos muito bem, de vez em quando vêm cá a casa. Quando estava grávida falava com eles, falo do meu filho. Eu engravidei logo, algumas das minhas amigas afastaram-se porque eu tenho uma vida de mulher casada, não é? Tenho que fazer as coisas de casa, mas tenho algumas eu de vez em quando vêm cá, tenho uma prima do meu marido que de vez em quando vem cá, tem uma menina. Dou-me melhor agora com ele, não é porque ele tem uma menina e a gente fala das mesmas coisas, e pronto tenho outros amigos do meu marido que vêm cá, jantam com a gente, saímos, o normal."</p>	<p>Planos de crescimento pessoal associados à educação</p> <p>Planos associados a melhorias no plano laboral</p> <p>É estudar, conseguir tirar um curso. Quero mudar de casa, o meu marido é engenheiro, quero mais para ele para o filho e para a gente.</p>	<p>Aceitação Positiva</p> <p>"Aceitou a gravidez."</p>
15	<p>Relação positiva com os sogros Atitude de apoio dos sogros</p> <p>"Dou-me bem com a família dele, se precisar de ajuda, eles ajudam-me a ficar com o meu filho. Dinheiro eles ajudam, eu não deixo o meu filho com ninguém, ainda por cima ele mama, mas se um dia eu precisar eles ficam na boa, elas são minhas amigas."</p>	<p>Relação positiva sem interajuda</p> <p>"Dou-me bem, são meus amigos, mas não vou pedir nada, lógico. Não há grande ligação entre nós e os vizinhos, fazemos a nossa vida, falamos bom dia, boa tarde, olá."</p>	<p>Relação positiva/ profunda</p> <p>"Dou-me bem. Se me perguntarem alguma coisa eu falava sobre como estão a correr as coisas com o meu filho."</p>	<p>Planos materiais associados à vida doméstica</p> <p>Planos associados a melhorias no plano laboral</p> <p>Planos relacionados à relação maternal</p> <p>Ter casa própria, um trabalho, dar um futuro bom ao filho, mas filhos agora não, só quando ele for maiorzinho.</p>	<p>Aceitação Positiva</p> <p>"O pai aceitou a gravidez"</p>

CATEGORIZAÇÃO DAS PERGUNTAS ABERTAS DA ENTREVISTA

Quest. Nº	INDICADORES		
	P 11) Aceitação do filho	P 12) Que tipo de apoio presta o pai do seu filho	P 13) Causas do desinteresse
Categories	Atitude do pai		
1	Atitude Positiva Ficou contente.	Apoio nas tarefas domésticas Apoio nas rotinas da criança Fica com ela ao Sábado de manhã, muda a fralda, dá-lhe de comer, mete a máquina a lavar, estende a roupa.	
2	Atitude Positiva Sim, eu estava junta quando engravidei, no início abortei instantaneamente e depois voltei a engravidar outra vez.	Apoio nas rotinas da criança Dá-lhe banho quando chega do trabalho, sai às vezes a café, leva-o ao médico, muda a fralda, ajuda-me a tratar do filho.	
3	Aceitou, estava junta e depois combinamos ter uma criança.	Dá-lhe banho, brinca, ajuda o filho.	
4	Atitude Positiva Aceitou.	Apoio nas rotinas da criança Dá todo o apoio, muda a fralda, sai, brinca, veste-o, dá-lhe comida.	
5	Atitude Negativa Não presta apoio.	Não presta apoio Quer fugir das responsabilidades, ele já tem mais um filho de uma outra pessoa. Ele fugiu.	Factores relacionados com a personalidade Era o feito dele. Nunca andou agarrado à filha. Engravidei por descuido e fui enganada, era novinha, embora tivesse alguns conhecimentos nunca eram os suficientes, ele como mais velho do que eu devia ter mais conhecimentos. Eu e o meu irmão fomos festejar os anos dele, fomos jantar, bebemos vinho, ele levou-me para casa dele e aproveitou-se, sem ver as consequências, ele pensou com interesse pelos bens da minha família, interesse embora ele ganhasse bem. Eu acho que ele gostava de mim à maneira dele.
6	Atitude Positiva Aceitou. No início era um mar de rosas.	Não presta apoio	
7	Atitude Negativa Rejeitou-o	Não presta apoio	Imaturidade Raramente o vem buscar para passar um fim de semana. Ele vai fazer 23 anos mas parece um moço pequeno, ele quando me namorava andava com outras raparigas, eu não tomava nada e ele também não, eu tinha vergonha de ir buscar.
8	Atitude Positiva Aceitou no início.	Não presta apoio	Referência ao modelo parental da família de origem Ele não trata dele, nem um medicamento, nem lhe muda a fralda, nem sei se é assim porque o pai dele também foi assim para os filhos, ele parece que não é humano, não tem sentimentos, eu faço tudo, dou-lhe mama, ele tem sempre que sair.
9	Atitude Positiva Aceitou, acompanhou sempre a gravidez.	Apoio nas rotinas da criança Dá-lhe leite conversa com ela, brinca com ela.	
10	Atitude Positiva Aceitou.	Apoio nas rotinas da criança Em todos os aspectos, ajuda-me, brinca com ela, quando chega do trabalho dá-lhe de comer, muda-lhe a fralda e é assim.	

11	Atitude Negativa O pai não aceitou. Sempre disse que o filho não era dele, o filho não conhece o pai.	Não presta apoio Não sei (suspiros), quando ele me deixou foi lá para cima, não sei nada dele, ele não queria filhos, quando fiquei grávida eu não quis fazer aborto, eu não tomava nada, calhou em engravidar.	
Quest. Nº	INDICADORES		
	P 11) Aceitação do filho	P 12) Que tipo de apoio presta o pai do seu filho	P 13) Causas do desinteresse
	Atitude do pai		
12	Atitude Positiva Aceitou	Apoio nas rotinas da criança Ele faz passeios com ela, ele brinca com ela, acho que isso é muito importante, conversa com ela, dá-lhe de comer , banho, veste-a, se eu não puder ir ele vai com ela ao médico, ao hospital, vai sempre, às vezes traz-lhe bonecas, estou satisfeita.	
13	Atitude Positiva A primeira coisa quando soube que estava grávida foi vir morar com ele e sair do refúgio, depois fizemos a nossa vida normalmente.	Apoio nas rotinas da criança Ele dá-lhe banho, quando ela tem consulta, vamos normalmente sempre os dois, quando posso porque agora estou grávida, vai ele, a gente faz assim, brinca com ela, ao fim de semana enquanto eu faço as coisas ele vai passear com ela, é assim, é um bom pai.	
14	Atitude Positiva Aceitou o filho	Apoio nas rotinas da criança Ele presta muito apoio, está sempre na brincadeira com o filho, muda a fralda não tem muito jeito, dá-lhe comida, leva-o ao médico, leva-o a passear.	
15	Atitude Positiva Aceitou é claro.	Apoio nas rotinas da criança É uma alegria para ele (sorrisos). Brinca, dá-lhe banho, de comer, leva-o ao médico, é um pai como uma mãe (sorrisos)	

freguesia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	S. Pedro	6	40,0	40,0	40,0
	Montenegro	2	13,3	13,3	53,3
	Sé	4	26,7	26,7	80,0
	Stª Bárbara de Nexe	1	6,7	6,7	86,7
	Conceição de Faro	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Centro de Saúde

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Faro	9	60,0	60,0	60,0
	Penha	1	6,7	6,7	66,7
	Stª Bárbara de Nexe	1	6,7	6,7	73,3
	Montenegro	2	13,3	13,3	86,7
	Conceição de Faro	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Idade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	17	2	13,3	13,3	13,3
	18	5	33,3	33,3	46,7
	19	5	33,3	33,3	80,0
	20	2	13,3	13,3	93,3
	21	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Ano do Nascimento

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1975	1	6,7	6,7	6,7
	1977	1	6,7	6,7	13,3
	1978	2	13,3	13,3	26,7
	1979	2	13,3	13,3	40,0
	1980	4	26,7	26,7	66,7
	1981	3	20,0	20,0	86,7
	1982	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Nacionalidade

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Portuguesa	15	100,0	100,0	100,0

Raça Etnica

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Branca	15	100,0	100,0	100,0

Estado civil

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Solteira	2	13,3	13,3	13,3
União de facto	11	73,3	73,3	86,7
Casada (depois)	1	6,7	6,7	93,3
Separada	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Habilitações Literárias

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1º ciclo completo	1	6,7	6,7	6,7
1º ciclo incompleto	2	13,3	13,3	20,0
2º ciclo	3	20,0	20,0	40,0
3º ciclo	2	13,3	13,3	53,3
Secundário	7	46,7	46,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Nº de Filhos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	14	93,3	93,3	93,3
2	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Com quem vive o seu filho

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Pais e avós maternos	2	13,3	13,3	13,3
Mãe e avós maternos	1	6,7	6,7	20,0
Pais, irmã, cunhado e sobrinho	2	13,3	13,3	33,3
Pais	6	40,0	40,0	73,3
Pais e Avós paternos	2	13,3	13,3	86,7
Mãe	1	6,7	6,7	93,3
Mãe, tia e sobrinha	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Idade à data do nascimento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 16	4	26,7	26,7	26,7
17	7	46,7	46,7	73,3
18	2	13,3	13,3	86,7
19	2	13,3	13,3	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Sexo dos bebés

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Masculino	8	53,3	53,3	53,3
Feminino	7	46,7	46,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Situação perante o trabalho

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Doméstica	7	46,7	46,7	46,7
Empregada	7	46,7	46,7	93,3
Desempregada	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Tinha conhecimentos sobre E.S

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	13	86,7	86,7	86,7
Não	2	13,3	13,3	100,0
Total	15	100,0	100,0	

A gravidez foi:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Planeada	1	6,7	6,7	6,7
Não planeada (desejada)	13	86,7	86,7	93,3
Não planeada (não desejada)	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Consultas de planeamento familiar

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	6	40,0	40,0	40,0
Não	9	60,0	60,0	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Tinha conhecimentos sobre contraceptivos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	14	93,3	93,3	93,3
	Não	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Sabia utilizá-los

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	14	93,3	93,3	93,3
	Não	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Teve acesso aos meios contraceptivos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	15	100,0	100,0	100,0

A gravidez trouxe problemas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	26,7	26,7	26,7
	Não	11	73,3	73,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Que problemas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No estudos	2	13,3	50,0	50,0
	No estudos e na família	1	6,7	25,0	75,0
	Família	1	6,7	25,0	100,0
	Total	4	26,7	100,0	
Missing	System	11	73,3		
Total		15	100,0		

Teve apoio de alguma instituição particular

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	15	100,0	100,0	100,0

1

idade do pai

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 21	2	13,3	13,3	13,3
22	3	20,0	20,0	33,3
23	4	26,7	26,7	60,0
25	2	13,3	13,3	73,3
27	1	6,7	6,7	80,0
28	1	6,7	6,7	86,7
38	1	6,7	6,7	93,3
40	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Nacionalidade do pai

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Portuguesa	12	80,0	80,0	80,0
Angolano	1	6,7	6,7	86,7
Venezuelano	1	6,7	6,7	93,3
Cabo Verdiano	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Ocupação do pai

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid trabalhador	13	86,7	86,7	86,7
Não sabe	2	13,3	13,3	100,0
Total	15	100,0	100,0	

O pai aceitou a gravidez

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Aceitou	12	80,0	80,0	80,0
indiferente	1	6,7	6,7	86,7
Rejeitou	2	13,3	13,3	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Aceitação do filho

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Aceitou	12	80,0	80,0	80,0
Indiferente	1	6,7	6,7	86,7
Rejeitou	2	13,3	13,3	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Tipo de alojamento

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid alugada	11	73,3	73,3	73,3
Própria	4	26,7	26,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Nº de divisões

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 3	6	40,0	40,0	40,0
4	2	13,3	13,3	53,3
5	3	20,0	20,0	73,3
6	3	20,0	20,0	93,3
8	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Nº de quartos

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	5	33,3	33,3	33,3
2	4	26,7	26,7	60,0
3	5	33,3	33,3	93,3
5	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Infraestruturas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Todas	14	93,3	93,3	93,3
Todas à exceção da água	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Permanência diária do bebé

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ama	2	13,3	13,3	13,3
Avó	2	13,3	13,3	26,7
Mãe	9	60,0	60,0	86,7
Infantário	2	13,3	13,3	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Rotinas Diárias - alimentação

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	7	46,7	46,7	46,7
Não	8	53,3	53,3	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Rotinas diárias - saúde

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	40,0	40,0	40,0
	Não	9	60,0	60,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

rotinas diárias - lúdicas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	12	80,0	80,0	80,0
	Não	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

rotinas diárias - sono

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	20,0	20,0	20,0
	Não	12	80,0	80,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

rotinas diárias de higiene

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	13,3	13,3	13,3
	Não	13	86,7	86,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

onde os adquiriu- agentes de ed. formal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	10	66,7	66,7	66,7
	Não	5	33,3	33,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Onde os adquiriu- sub-sistema parental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	8	53,3	53,3	53,3
	Não	7	46,7	46,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

onde os adquiriu- Meios de Comunicação Social

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	26,7	26,7	26,7
	Não	11	73,3	73,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Onde os adquiriu - Agentes de Saúde

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	13,3	13,3	13,3
	Não	13	86,7	86,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Onde os adquiriu- Sub-sistema fraternal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	6,7	6,7	6,7
	Não	14	93,3	93,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Onde os adquiriu - grupo de pares

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	13,3	13,3	13,3
	Não	13	86,7	86,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

onde os adquiriu - sistema familiar alargado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	6,7	6,7	6,7
	Não	14	93,3	93,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Quem o esclareceu - Meios de comunicação social

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	6,7	6,7	6,7
	Não	14	93,3	93,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Quem o esclareceu - Grupo de pares

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	13,3	13,3	13,3
	Não	13	86,7	86,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Quem o esclareceu - Sub-sistema parental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	40,0	40,0	40,0
	Não	9	60,0	60,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

quem o esclareceu - Sistema familiar alargado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	6,7	6,7	6,7
	Não	14	93,3	93,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Quem o esclareceu - Agentes de Saúde

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	7	46,7	46,7	46,7
	Não	8	53,3	53,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Quem o esclareceu - Sub-sistema fraternal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	6,7	6,7	6,7
	Não	14	93,3	93,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

quem o esclareceu - Agentes de educação formal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	6,7	6,7	6,7
	Não	14	93,3	93,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Quem o aconselhou - Agentes de saúde

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	11	73,3	73,3	73,3
	Não	4	26,7	26,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Sub- sistema parental

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	2	13,3	13,3	13,3
	Não	13	86,7	86,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Atitude face à gravidez

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Aceitação	11	73,3	73,3	73,3
Indecisão	2	13,3	13,3	86,7
Conformidade	1	6,7	6,7	93,3
Medo	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Consequências da gravidez

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Aceitação familiar negativa	2	13,3	50,0	50,0
abandono escolar	2	13,3	50,0	100,0
Total	4	26,7	100,0	
Missing System	11	73,3		
Total	15	100,0		

Que instituição procurou

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Inst. da área da saúde	14	93,3	93,3	93,3
Inst. da área da saúde e da S.S.	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Frequência do apoio

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Mensalmente	14	93,3	93,3	93,3
Em situações de urgência	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Como foi acompanhada

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Avaliação positiva	15	100,0	100,0	100,0

Teve apoio do centro de saúde

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	13	86,7	86,7	86,7
Não	2	13,3	13,3	100,0
Total	15	100,0	100,0	

O que lhe faltou

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nada	10	66,7	66,7	66,7
	Mais empatia nas relações interpessoais	4	26,7	26,7	93,3
	Médicos	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Sugestões para os serviços

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Aumento do nº de consultas	1	6,7	14,3	14,3
	Criação de uma equipa multidisciplinar	4	26,7	57,1	71,4
	aumento do nº de médicos e melhoria das instalações	1	6,7	14,3	85,7
	Alterar a forma de oragnização e de atendimento	1	6,7	14,3	100,0
	Total	7	46,7	100,0	
Missing	System	8	53,3		
Total		15	100,0		

Constituição da família

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Alargada	9	60,0	60,0	60,0
	Nuclear	6	40,0	40,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Profissão do pai

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Operador de instalações e máquinas	2	13,3	16,7	16,7
	Reformado	2	13,3	16,7	33,3
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agr. e pesca	1	6,7	8,3	41,7
	Pessoal de serviços e vendedores	2	13,3	16,7	58,3
	Trabalhador não qualificado	2	13,3	16,7	75,0
	Operários e artificees e profissões similares	2	13,3	16,7	91,7
	Pessoal administrativo e similares	1	6,7	8,3	100,0
	Total	12	80,0	100,0	
Missing	System	3	20,0		
Total		15	100,0		

Profissão da mãe

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pessoal dos serviços e vendedores	1	6,7	7,1	7,1
	Trabalhadores não qualificados	6	40,0	42,9	50,0
	Desempregada Doméstica	1	6,7	7,1	57,1
	Pessoal de serviços e vendedores	3	20,0	21,4	78,6
	Total	3	20,0	21,4	100,0
Missing	System	14	93,3	100,0	
Total		1	6,7		
		15	100,0		

nível de instrução do pai

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Analfabeto	1	6,7	7,1	7,1
	1º ciclo incompleto	1	6,7	7,1	14,3
	1º ciclo	10	66,7	71,4	85,7
	2º ciclo incompleto	1	6,7	7,1	92,9
	2º ciclo	1	6,7	7,1	100,0
	Total	14	93,3	100,0	
Missing	System	1	6,7		
Total		15	100,0		

nível de instrução das mães

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1º ciclo incompleto	4	26,7	28,6	28,6
	1º ciclo	10	66,7	71,4	100,0
	Total	14	93,3	100,0	
Missing	System	1	6,7		
Total		15	100,0		

Rendimento do agregado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	41-90	4	26,7	26,7	26,7
	91-140	5	33,3	33,3	60,0
	141-240	6	40,0	40,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Apoio material

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	11	73,3	73,3	73,3
	Não	4	26,7	26,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Apoio afectivo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	26,7	26,7	26,7
	Não	11	73,3	73,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

apoio do pai do filho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Apoio nas rotinas diárias	8	53,3	53,3	53,3
	Nenhum	3	20,0	20,0	73,3
	Apoio material esporádico	1	6,7	6,7	80,0
	Apoio total	3	20,0	20,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Causas do desinteresse

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não sabe	2	13,3	66,7	66,7
	dúvidas acerca da paternidade	1	6,7	33,3	100,0
	Total	3	20,0	100,0	
Missing	System	12	80,0		
Total		15	100,0		

Tipologia de ocupação diária

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laboral, maternal e doméstica	6	40,0	40,0	40,0
	Maternal e doméstica	9	60,0	60,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Tipo de família actual

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	família nuclear	6	40,0	40,0	40,0
	Família alargada	7	46,7	46,7	86,7
	Família reconstituída	1	6,7	6,7	93,3
	Família monoparental	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Tipos de actividades - tempos livres

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Actividades de lazer no espaço doméstico	3	20,0	20,0	20,0
Actividades domésticas	3	20,0	20,0	40,0
Actividades de lazer no espaço doméstico e no exterior	1	6,7	6,7	46,7
Actividades de lazer no espaço doméstico e maternais	1	6,7	6,7	53,3
Actividades domésticas e de lazer no espaço doméstico	5	33,3	33,3	86,7
Actividades domésticas e maternais	1	6,7	6,7	93,3
Actividades Maternais	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Relação positiva com os pais

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Relação positiva com ambos os progenitores	8	53,3	53,3	53,3
Relação positiva com a figura materna	4	26,7	26,7	80,0
Relação positiva com a figura paterna	2	13,3	13,3	93,3
Não se aplica	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Relação negativa - pais

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não se aplica	11	73,3	73,3	73,3
Relação negativa com a figura paterna	3	20,0	20,0	93,3
Relação intermédia com a figura materna	1	6,7	6,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Tipologia de relações - companheiro

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Positiva	11	73,3	73,3	73,3
Problemática	2	13,3	13,3	86,7
Não existe relação	2	13,3	13,3	100,0
Total	15	100,0	100,0	

tipologia de relações - família dele

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Relação positiva com os sogros	11	73,3	73,3	73,3
	Relação positiva sogro e negativa sogra	1	6,7	6,7	80,0
	Relação negativa sogros	1	6,7	6,7	86,7
	Relação positiva cunhado, e sogro, negativa com a sogra	1	6,7	6,7	93,3
	Não se aplica	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Tiologia das relações

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Relação inexistente	5	33,3	33,3	33,3
	Relação positiva com interajuda	3	20,0	20,0	53,3
	Relação positiva sem interajuda	5	33,3	33,3	86,7
	Relação negativa	1	6,7	6,7	93,3
	Relação positiva parcial	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

tipologia das relações - amigos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Inexistência de amigos	7	46,7	46,7	46,7
	Relação positiva/pouco profunda	4	26,7	26,7	73,3
	Relação positiva /profunda	4	26,7	26,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Planos materiais associados à vida doméstica

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	9	60,0	60,0	60,0
	Não	6	40,0	40,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Planos de crescimento pessoal associados à educação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	4	26,7	26,7	26,7
	Não	11	73,3	73,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Planos associados a melhoria no plano laboral

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	11	73,3	73,3	73,3
	Não	4	26,7	26,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Planos associados à relação maternal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	6	40,0	40,0	40,0
	Não	9	60,0	60,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Planos associados à relação conjugal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	6,7	6,7	6,7
	Não	14	93,3	93,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Planos associados à relação familiar

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	1	6,7	6,7	6,7
	Não	14	93,3	93,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Aceitação da gravidez

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Aceitação Positiva	13	86,7	86,7	86,7
	Rejeição	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Atitude do pai- aceitação do filho

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Atitude positiva	13	86,7	86,7	86,7
	Atitude negativa	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Apoio do pai ao filho

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Apoio nas tarefas domésticas e rotinas da criança	1	6,7	6,7	6,7
Apoio nas rotinas da criança	9	60,0	60,0	66,7
Não presta apoio	5	33,3	33,3	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Causas do desinteresse - Atitude do pai

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Factores relacionados com a personalidade	1	6,7	33,3	33,3
Imaturidade	1	6,7	33,3	66,7
Referência ao modelo parental da fam. de origem	1	6,7	33,3	100,0
Total	3	20,0	100,0	
Missing System	12	80,0		
Total	15	100,0		

ANEXO nº 10

File Information

File Information

List of variables on the working file

Name		Position
FREGUESI	freguesia Measurement Level: Nominal Column Width: 15 Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	1
	Value Label	
	1 Faro	
	2 Estoi	
	3 S. Pedro	
	4 Montenegro	
	5 Sé	
	6 St ^a Bárbara de Nexe	
	7 Conu	
	8 Conceição de Faro	
CENTROSA	Centro de Saúde Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	2
	Value Label	
	1 Faro	
	2 Penha	
	3 St ^a Bárbara de Nexe	
	4 Montenegro	
	5 Estoi	
	6 Conceição de Faro	
IDADE	Idade Measurement Level: Ordinal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	3
ANONASC	Ano do Nascimento Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	4

NACIONAL Nacionalidade
Measurement Level: Nominal 5
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value	Label
1	Portuguesa
2	Francesa

ETNIA Raça Etnica
Measurement Level: Nominal 6
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value	Label
1	Branca
2	Negra

ESTADOCI Estado civil
Measurement Level: Nominal 7
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value	Label
1	Solteira
2	União de facto
3	Casada (antes)
4	Casada (depois)
5	Separada

HABILITA Habilitações Literárias
Measurement Level: Nominal 8
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value	Label
1	1° ciclo completo
2	1° ciclo incompleto
3	2° ciclo
4	3° ciclo
5	Secundário

FILHOS	N° de Filhos	9
	Measurement Level: Ordinal	
	Column Width: Unknown Alignment: Right	
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
VIVEFILH	Com quem vive o seu filho	10
	Measurement Level: Nominal	
	Column Width: Unknown Alignment: Right	
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Value Label	
	1 Pais e avós maternos	
	2 Mãe e avós maternos	
	3 Pais, irmã, cunhado e sobrinho	
	4 Pais	
	5 Pais e Avós paternos	
	6 Mãe	
	7 Mãe, avó e tios	
	8 Mãe, tia e sobrinha	
IDADENAS	Idade à data do nascimento	11
	Measurement Level: Ordinal	
	Column Width: Unknown Alignment: Right	
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
SEXOBEBE	Sexo dos bebés	12
	Measurement Level: Nominal	
	Column Width: Unknown Alignment: Right	
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Value Label	
	1 Masculino	
	2 Feminino	
TRABALHO	Situação perante o trabalho	13
	Measurement Level: Nominal	
	Column Width: Unknown Alignment: Right	
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Value Label	
	1 Doméstica	
	2 Empregada	
	3 Desempregada	

EDSEXUAL	<p>Tinha conhecimentos sobre E.S Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8</p> <p>Value Label</p> <p> 1 Sim 2 Não</p>	14
GRAVIDEZ	<p>A gravidez foi: Measurement Level: Nominal Column Width: 11 Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8</p> <p>Value Label</p> <p> 1 Planeada 2 Não planeada (desejada) 3 Não planeada (não desejada)</p>	15
PLANEAFA	<p>Consultas de planeamento familiar Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8</p> <p>Value Label</p> <p> 1 Sim 2 Não</p>	16
CONHECON	<p>Tinha conhecimentos sobre contraceptivos Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8</p> <p>Value Label</p> <p> 1 Sim 2 Não</p>	17

UTILIZAR Sabia utilizá-los 18
Measurement Level: Nominal
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value Label

1 Sim
2 Não

ACESSO Teve acesso aos meios contraceptivos 19
Measurement Level: Nominal
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value Label

1 Sim
2 Não

PROBLEMA A gravidez trouxe problemas 20
Measurement Level: Nominal
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value Label

1 Sim
2 Não

QUAISPRO Que problemas 21
Measurement Level: Nominal
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value Label

1 No estudos
2 No emprego e na família
3 No estudos e na família
4 Família

IPSS Teve apoio de alguma instituição particular 22
Measurement Level: Nominal
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value Label

1 Sim
2 Não

PAI idade do pai 23
Measurement Level: Ordinal
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

NACIOPAI Nacionalidade do pai 24
Measurement Level: Nominal
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value Label

1 Portuguesa
2 Angolano
3 Venezuelano
4 Cabo Verdiano

OCUPAI Ocupação do pai 25
Measurement Level: Nominal
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value Label

1 Sem ocupação
2 Estudante
3 trabalhador
4 Não sabe

PAIACEIT	<p>O pai aceitou a gravidez</p> <p>Measurement Level: Nominal</p> <p>Column Width: Unknown Alignment: Right</p> <p>Print Format: F8</p> <p>Write Format: F8</p>	26										
	<table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Value</th> <th style="text-align: left;">Label</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Aceitou</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>indiferente</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Rejeitou</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Desconhece</td> </tr> </tbody> </table>	Value	Label	1	Aceitou	2	indiferente	3	Rejeitou	4	Desconhece	
Value	Label											
1	Aceitou											
2	indiferente											
3	Rejeitou											
4	Desconhece											
ACEITAFI	<p>Aceitação do filho</p> <p>Measurement Level: Nominal</p> <p>Column Width: Unknown Alignment: Right</p> <p>Print Format: F8</p> <p>Write Format: F8</p>	27										
	<table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Value</th> <th style="text-align: left;">Label</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Aceitou</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Indiferente</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Rejeitou</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Desconhece</td> </tr> </tbody> </table>	Value	Label	1	Aceitou	2	Indiferente	3	Rejeitou	4	Desconhece	
Value	Label											
1	Aceitou											
2	Indiferente											
3	Rejeitou											
4	Desconhece											
ALOJAMEN	<p>Tipo de alojamento</p> <p>Measurement Level: Nominal</p> <p>Column Width: Unknown Alignment: Right</p> <p>Print Format: F8</p> <p>Write Format: F8</p>	28										
	<table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Value</th> <th style="text-align: left;">Label</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>alugada</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Própria</td> </tr> </tbody> </table>	Value	Label	1	alugada	2	Própria					
Value	Label											
1	alugada											
2	Própria											
NDIVISOE	<p>N° de divisões</p> <p>Measurement Level: Ordinal</p> <p>Column Width: Unknown Alignment: Right</p> <p>Print Format: F8</p> <p>Write Format: F8</p>	29										
QUARTOS	<p>N° de quartos</p> <p>Measurement Level: Ordinal</p> <p>Column Width: Unknown Alignment: Right</p> <p>Print Format: F8</p> <p>Write Format: F8</p>	30										

INFRAEST Infraestruturas 31
Measurement Level: Nominal
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value	Label
1	Todas
2	Todas à exceção da água

PERMANEN Permanência diária do bebé 32
Measurement Level: Nominal
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: E8
Write Format: E8

Value	Label
1	Ama
2	Avó
3	Mãe
4	Infantário

ROTALIME Rotinas Diárias - alimentação 33
Measurement Level: Nominal
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value	Label
1	Sim
2	Não

SAÚDE Rotinas diárias - saúde 34
Measurement Level: Nominal
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value	Label
1	Sim
2	Não

LÚDICAS	rotinas diárias - lúdicas Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	35
	Value Label	
	1 Sim	
	2 Não	
SONO	rotinas diárias - sono Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	36
	Value Label	
	1 Sim	
	2 Não	
HIGIENE	rotinas diárias de higiene Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	37
	Value Label	
	1 Sim	
	2 Não	
EDFORMAL	onde os adquiriu- agentes de ed. formal Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	38
	Value Label	
	1 Sim	
	2 Não	

PARENTAL	Onde os adquiriu- sub-sistema parental Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	39
	Value Label	
	1 Sim	
	2 Não	
MASSMEDI	onde os adquiriu- Meios de Comunicação Social Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	40
	Value Label	
	1 Sim	
	2 Não	
AGENTSÁÚ	Onde os adquiriu - Agentes de Saúde Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	41
	Value Label	
	1 Sim	
	2 Não	
FRATERNA	Onde os adquiriu- Sub-sistema fraternal Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	42
	Value Label	
	1 Sim	
	2 Não	

PARES	<p>Onde os adquiriu - grupo de pares Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8</p>	43						
	<table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Value</th> <th style="text-align: left;">Label</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Não</td> </tr> </tbody> </table>	Value	Label	1	Sim	2	Não	
Value	Label							
1	Sim							
2	Não							
ALARGADO	<p>onde os adquiriu - sistema familiar alargado Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8</p>	44						
	<table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Value</th> <th style="text-align: left;">Label</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Não</td> </tr> </tbody> </table>	Value	Label	1	Sim	2	Não	
Value	Label							
1	Sim							
2	Não							
ESCLARE1	<p>Quem o esclareceu - Meios de comunicação social Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8</p>	45						
	<table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Value</th> <th style="text-align: left;">Label</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Não</td> </tr> </tbody> </table>	Value	Label	1	Sim	2	Não	
Value	Label							
1	Sim							
2	Não							
ESCLARE2	<p>Quem o esclareceu - Grupo de pares Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8</p>	46						
	<table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Value</th> <th style="text-align: left;">Label</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Não</td> </tr> </tbody> </table>	Value	Label	1	Sim	2	Não	
Value	Label							
1	Sim							
2	Não							

ESCLARE3 Quem o esclareceu - Sub-sistema parental 47
Measurement Level: Nominal
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value Label

1 Sim
2 Não

ESCLARE4 quem o esclareceu - Sistema familiar alargado 48
Measurement Level: Nominal
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value Label

1 Sim
2 Não

ESCLARE5 Quem o esclareceu - Agentes de Saúde 49
Measurement Level: Nominal
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value Label

1 Sim
2 Não

ESCLARE6 Quem o esclareceu - Sub-sistema fraternal 50
Measurement Level: Nominal
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value Label

1 Sim
2 Não

ESCLARE7	quem o esclareceu - Agentes de educação formal Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	51										
	<table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Value</th> <th style="text-align: left;">Label</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Não</td> </tr> </tbody> </table>	Value	Label	1	Sim	2	Não					
Value	Label											
1	Sim											
2	Não											
ACOMSEL1	Quem o aconselhou - Agentes de saúde Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	52										
	<table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Value</th> <th style="text-align: left;">Label</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Não</td> </tr> </tbody> </table>	Value	Label	1	Sim	2	Não					
Value	Label											
1	Sim											
2	Não											
ACONSELH	Sub- sistema parental Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	53										
	<table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Value</th> <th style="text-align: left;">Label</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Sim</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Não</td> </tr> </tbody> </table>	Value	Label	1	Sim	2	Não					
Value	Label											
1	Sim											
2	Não											
ATITUDE	Atitude face à gravidez Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8	54										
	<table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Value</th> <th style="text-align: left;">Label</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Aceitação</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Indecisão</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Conformidade</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Medo</td> </tr> </tbody> </table>	Value	Label	1	Aceitação	2	Indecisão	3	Conformidade	4	Medo	
Value	Label											
1	Aceitação											
2	Indecisão											
3	Conformidade											
4	Medo											

CONSEQUE	Consequências da gravidez Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8 Value Label 1 Aceitação familiar negativa 2 abandono escolar	55
INSTITUI	Que instituição procurou Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8 Value Label 1 Inst. da área da saúde 2 Inst. da área da saúde e da S.S.	56
FREQAPOI	Frequência do apoio Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8 Value Label 1 Mensalmente 2 Em situações de urgência	57
FOIACOMP	Como foi acompanhada Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8 Value Label 1 Avaliação positiva	58

CENTRAPO Teve apoio do centro de saúde
Measurement Level: Nominal 59
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value Label

1 Sim
2 Não

FALTOU O que lhe faltou
Measurement Level: Nominal 60
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value Label

1 Nada
2 Mais empatia nas relações interpessoais
3 Médicos
4 Criação de equipa multidisciplinar

SUGESTÃO Sugestões para os serviços
Measurement Level: Nominal 61
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value Label

1 Aumento do n° de consultas
2 Criação de uma equipa multidisciplinar
3 aumento do n° de médicos e melhoria das instalações
4 Alterar a forma de oragnização e de atendimento

CONSTITU Constituição da família
Measurement Level: Nominal 62
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value Label

1 Alargada
2 Nuclear

PROFPAIS Profissão do pai
Measurement Level: Nominal
Column Width: 18 Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

63

Value	Label
1	Operador de instalações e máquinas
2	Reformado
3	Agricultores e trabalhadores qualificados da agr. e pesca
4	Pessoal de serviços e vendedores
5	Trabalhador não qualificado
6	Operários e artífices e profissões similares
7	Pessoal administrativo e similares

PROFMAE Profissão da mãe
Measurement Level: Nominal
Column Width: 17 Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

64

Value	Label
1	Pessoal dos serviços e vendedores
2	Trabalhadores não qualificados
3	Desempregada
4	Doméstica
5	Pessoal de serviços e vendedores

INSTPAI nível de instrução do pai
Measurement Level: Nominal
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

65

Value	Label
1	Analfabeto
2	1º ciclo incompleto
3	1º ciclo
4	2º ciclo incompleto
5	2º ciclo

INSTMAE nível de instrução das mães 66
Measurement Level: Nominal
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value	Label
1	analfabeto
2	1° ciclo incompleto
3	1° ciclo
4	2° ciclo incompleto

RENDIMEN Rendimento do agregado 67
Measurement Level: Nominal
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value	Label
1	41-90
2	91-140
3	141-240

APOIO1 Apoio material 68
Measurement Level: Nominal
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value	Label
1	Sim
2	Não

APOIO2 Apoio afectivo 69
Measurement Level: Nominal
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value	Label
1	Sim
2	Não

APOIOPAI	apoio do pai do filho Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8 Value Label 1 Apoio nas rotinas diárias 2 Nenhum 3 Apoio material esporádico 4 Apoio total	70
DESINTER	Causas do desinteresse Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8 Value Label 1 Não sabe 2 dúvidas acerca da paternidade	71
TIPOCUPD	Tipologia de ocupação diária Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8 Value Label 1 Laboral, maternal e doméstica 2 Maternal e doméstica	72
TIPFAM	Tipo de família actual Measurement Level: Nominal Column Width: Unknown Alignment: Right Print Format: F8 Write Format: F8 Value Label 1 família nuclear 2 Família alargada 3 Família reconstituída 4 Família monoparental	73

ACTTEMPL Tipos de actividades - tempos livres
Measurement Level: Nominal
Column Width: 38 Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

74

Value Label

- 1 Actividades de lazer no espaço doméstico
- 2 Actividades domésticas
- 3 Actividades de lazer no espaço doméstico e no exterior
- 4 Actividades de lazer no espaço doméstico e maternais
- 5 Actividades domésticas e de lazer no espaço doméstico
- 6 Actividades domésticas e maternais
- 7 Actividades Maternais

RELPOSI Relação positiva com os pais
Measurement Level: Nominal
Column Width: 29 Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

75

Value Label

- 1 Relação positiva com ambos os progenitores
- 2 Relação positiva com a figura materna
- 3 Relação positiva com a figura paterna
- 4 Não se aplica

RELNEG Relação negativa - pais
Measurement Level: Nominal
Column Width: 27 Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

76

Value Label

- 1 Não se aplica
- 2 Relação negativa com a figura paterna
- 3 Relação intermédia com a figura materna
- 4 Relação intermédia com a figura paterna

ELACOM Tipologia de relações - companheiro 77
Measurement Level: Nominal
Column Width: Unknown Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value	Label
1	Positiva
2	Problemática
3	Não existe relação

ELAFAMD tipologia de relações - família dele 78
Measurement Level: Nominal
Column Width: 27 Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value	Label
1	Relação positiva com os sogros
2	Relação positiva sogro e negativa sogra
3	Relação negativa sogros
4	Relação positiva cunhado, e sogro, negativa com a sogra
5	Não se aplica

LAVIZI Tipologia das relações 79
Measurement Level: Nominal
Column Width: 24 Alignment: Right
Print Format: F8
Write Format: F8

Value	Label
1	Relação inexistente
2	Relação positiva com interajuda
3	Relação positiva sem interajuda
4	Relação negativa
5	Relação positiva parcial